

смотрят на грипп, как на легкое заболевание, которое можно перенести на ногах).

В декабре 1957 г. производилось полное диспансерное обследование состояния здоровья нашего спортсмена Я., занимавшегося спортом с 17 лет; оказалось: кровяное давление в спокойном состоянии — 130/70, а после трехминутного бега — 180/70. Осциллометрия, электрокардиограмма, анализы крови и мочи не показали отклонений от нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. М. И. Авдеев. Сборник научных работ по судебной медицине и пограничным областям, № 2, 1955, стр. 53—57. 2. Зелинский О. П. Вопросы судебно-медицинской экспертизы, сборник статей под редакцией Авдеева М. И., 1954, стр. 291—293.

Поступила 13 сентября 1958 г.

ВСПЫШКА ДИЗЕНТЕРИИ ЗОННЕ ПИЩЕВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ЗАКРЫТОМ ОЧАГЕ

И. Е. АЛАТЫРЦЕВА, Ю. Т. КУЗЬМИНА, М. В. КОЧЕВА,
И. И. РЫЖКОВА, С. А. ФЕДОРОВА

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии
и гигиены и Республиканская СЭС

Накопилось большое число наблюдений, указывающих на значительную роль пищевого фактора в эпидемиологии дизентерии. Установлено, что подавляющее большинство известных в литературе вспышек дизентерии, связанных с приемом инфицированной пищи, обусловлено бактериями вида Зонне. Это, по-видимому, зависит от повышенной устойчивости во внешней среде возбудителей дизентерии и особенно палочки Зонне.

Причиной пищевых вспышек дизентерии могут быть самые разнообразные пищевые продукты — мясные, овощные, молочные.

Общими чертами дизентерии, вызванной приемом инфицированной пищи, являются внезапное начало, выраженный токсикоз в первые дни, почему эти вспышки до бактериологического обследования трактуются как пищевые токсикоинфекции. Но клиническая картина в ряде случаев носит полиморфный характер, когда, наряду с явлениями острого гастроэнтерита и выраженной интоксикации, наблюдаются легкие энтериты, без общей температурной реакции, рассматриваемые в настоящее время как легкие атипичные формы дизентерии. Несколько позже выявляются случаи типичной дизентерии — тяжелые и средней тяжести.

Летом 1957 г. мы наблюдали вспышку дизентерии среди детей в учреждении санаторного типа, вызванную возбудителем вида Зонне и охватившую около половины находящихся там детей и часть персонала. Возникновение дизентерии Зонне у детей санатория было связано с наличием среди работников кухни больных дизентерией и инфицированием последними молока.

Заболевания среди детей начались внезапно 30 июля и продолжали регистрироваться до 16 августа. Всего заболело 170 человек: детей — 160, медицинских работников — 7, работников пищеблока — 2.

Клиническая картина заболеваний отличалась легкостью течения, большим процентом атипичных форм и кратковременностью заболевания (в среднем не выше 3—4 дней). В отдельных случаях заболевание заканчивалось в течение одних суток. Наибольшая продолжитель-

ность заболевания в единичных случаях не превышала 15 дней. Отмечались незначительные боли в животе, жидкий стул иногда не более 1—2 раз, без патологических примесей, общая слабость и пониженный аппетит. Но у отдельных детей заболевание сопровождалось повышением температуры до 39° и выше, тошнотой, рвотой, отсутствием аппетита, частым жидким стулом с примесью слизи и крови и другими симптомами, характерными для дизентерии.

Первые случаи заболевания были диагностированы как пищевая токсикоинфекция и составили 6% к общему числу заболеваний. Заболевания, протекавшие по типу энтерита, без температуры и патологических примесей в стуле, составляли 43,8%, заболевания, протекавшие, как легкая форма дизентерии без температуры, но с примесью в стуле слизи, — 21,1%. Заболевания, протекавшие, как типичная дизентерия с температурной реакцией, частым стулом с примесью слизи и крови, с выраженными болями в области живота и другими клиническими признаками, типичными для дизентерии, — 28,1%.

Этиологическая природа вспышки установлена на 9 день, так как только на 7 день начато массовое бактериологическое обследование.

При бактериологическом обследовании всех заболевших даже на поздних сроках выделена в 40,4% дизентерийная палочка Зонне. Тот же возбудитель выделен при обследовании контактных детей (14%) и обслуживающего персонала (4,7%). Бактерионосительство было непродолжительным как среди здоровых, так и у реконвалесцентов.

Источником вспышки оказалась работница кухни, перенесшая 25—27 июля заболевание, прошедшее под диагнозом «энтерит», и продолжавшая работать, находясь на больничном листе. 5 августа при бактериологическом обследовании персонала кухни у поваров О., Н. и Ф. была выделена палочка Зонне. При этом повар О. отмечала легкое расстройство 30—31 июля, две последних больными себя не считали. Следовательно, первое заболевание зарегистрировано среди работников кухни. При опросе сотрудников установлено, что заболевания были связаны с приемом 29 июля на полдник кислого молока, приготовленного путем самоскисания из сырого молока, полученного с фермы.

