

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, макароны).

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,