

У детей с недоношенностью и гипотрофией (Б-подгруппа) в течение всего заболевания содержание комплемента и лизоцима было достоверно выше, чем у здоровых детей, существенно не отличаясь от показателей 2-й группы детей.

Таким образом, для неосложненных форм заболевания характерно наличие высоких титров комплемента крови. Гладкое течение ОРВИ не сопровождается повышением показателей заверщенного фагоцитоза и уровня лизоцима крови.

УДК 616.981.25—02:616.831.38—002.3—053.2

### В. А. Мичурин (Ульяновск). Течение стафилококковой инфекции у детей с поражением ЦНС

Под нашим наблюдением находился 41 больной менингитом ребенок в возрасте от 2 нед до 14 лет, в том числе 19 детей от 2 нед до 1 года (1-я группа), 12 детей от 1 года до 3 лет (2-я группа) и 10 детей от 3 до 14 лет (3-я группа). В первые три дня заболевания было госпитализировано 20 детей, остальные поступили в стационар после 4—7-го дня заболевания.

В 1-й группе у 9 детей менингит развился на фоне сепсиса, у 6 первичным очагом были различные гнойничковые поражения кожи (пиодермия, панариции, флегмоны), у 2 — гнойные отиты и у 2 — пневмонии стафилококковой этиологии. Чаше менингит возникал у детей первого полугодия на фоне отягощенного преморбидного состояния. Так, 10 детей были на искусственном вскармливании, 6 страдали анемией, 5 — рахитом и гипотрофией, 3 — эксудативным диатезом, 4 ребенка получали вскармливание от матерей, страдающих гнойными маститами.

Заболевание у детей 1-й группы начиналось остро, температура повышалась до 39—39,5° и имела постоянный ремиттирующий характер. Лихорадочный период продолжался до 7—15 дней. Обращала на себя внимание резкая гиперестезия у всех детей, у 8 наблюдался судорожный синдром. У 4 детей сознание отсутствовало, у 2 было сопорозным. У большинства определялись симптомы выраженного токсикоза. У 13 детей важное диагностическое значение имел менингеальный синдром. Менингеальные знаки сохранялись до 6—8-го дня лечения.

У 6 детей первых двух месяцев жизни менингеальные симптомы отсутствовали. Заподозрить менингит у них давала основание совокупность таких признаков, как резкий подъем температуры, повторная рвота и срыгивания, плач, крик, общее беспокойство. Диагноз был подтвержден у этих больных ликворологическими данными.

У 7 детей, поступивших в первые три дня заболевания, при своевременно начатом лечении спинномозговая жидкость санировалась на 12—15-й день болезни. У 3 больных санация ликвора наступила на 18—30-й дни, так как лечение было начато поздно — на 4—7-й день болезни. У 5 детей заболевание имело затяжное волнообразное течение, санация ликвора наступила к 30—50-му дням болезни. Причинами затяжного течения менингита у больных 1-й группы являлось позднее начало лечения, а также то, что у 9 из них менингит развился на фоне длительно текущего стафилококкового сепсиса.

Гидроцефалия как последствие менингита возникла у 3 больных этой группы, олигофрения, эписиндром — у 1, задержка психо-физического развития — у 2. Летальный исход наступил у 4 детей с затяжным, осложненным течением заболевания, развившимся на фоне стафилококкового сепсиса.

У детей 2 и 3-й групп первичным очагом были псевдофурункулез (у 4), флегмоны шеи и лица (у 3), абсцессы (у 2), гнойные отиты (у 4), гнойные гаймориты (у 2), стафилококковые пневмонии (у 3); у 4 детей менингит развился на фоне стафилококкового сепсиса.

Начало заболевания у них было также острое, температура повышалась до 38—38,5°, лихорадочный период длился от 4 до 5 дней, была повторная рвота; общая гиперестезия и судороги встречались реже. У 3 детей отмечалось сопорозное сознание. Из 22 больных 1 и 2-й групп последствия заболевания наблюдались у 3: у 1 — олигофрения и эписиндром и у 2 — задержка психо-физического развития. Умер 1 ребенок — от церебральной гипертензии, осложнившейся вклиниванием продолговатого мозга в большое затылочное отверстие.

Таким образом, наибольшая заболеваемость (19 из 41) и летальность (4 из 5) зарегистрированы у детей первого года жизни.

У 26 из 41 больного в периферической крови в начале заболевания определялся лейкоцитоз в пределах  $11-26 \cdot 10^9$  в 1 л (Г/л). У 28 детей был обнаружен резкий нейтрофилез со сдвигом влево. СОЭ у всех больных была повышена — от 20 до 75 мм/ч. У 22 пациентов воспалительные изменения в крови исчезли к 15—21-му дню, у остальных — к 22—30-му. Почти у всех детей ликвор был мутным, сероватого или серо-желтого цвета. У 5 детей цитоз не поддавался подсчету, у 28 составлял  $1,5-5 \cdot 10^9$  в 1 л (Г/л). Как правило, цитоз имел нейтрофильный характер. Количество белка в ликворе у 23 детей не превышало 1 г/л, а у остальных было выше 1 г/л; реакция Панди была резко положительна почти у всех больных. У  $\frac{2}{3}$  детей концентрация глюкозы и хлоридов в ликворе была снижена.

