

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

ми: острая дизентерия, гастроэнтерит, аденовирусная инфекция, острое респираторное заболевание. У всех 5 больных возбудитель заболевания был выделен из испражнений.

Ключевые слова: иерсиниоз.

Библиография: 12 названий.

В последние годы во многих странах участилось выявление заболевания, вызываемого *Yersinia enterocolitica*. Если до 1966 г. во всем мире было обнаружено всего 23 случая этой инфекции, то к 1976 г. вследствие возросшей осведомленности о роли этого возбудителя в патологии человека Центром по *Yersinia* института Пастера зарегистрировано уже более 5000 штаммов [8]. В нашей стране первый случай заболевания иерсиниозом описан в 1968 г. в г. Москве. В последующем Иерсиния энтероколитика были выделены от больных в Ленинграде и Приморском крае [3, 4].

Клиника иерсиниоза многообразна. Заболевание может протекать в виде гастроэнтерита, псевдоаппендицита, полиартрита, узловатой эритемы, сепсиса. При всех клинических формах часто наблюдаются симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, выраженные в различной степени. Вместе с тем описаны случаи иерсиниоза, когда лихорадка, бронхопневмония, тонзиллит, поражения лимфатических узлов различной локализации были единственными проявлениями болезни [7, 9, 10]. В связи с этим наиболее важное значение в диагностике имеют результаты бактериологического исследования. По данным литературы, Иерсиния энтероколитика были обнаружены при бактериологическом анализе материала от больных, поступавших в стационары с диагнозами «острая дизентерия», «острый энтероколит» и с кишечными инфекциями нераспознанной этиологии, соответственно в 5,8; 9,3 и 3,5% [4, 6, 8].

Для лечения иерсиниоза назначают дезинтоксикационные, стимулирующие и сердечно-сосудистые средства. При необходимости проводят этиотропное лечение с учетом чувствительности возбудителя к тетрациклину, канамицину, неомицину, мономицину, гентамицину [1].

Узловые вопросы эпидемиологии иерсиниоза (источник инфекции, пути передачи и др.) изучены недостаточно. Предполагают, что заражение происходит через пищевые продукты: молоко, мясо, овощи. По-видимому, имеет значение контакт с домашними животными, а также дикими млекопитающими, которые могут быть носителями иерсиниоза. Возможность передачи инфекции от человека к человеку не доказана [8, 11, 12].

Чтобы выяснить, встречаются ли заболевания, вызываемые Иерсиния энтероколитика, в Астраханской области, мы с декабря 1978 г. по апрель 1979 г. проводили бактериологическое обследование испражнений больных, поступающих на лечение в областную инфекционную больницу. Для выделения Иерсиния энтероколитика использовали разработанный нами метод, основанный на способности этих бактерий образовывать макроколонию на чашках с полужидкой средой. В полужидкую среду производили высеивание из взвеси испражнений в физиологическом растворе, а также со сред обогащения (фосфатно-буферный раствор, 1% пептонная вода) после инкубации в холодильнике. Полужидкую среду готовили по следующей прописи: агар-агар — 0,35%, основной перевар Хоттингера — 10%, пептон — 1%, хлористый натрий — 0,5%, маннит — 0,5%, бромтимоловый синий — 0,003%. На этой среде Иерсиния энтероколитика через 48 ч инкубации при температуре 22° С образует макроколонию диаметром 50—70 мм, оранжевого цвета. Рост сопутствующей микрофлоры подавляли добавляемыми в среду антибиотиками. Идентификацию выделенных культур проводили общепринятыми тестами [5]. Всего нами было обследовано 840 больных. У 5 из испражнений выделены культуры Иерсиния энтероколитика. Приводим краткое описание этих наблюдений.

1. К., 42 лет, находился в стационаре с 30/XI по 12/XII 1978 г. Начало заболевания связывает с употреблением сырого молока. В течение месяца были недомогание, тошнота, боли в животе, жидкий стул 3—4 раза в сутки. За медицинской помощью К. обратился лишь через месяц после начала заболевания, когда резко усилились боли в животе, появились слизь и кровь в стуле. В связи с подозрением на дизентерию больной был направлен в инфекционную больницу. В стационаре в течение недели держалась субфебрильная температура; при пальпации живота отмечалась боль по ходу толстого кишечника. Бактериологическое исследование на дизентерию дало отрицательный результат.

2. Б., 39 лет, поступил в стационар 10/I 1979 г. Заболел неделю назад: появилось общее недомогание, головная боль, температура повысилась до 39°. Данные осмотра: гиперемия зева, увеличение шейных и затылочных лимфатических узлов. Поставлен диагноз: аденовирусная инфекция (клинически). Проводилось лечение олететрином, витаминами. Б. выписан 19/I 1979 г.

