

этой подгруппе детей, вероятно, отражает аллергически измененную реактивность организма со склонностью к запаздыванию или быстрому истощению реакции анти-телообразования [1].

Следует подчеркнуть, что в подгруппе детей с предшествующей недоношенностью, гипотрофией, рахитом содержание Ig G и Ig M в течение всего заболевания не превышало показателей здоровых детей. Лишь Ig A достоверно повышались при выздоровлении. Возможно, это сыграло определенную роль в большей длительности течения ОРВИ и частоте осложнений у этих детей.

## ВЫВОДЫ

1. Специфический иммунный ответ при неосложненных ОРВИ заключается в повышенном синтезе Ig A в периоде выздоровления. Содержание Ig G во многом зависит от степени тяжести заболевания: не изменяется при среднетяжелых формах и резко повышается при ОРВИ с нейротоксикозом.

2. Иммунный ответ при осложненных ОРВИ выражается в повышении уровня иммуноглобулинов G, A и M классов, но во многом зависит от периода заболевания и тяжести осложнения.

3. У детей с отягощенным преморбидным фоном не происходит существенного повышения уровня Ig G в остром периоде при аллергически измененной реактивности организма и в течение всего заболевания с сопутствующей недоношенностью, гипотрофией, рахитом, что обуславливает высокую частоту бактериальных осложнений ОРВИ. Этот факт необходимо учитывать в прогнозировании течения заболевания, а также в назначении специфической, антиаллергической и иммуностимулирующей терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Градинаров А. М. Состояние адаптационно-защитных механизмов у детей с кожными проявлениями аллергического диатеза в раннем возрасте. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1976.— 2. Извольская З. А. Клинико-иммунологическая характеристика детей раннего возраста, часто болеющих острыми респираторными инфекциями. Автореф. канд. дисс., М., 1976.

Поступила 9 октября 1979 г.

УДК 616.981.49

## КЛИНИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

М. В. Становская, М. Г. Ахметова

Казанская городская инфекционная больница № 2 (главрач — З. Н. Гарифуллина)

**Реферат.** Проанализированы истории болезни 400 больных сальмонеллезом. Удельный вес этой патологии среди острых кишечных заболеваний составил около 2%. В этиологической структуре доминирует *S. typhimurium*. Наиболее частыми формами сальмонеллеза у взрослых являются гастроинтестинальные.

Ключевые слова: сальмонеллез.

В основу нашей работы положен анализ историй болезни 400 больных сальмонеллезом в возрасте от 15 до 55 лет (82,2%) и старше, находившихся на стационарном лечении во 2-й инфекционной больнице за период с 1974 по 1978 г.

Диагноз сальмонеллеза основывался на клинико-эпидемиологических и бактериологических данных (за исключением отдельных случаев, когда имелись групповые заболевания).

Больные с бактериологически подтвержденным сальмонеллезом за указанное время составили 2,3% всех госпитализированных с острыми кишечными инфекционными заболеваниями.

В этиологической структуре сальмонеллеза преобладала *S. typhimurium* — она составила 58,5%; в остальных 41,5% выделялись сальмонеллы из группы АБСДЕ.

В 1—3-й день болезни за медицинской помощью обратились 219 больных, из них было госпитализировано в первые три дня после обращения 74,2%.

Заболевание сальмонеллезом у 85,7% больных протекало в гастроинтестинальной форме, у 13% — субклинически и у 1,3% был генерализованный сальмонеллез.

Легкая форма заболевания констатирована у 76,5% больных, среднетяжелая — у 21%, тяжелая — у 2,5%. Тяжесть заболевания сальмонеллезом, по нашим данным,

не зависела от вида возбудителя. Вместе с тем на нее оказывал влияние возраст больных. Так, среднетяжелая и тяжелая формы сальмонеллеза у пациентов старше 50 лет встречались в 2 раза чаще, чем у больных от 15 до 50 лет.

Заболевание гастроинтестинальной формой сальмонеллеза начиналось обычно остро. У больных развивалась дисфункция кишечника, интоксикация; у 50% наблюдалась лихорадка, длившаяся от 1 до 5 дней (в среднем 2,5 дня); только в отдельных случаях (5,6%) она продолжалась более 5 дней. Наибольшее число лихорадящих было среди больных с гастроэнтеритическими и гастроэнтероколитическими формами.