Лабораторное подтверждение клинического диагноза (выделение патогенного стафилококка, обладающего гемолитическими свойствами, из ликвора и положительный

результат бактериоскопии мазка) получено у 28 больных. У 13 детей стафилококк был выделен из крови. Этиотропную терапию сочетали с синдромным лечением.

В ряде случаев после санации ликвора лечение антибиотиками продолжали до полной ликвидации септического процесса.

УДК 616.33—02+616.361—009.2—02]—053.2

### **Н. А. Черкасова, М. Я. Покатило, Т. А. Сысоева (Казань). Факторы риска гастроэнтерологических заболеваний у детей**

Нами изучены особенности анамнеза у 148 детей — 95 девочек и 53 мальчиков, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями. В момент обследования почти у всех пациентов было диагностировано сочетанное поражение желудка и желчевыводящих путей: хронический гастрит в основном с повышенной кислотообразующей функцией и дискинезия желчных ходов.

46 детей обследованы в стационаре и 102 — амбулаторно. В возрасте от 5 до 6 лет было 5 детей, от 7 до 10 лет — 67, от 11 до 14 лет — 76. Давность заболевания — от 1 года до 8 лет.

Из данных анамнеза установлено, что 101 ребенок до 1 года находился на искусственном и смешанном вскармливании и только 47 детей — на естественном.  $\frac{3}{4}$  детей посещали детский сад, где получали в основном сбалансированное режимное питание. С началом обучения в школе у большинства детей режим питания нарушался. Выяснилось, что только половина детей получает горячие завтраки дома, а остальные питаются всухомятку бутербродами. Ужин, как правило, у всех детей обильный и энергоемкий (супы, мясо, яйца, каши, макарон).

Таким образом, выявлены нарушения в организации питания детей как в дошкольные, так и школьные годы: искусственное или смешанное вскармливание в грудном возрасте, большие перерывы между приемами пищи, сухоядение, неправильное распределение суточного рациона (большое количество пищи в ужин), однообразное, преимущественно углеводное питание в школьном возрасте.

Хронические очаги инфекции в носоглотке выявлены у 78% детей. У большинства обследованных зарегистрированы многократные ОРВИ и ангины (от 3 до 14 раз за год). У  $\frac{1}{2}$  детей в анамнезе имелись указания на перенесенные острые заболевания желудочно-кишечного тракта: дизентерию — у 12, лямблиоз кишечника — у 42, глистную инвазию — у 23. У 9 детей была болезнь Боткина; у 33% детей — аллергические заболевания (крапивница, аллергический диатез, бронхиальная астма).

У 40% детей выявлена отягощенная наследственность (холецистит, гастрит, язвенная болезнь у одного или обоих родителей).

Полученные данные подтверждают, что факторами, предрасполагающими к гастроэнтерологическим заболеваниям, являются погрешности в организации питания, острые заболевания желудочно-кишечного тракта, наличие хронических очагов инфекции, аллергические заболевания. Имеет значение наследственная отягощенность.

УДК 616.981.553

### **Доц. В. Я. Давыдов, Ш. С. Хасанов (Казань). Клинико-эпидемиологическая характеристика ботулизма**

Нами проанализирована клиника и эпидемиология заболеваний ботулизмом в 6 очагах инфекции (20 больных — 16 мужчин и 4 женщины).

В одном очаге заболело 4 человека после употребления в пищу консервированной свиной тушенки домашнего приготовления. 2 из них выздоровели, а 2 умерли при явлениях нарушения дыхания. У 1 больного из этого очага был обнаружен в крови ботулинический токсин типа В, а из мочи выделена палочка ботулизма типа В.

Во втором очаге заболело 6 человек, которые ели в майские праздники вяленого гуся, приготовленного с осени. У этой группы больных в крови тоже был типирован ботулотоксин В.

В третьем очаге заболело 3 человека после употребления в пищу свиного окорока, приготовленного домашним способом. Из оставшихся кусков окорока была выделена палочка ботулизма типа В.

В остальных 3 очагах тип возбудителя не был установлен, но заражение произошло также через продукты домашнего консервирования — мясо, сало и др. В 2 случаях предполагалось, что источником заражения являлись консервы заводского приготовления, но, несмотря на тщательное их исследование, токсина и возбудителей болезни в них не удалось обнаружить.

Возрастной состав больных: до 20 лет — 2 чел., от 21 до 30 лет — 5, от 31 до 40 лет — 6, от 41 до 50 лет — 3 и старше — 4. 18 человек выздоровели, 2 умерли. Длительность инкубационного периода у большинства больных колебалась от 10—20 ч до 5—7 сут.

Почти ни у кого из больных не было выраженного острого начала заболевания, поэтому они не обращались за медицинской помощью в первый день болезни. Ведущими жалобами и клиническими проявлениями болезни были нарушение глотания,