3. К., 5 мес., находился в стационаре с 16/I по 26/I 1979 г. с диагнозом: острое респираторное заболевание. Наблюдался кашель, гнойные выделения из глаз, в легких в день поступления выслушивались сухие хрипы. Нарушений со стороны системы пищеварения не выявлялось, стул был оформленным. Проводили лечение пенициллином, витаминами.

4. Г., 30 лет, поступила в стационар 6/II (выписана 19/II 1979 г.). За 10 дней до госпитализации появилась головная боль, субфебрильная температура, затем стала беспокоить боль в правом подреберье и в пояснице. Данные осмотра: гиперемия зева, увеличение шейных и затылочных лимфатических узлов, болезненность при пальпации в правом подреберье. Был поставлен диагноз аденовирусной инфекции, проведено лечение сульфадимезином и тетрациклином, желчегонными препаратами, витаминами.

5. Г., 15 лет, находилась в стационаре с 11/III по 19/III 1979 г. Заболевание связывает с употреблением овощного салата со сметаной. Появились боли в животе, тошнота, жидкий стул до 7 раз в сутки, повысилась температура до 39°. При осмотре отмечена болезненность по ходу толстого кишечника, особенно в области расширенной сигмовидной кишки. Патологических изменений слизистой кишечника при ректороманоскопии не обнаружено. Бактериологический анализ на выявление возбудителя дизентерии и РПГА с дизентерийным антигеном были отрицательными. Проведено лечение по поводу острого гастроэнтерита.

Во всех описанных наблюдениях возбудитель иерсиниоза был идентифицирован на 10—14-е сут. у 3 больных — серотипа 0:3 (биотип 4) и у 2 — серотипа 0:8 (биотип 1). Титр антител в сыворотке больных через 30—40 дней после бактериологического анализа в реакции НГА с убитыми культурами Иерсиния энтероколитика был от 1:100 до 1:320. Больных лечили в соответствии с поставленными им диагнозами: они получали дезинтоксикационные и стимулирующие средства, в некоторых случаях им назначали антибиотики и сульфаниламиды, к которым чувствителен возбудитель иерсиниоза. Все больные выписаны из стационара с удовлетворительным самочувствием, последующие бактериологические исследования на Иерсиния энтероколитика дали отрицательный результат.

Обнаружение случаев иерсиниоза в г. Астрахани доказывает необходимость пристального внимания врачей к этой инфекции. Заболевание, вызываемое Иерсиния энтероколитика, может встречаться и в других регионах. Вследствие малой изученности иерсиниоза и многообразия клинических симптомов важное значение в диагностике приобретают целенаправленные бактериологические исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов В. С. Воен.-мед. журн., 1977, 5.— 2. Белова М. А. Журн. микробиол., 1968, 9.— 3. Ващенко Г. И. Проблемы особо опасных инфекций. Саратов, 1971, 4.— 4. Вишняков А. К. В кн.: Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка. Владивосток, 1974.— 5. Королюк А. М. Воен.-мед. журн. 1978, 6.— 6. Ющенко Г. В. В кн.: Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций. Таллин, 1978.— 7. Ющенко Г. В., Гречищева Т. С. Мед. реф. журн., 1974, 12.— 8. Bercovier H. Med. Mal. Inf., 1976, 6, 10.— 9. Bilcova M., Tarabcsak M. a. o. Bratisl. lek. listy, 1973, 59, 4.— 10. Bliddal J., Kaliszana S. Acta med. scand., 1977, 201, 4.— 11. Botton Edvard J. CRC Crit. Rev. Microbiol., 1977, 2, 2.— 12. Mollaret H. H. Med. Mal. Inf., 1976, 6, 10.

Поступила 26 июня 1979 г.

УДК 616.935—084:614.79

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДИЗЕНТЕРИИ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ

В. А. Ефимов

Козловская центральная районная больница ЧАССР (главрач — Е. А. Ефремов)

Реферат. Обобщен опыт работы врача-инфекциониста в очагах кишечной инфекции. Благодаря более полному и своевременному выявлению больных и рациональной организации лечебно-профилактической работы достигнута значительное снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями, в частности дизентерией.

Ключевые слова: кабинет инфекционных заболеваний, дизентерия.

Одним из важных разделов работы кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) является организация раннего и полного выявления инфекционных больных. На селе в проведении этой работы оказывают помощь специалисты участковых больниц и фельдшерских пунктов.

В целях совершенствования системы выявления и предупреждения инфекционных заболеваний нами составлена и внедрена в практическую работу врача-инфекциониста КИЗ карта учета наблюдений за общавшимися в очаге инфекции. Она стала применяться с 1974 г. для изучения дизентерийной инфекции. Заполняют карту местные