

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, кордамиин. 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.

Средняя продолжительность госпитализации составила при легкой форме 13,1 дня, при среднетяжелой — 16,8, при тяжелой — 19.

Эпидемиологический анализ данного группового заболевания сальмонеллезом показал, что болезнь последовала после употребления мясных котлет, при изготовлении и реализации которых были допущены нарушения в технологии. В частности, произошло повторное обсеменение сальмонеллами готовых котлет, длительно хранившихся при комнатной температуре.

Своевременная изоляция заболевших, интенсивное лечение их и проведение противозидемических мероприятий способствовали быстрой ликвидации вспышки.

УДК 614.47

И. В. Манченко, Р. А. Еремеев (Казань). Роль организации иммунопрофилактики в изменении эпидемического процесса при некоторых инфекциях

Осуществление широкой программы иммунизации в Сабинском районе ТАССР создало условия для предупреждения заболеваний дифтерией, полиомиелитом, коклюшем, столбняком, корью.

Так, с 1956 г. в районе, как и в целом по ТАССР, была внедрена в практику здравоохранения достаточно эффективная вакцина против дифтерии и коклюша. Через 3 года заболеваемость дифтерией снизилась более чем в 3 раза: с 45 на 100000 населения в 1956—1958 гг. до 13 в 1959—1961 гг. После 1963 г. в районе не было зарегистрировано ни одного случая заболевания дифтерией. Коклюшем в допрививочный период и годы начала иммунизации в районе заболело по 300—500 детей ежегодно. За 10 лет прививок заболеваемость снижена до единичных случаев, а с 1970 г. это заболевание не регистрируется.

Широкий охват детей в возрасте до 14 лет прививками эффективной отечественной коревой вакциной (в 1969 г. — ЭШЧ, с 1970 г. — Л-16) обеспечил в короткий срок снижение заболеваемости корью в районе до минимума.

Начиная с 1960 г. в результате массовой иммунизации живой полиомиелитной вакциной эпидемическая ситуация по полиомиелиту в республике резко улучшилась, а в Сабинском районе за этот период заболеваний полиомиелитом не было.

Устойчивое эпидемиологическое благополучие в Сабинском районе обусловлено проведением полного охвата профилактическими прививками против дифтерии, коклюша, полиомиелита и кори определенных контингентов детей и созданием среди них высокой иммунной прослойки.

Одним из организационно-практических мероприятий, позволивших коренным образом улучшить прививочную работу на селе, в том числе и в Сабинском районе, явилось введение новой формы организации прививок (опыт Липецкого района Липецкой области) — создание объединенных картотек при ЦРБ и участковых больницах на детей до 17 лет. С внедрением этого метода работы была введена единая система учета профилактических прививок по форме № 63. Это дало возможность значительно улучшить качество проведения профилактических прививок в районе, наладить исчерпывающий учет контингентов, подлежащих иммунизации, осуществлять четкое планирование прививок.

Наряду с этим существенно улучшен своевременный охват профилактическими прививками. Удельный вес детей до 3 лет в числе получивших первичную ревакцинацию против дифтерии и коклюша в течение последних лет составляет 98,0—100,0%.

УДК 616.9—02:616—056.3:615.065

Д. Ш. Алкина (Свердловск). Бактериальная и лекарственная аллергия

Нами изучены истории болезни 200 пациентов, обратившихся на консультативный прием в аллергологический центр областной клинической больницы № 1. 83,5% из них — женщины. 70 больных в прошлом длительно лечились от различных заболеваний: 19 — от ревматизма, 15 — от туберкулеза, 14 — от гипертонической болезни, 13 — от заболеваний почек и мочевыводящих путей, 5 — от заболеваний эндокринных органов (сахарного диабета, зоба) и 4 — от анемии.

При обращении у обследованных выявлены хронические очаги инфекции: тонзиллит, синусит, гайморит, полипоз носа — у 23, хроническая пневмония и хронический бронхит — у 15, инфекционные заболевания нервной системы — у 10, ревматизм — у 9, камни почек и желчного пузыря — у 5, инфекционный полиартрит — у 4, хронический аднексит — у 4, заболевания почек — у 4, туберкулез легких — у 3, холецистит — у 75, гастрит — у 30, колит — у 18, панкреатит — у 8. У 5 человек имелась глистная инвазия: аскаридоз — у 2, тениидоз — у 2, описторхоз — у 1. Кожные пробы с бактериальными аллергенами оказались положительными у 43,9—64,6% обследованных, что подтверждает наличие бактериальной сенсибилизации при лекарственной аллергии и указывает на необходимость санации очагов инфекции.

Изучение общего аллергического фона у лиц, подверженных лекарственной аллергии, выявило у многих положительные реакции на введение ряда аллергенов: