

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,

снижение зрения, сухость во рту (у 17 чел.), мышечная слабость (у 12), двоение в глазах (у 10), тошнота или рвота (у 10), нарушение голоса (у 9), одно- или двусторонний птоз век (у 8), расширение зрачков или анизокория (у 4), выраженное нарушение дыхания (у 3).

При поступлении в стационар температура у больных была нормальная или субфебрильная; несмотря на тяжесть состояния, сознание у всех было ясным. Ни у одного больного не было нарушения чувствительности, что следует считать важным показателем в дифференциации ботулизма от других неврологических заболеваний, при которых может наблюдаться подобная клиническая симптоматика.

При тяжелом течении болезни, с нарушением дыхания, у больных наряду с общей мышечной слабостью, ухудшением зрения и затруднением глотания появлялось чувство недостатка воздуха, постепенно развивался цианоз кожи и слизистых, движения грудной клетки были поверхностными. Больные не могли отхаркивать скапливающуюся в дыхательных путях мокроту из-за слабого кашлевого толчка. Дыхание становилось kloкочущим; развивались признаки гипоксемии и гипоксии.

Всем больным, поступавшим на обследование и лечение в клинику, независимо от сроков болезни, промывали желудок 2% раствором бикарбоната натрия (10 л) и делали сифонную клизму (в таком же объеме). После промывания желудка внутрь давали карболен и 100 мл растительного масла. Специфическую антитоксическую терапию проводили всем больным поливалентной противоботулинической сывороткой (от 1 до 12 лечебных доз на курс лечения в течение 1—4 дней).

Неспецифическая антитоксическая терапия заключалась во внутривенном капельном введении гемодеза (400 мл в сут), растворов Рингера и 5% глюкозы (до 1—1,5 л в сут) в течение 1—5 дней в зависимости от появления лечебного эффекта. Для усиления выделения мочи внутримышечно вводили лазикс (от 20 до 60 мг в сут). Кроме того, больные получали витамины группы В, аскорбиновую кислоту, кокарбоксилазу, корdiamин. В тяжелых случаях больным назначали преднизолон (по 60—120 мг в сут в течение 3—4 дней). В качестве этиотропной терапии и с целью профилактики осложнений применяли левомицетин или пенициллин.

Двое больных с тяжелой формой ботулизма и нарушением дыхания были переведены в палату реанимации для наложения трахеостомы и подключения аппарата искусственной вентиляции легких. Один из них выписан клинически здоровым, а второй умер. Причиной летального исхода явились, с одной стороны, тяжелая форма заболевания и, с другой, поздние диагностика и начало лечения — на 5-й день болезни.

Проведенный нами анализ показал, что из 6 известных в мире типов возбудителей болезни у наших больных был обнаружен только тип В. Заражение происходило через продукты домашнего консервирования, копчения, соленья и вяления. В клинической картине болезни преобладали типичные признаки, с преимуществом неврологической симптоматики: нарушением зрения, глотания, мышечной слабостью, птозом и др.

Поздняя диагностика ботулизма указывает на то, что врачи участковой сети и сельской местности недостаточно знакомы с клиникой этого редкого, но очень опасного заболевания.

В целях борьбы с ботулизмом необходимо постоянно проводить санитарно-просветительную работу среди населения с разъяснением опасности домашнего консервирования продуктов животного и растительного происхождения.

УДК 616.981.49

М. В. Становская, М. М. Фархетдинов (Казань). Групповое пищевое заражение сальмонеллезом у взрослых

Мы наблюдали групповое внутрибольничное заболевание сальмонеллезом, вызванным *S. typhimurium*. Источником послужила повар, больная субклинической формой этой инфекции. Заболело 18 взрослых людей — 13 больных из одного отделения, 4 сотрудника этого же отделения и повар пищевого блока. Первые случаи заболевания появились через 4 ч после обеда, последующие — через 30 ч. У 14 больных инкубационный период составил от 4 до 12 ч, у остальных срок инкубации установить не удалось.

Одновременность развития болезни и характер клинических проявлений (гастроинтестинальный процесс) позволили заподозрить у заболевших сальмонеллезную инфекцию. В связи с этим посев крови и испражнений больных на сальмонеллы был проведен на месте, до перевода их в инфекционный стационар.

Диагноз сальмонеллеза подтвержден бактериологически у 16 больных: у 14 высеялись *S. typhimurium* из испражнений, у 1 — из мочи и у 1 — из кала и мочи двукратно. Двум больным диагноз поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных.

У 15 больных сальмонеллез имел гастроинтестинальную форму (у 2 — гастритическую и у 13 — гастроэнтероколитическую), у 1 — генерализованную; у 2 больных было бактерионосительство (субклиническая форма). Легкое течение болезни наблюдалось у 9 пациентов, среднетяжелое — у 8 и тяжелое — у 1.