На боли в животе, преимущественно схваткообразные, жаловались 287 пациентов. У 25,3% из них боли локализовались в эпигастрии, у 27,4% — по всему животу, у 34,8% — внизу живота и у 12,5% — вокруг пупка. Тенезмы определялись в 6,5%, главным образом у больных с гастроэнтероколитической формой. Рвота наблюдалась в 40,7%, тошнота и рвота — в 55,7%.

Ведущим симптомом при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза была дисфункция кишечника. У 71,5% больных стул был жидкий или полужидкий, у 13,2% (преимущественно при гастроэнтероколитической форме) испражнения были слизисто-кровянистые, у 1,8% — цвета «мясных помоев», у 11,0% — водянистые без слизи и у 2,5% — водянистые со слизью. Нормализация стула до 3-го дня наступила у 18,5%, на 4—6-й день — у 40,2%, на 8—10-й — у 23,7%, после 10-го дня — у 17,6%.

Ректороманоскопия проведена у 75,7% больных. Катаральные изменения слизистой оболочки кишечника выявлены у 47,5% больных, катарально-геморрагические — у 4,6%, катарально-фолликулярные — у 7,2%; у остальных не было обнаружено патологических нарушений.

Изменения слизистой оболочки кишечника у больных гастроэнтероколитическими формами при сальмонеллезе *typhimurium* встречались в 4 раза чаще, чем при сальмонеллезах, вызванных другими видами сальмонелл.

При исследовании периферической крови лейкоцитоз от  $8 \cdot 10^9$  до  $20 \cdot 10^9$  в 1 л установлен у 15% больных, лейкопения от  $2 \cdot 10^9$  до  $4,5 \cdot 10^9$  в 1 л — у 12% и нормоцитоз — у 73%. В 40% определен нейтрофильный сдвиг влево. СОЭ колебалась от 2 до 39 мм/ч.

При бактериологическом исследовании у 80% больных сальмонеллы выделялись однократно, у 13,2% — двукратно, у 1,4% — трехкратно, у 5,4% — многократно.

Следует отметить, что многократное выделение сальмонелл встречается значительно чаще при заболеваниях, вызванных *S. typhimurium*. Только в одном наблюдении нами зарегистрировано неоднократное выделение сальмонелл из мочи и крови при тяжелой генерализованной форме заболевания, вызванного сальмонеллами паратифа С.

Дуоденальному зондированию подвергались больные декретированных групп. Из желчи выделены сальмонеллы *typhimurium* у 21 пациента с гастроэнтероколитической формой заболевания.

Больных с легкой формой сальмонеллеза лечили антибиотиками (левомецетином, тетрациклином) и химиопрепаратами (энтеросептолом, фуразолидоном). При показаниях (рвоте и тошноте) лечение начинали с промывания желудка в приемном покое больницы.

При среднетяжелых и тяжелых формах заболевания после обязательного промывания желудка проводили регидратационную терапию. В первый день лечения вводили в среднем от 1—3 л жидкости. В особо тяжелых случаях дополнительно вводили глюкокортикоиды. Сердечно-сосудистые средства назначали при тяжелом течении заболевания, в особенности лицам пожилого возраста.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре при легком течении составляла 15,3 дня, при среднетяжелом — 18,3, при тяжелом — 28 дней.

Итак, наиболее частыми формами сальмонеллеза у взрослых являются гастроэнтероколитические и гастроэнтеритические. Тяжелое течение сальмонеллеза чаще всего наблюдается у лиц старше 50 лет.

Поступила 26 июня 1979 г.

УДК 616.34—003.7 (470.46)

## СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЕРСИНИОЗОМ

*Н. П. Погорелова, канд. мед. наук В. С. Буркин, Т. П. Мацуга,  
О. В. Журавлева, Н. Г. Путилина, Н. Г. Курдова,  
канд. мед. наук Ф. Х. Ибрагимов*

*Астраханский филиал Центрального НИИ эпидемиологии МЗ СССР (директор —  
канд. мед. наук В. С. Буркин)*

**Реферат.** Проведены целенаправленные бактериологические исследования на выявление больных иерсиниозом. Описаны пять наблюдений заболевания, вызванного Иерсиния энтероколикитика. Ввиду полиморфизма клинической картины и малой осведомленности врачей об иерсиниозе больные вначале госпитализировались с диагнозом