Эпидемиологическое обследование показало неудовлетворительное санитарное состояние пищеблока, нарушение санитарного режима в отделениях, отсутствие обязательного бактериологического обследования работников кухни и отделений. Слабо осуществлялся контроль за режимом на пищеблоке врачами, допустившими выдачу детям на полдник кислого молока, приготовленного путем самоскисания в сыром виде. Все это создало условия массовости заболеваний, охвативших одновременно все отделения санатория, где большинство детей находилось в условиях строгого постельного режима, исключая тесный контакт между ними. Вспышка характеризуется и массивностью заболеваний на коротком отрезке времени: в первые 5 дней заболело 86 человек, что составляет 56% всех заболевших детей.

На основании проведенного клинического анализа, эпидемиологического и бактериологического обследования можно считать, что вспышка дизентерии Зонне в санатории была обусловлена приемом инфицированной пищи — кислого молока — и носила пищевой характер.

Проведение комплекса противоэпидемических мероприятий привело к прекращению вспышки. Вспышка была кратковременной: начавшись 31 июля, закончилась 22 августа (последнее заболевание зарегистрировано 16 августа). Проведенное в первых числах сентября бактерио-

логическое обследование всех реконвалесцентов и всего коллектива дало отрицательный результат. При последующем наблюдении за очагом в течение года заболеваний дизентерии Зонне не зарегистрировано.

Поступила 9 сентября 1958 г.

К ВОПРОСУ О ЛИСТЕРЕЛЛЕЗЕ У ВЗРОСЛЫХ

Клинический ординатор Н. К. КРАЙНОВА

Из кафедры госпитальной терапии педфака (зав.— проф. П. И. Шамарин)
Саратовского медицинского института

Листереллез может протекать в различных клинических формах, но наиболее частой из них является такая, при которой ведущим симптомом является мононуклеарный сдвиг крови. Болеют, обычно, дети. В Саратове наблюдались случаи листереллеза у детей. Листереллез у взрослой девушки диагностирован в Саратове впервые.

8 апреля 1955 г. в клинику поступила больная Е., 18 лет. Она жаловалась на боль в горле, слабость, повышение температуры, боль в подреберьях.

Больна две недели. Вначале заметила слабость, недомогание, быструю утомляемость. 1 апреля впервые измерила температуру. По вечерам каждый раз отмечалось ее повышение до 38—39°. С 4 апреля присоединилась боль в горле и в подреберьях.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледная, лицо одутловатое. Пальпировались увеличенные, болезненные, довольно плотные подчелюстные, шейные и паховые лимфатические узлы размером от крупной фасоли до грецкого ореха.

Легкие без особых изменений. Границы сердца в норме, тоны приглушены, над верхушкой — легкий систолический шум. Пульс — 104 в мин. Артериальное давление — 90/40. Язык слегка обложен белым налетом. В зеве плотные бело-серые некротические налеты, трудно отделявшиеся от миндалин. При попытке снять налет появилось кровотечение. Слева имела небольшая инфильтрация обеих дужек. Живот мягкий, болезненный в обоих подреберьях. Печень выступала на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Органы мочевого выделения — без изменений.

При исследовании крови обнаружен небольшой лейкоцитоз (11 500), некоторое снижение количества тромбоцитов (113 000). В лейкоцитарной формуле преобладали мононуклеары (79% лимфоцитов, 2% моноцитов). Многие из лимфоцитов имели атипичное строение, что, в основном, касалось их ядер, которые имели губчатую структуру. Среди них были клетки с большим количеством протоплазмы, а также клетки с неровными контурами. В мазке имелись тельца Клейн — Гумпрехта. Дважды были сделаны анализы слизи из зева на дифтерию, которые дали отрицательный результат.

При бактериологическом исследовании из крови выделена культура листерелл *Listerella monocytogenes hominis*. Культура получена при заражении белых мышей кровью больной.

Лечение: пенициллин в комбинации сначала со стрептомицином, затем с левомицетином, пентоксил, глюкоза с аскорбиновой кислотой и витамином В₁ внутривенно. Один раз введена эритроцитарная масса в количестве 100 мл.

Постепенно состояние больной улучшалось. Снизилась температура, к 21 апреля полностью отторглись некротические участки, уменьшилась селезенка, которая к дню

Табл. 1.

	29/I 1957 г.	17/VI 1957 г.
Эритроциты	4 450 000	3 980 000
Гемоглобин в %/‰	77	74
Тромбоциты		167 500
Лейкоциты	3 450	4 150
Эозин филы	2	1
Палочкоядерные	1	—
Сегментоядерные	55	47
Лимфоциты	37	46
Моноциты	5	5
РОЭ	7 мм/час	7 мм/час