

гигиены питания. — Труды ЛСГМИ. — 1974. — Т. 107. — 4. Кротов А. И., Ягудаев М. Ш. // Мед. паразитол. — 1973. — № 6. — Т. 41. — С. 726. — 5. Масевич Ц. Г., Решетникова О. П., Бабицкий Г. Я. // Клини. мед. — 1979. — № 2. — С. 82—84. — 6. Стрельникова Н. А. // Функции желудка и тонкого кишечника при дифиллоботриозе. — Автореф. канд. дисс., Саратов, 1983. — 7. Ханман С. А. // Клинико-рентгенологическое изучение функционального состояния желудочно-кишечного тракта у больных дифиллоботриозом. — Автореф. канд. дисс., Л., 1969. — 8. Anson M., Mirsky A. J. // Gen. Physiol. — 1932. — Vol. 16. — P. 59—63.

Поступила 21.09.86.

ДК 616.981.49—08

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

Д. Ш. Еналеева, Н. А. Булатова, Л. Т. Мусина

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д. Ш. Еналеева) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова,
1-я инфекционная больница (главрач — З. С. Тавлинова), Казань*

Среди острых кишечных инфекций особое место занимают пищевые токсикоинфекции. В эту группу объединяют сходные по клиническим проявлениям, но обусловленные различными возбудителями заболевания.

Целью работы являлось проведение клинико-этиологической разработки пищевых токсикоинфекций и оценка эффективности как этиотропной, так и патогенетической терапии.

Мы проанализировали истории болезни 160 пациентов в возрасте от 17 до 77 лет (мужчин — 59%, женщин — 41%), находившихся на стационарном лечении в 1-й инфекционной больнице в 1985 г. У 93 из них был сальмонеллез, у 67 — пищевые токсикоинфекции другой этиологии с неустановленными возбудителями.

Сальмонеллез и пищевые токсикоинфекции диагностировали исходя из данных клинико-бактериологических и серологических исследований.

Сальмонеллез у 93 больных был вызван 12 серотипами сальмонелл, из них доминировали три: *Sl. typhimurium* — у 31 (33,3%), *Sl. newport* — у 29 (31,2%), *Sl. oranienburg* — у 15 (16,1%). Только 22 случая пищевых токсикоинфекций были расшифрованы этиологически. Их возбудителями являлись условно-патогенные микробы из семейства *Enterobacteriaceae*, причем повышение титра антител до диагностического уровня в парных сыворотках было зарегистрировано только в 8 наблюдениях.

Легкая форма наблюдалась у 14% пациентов, среднетяжелая — у 82%, тяжелая — у 4%. Большинство заболевших поступили в стационар на 2-й день болезни, пробыв в отделении в среднем 9 дней (с легкой формой — 7,8 дня, со среднетяжелой — 8,1, с тяжелой — 11,5). Клиническая картина пищевых токсикоинфекций вне зависимости от вида возбудителя была сходной и характеризовалась острым началом у 97% больных, головной болью — у 51%, общей слабостью — у 81%, появлением лихорадки — у 78% (у 42% была субфебрильная температура, у 39% — умеренно высокая и у 20% — выше 39°). Лихорадочный период длился в среднем 2,4 дня (при легкой форме — 1,8 дня, среднетяжелой — 2,3, тяжелой — 3). Вслед за синдромом интоксикации появлялись симптомы поражения желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, боли в животе, диарея. Тошнота и рвота наблюдались у 71% больных, боли в животе — у 93%, причем у большинства заболевших боли схваткообразного характера в подложечной области, вокруг пупка и по ходу толстого кишечника локализовались с приблизительно одинаковой частотой. Диарейный синдром продолжался в среднем 4,5 дня. Частота дефекации на высоте заболевания составила в среднем 12 раз (у больных легкой формой — 6—7, средней — 8—9, тяжелой — 15—16 раз).

Явления гастроэнтерита обычно доминируют в клинике сальмонеллеза, однако анализ 93 истории болезни показал, что у 71% больных в процесс был вовлечен толстый кишечник: спазмированная сигмовидная кишка пальпировалась у 67%, тенезмы имели место у 24%, симптомы колита — у 71%, гемоколита — у 26%, что подтверждалось не только при визуальном исследовании стула, но и данными копрограммы (у 71% в кале было обнаружено большое число лейкоцитов, у 26% — эритроцитов).

При сравнительном анализе клинической картины, вызванной доминирующими сальмонеллами *Sl. typhimurium*, *Sl. newport*, *Sl. oranienburg*, мы не выявили отчетливой связи между клиникой и этиологией. В то же время наиболее сходное с дизентерией течение отмечалось у лиц, у которых заболевание было вызвано *Sl. newport*.

Вопросы лечения пищевых токсикоинфекций остаются и на сегодня актуальными. К выводу о бесполезности назначения антибиотиков и химиопрепаратов больным пищевыми токсикоинфекциями пришли многие зарубежные и отечественные авторы, тем не менее и до настоящего времени этиотропная терапия продолжает широко использоваться при лечении этих больных.

Мы проанализировали выраженность основных клинических синдромов у больных пищевыми токсикоинфекциями, вызванными сальмонеллами и условно-патогенной флорой. В зависимости от лечения все больные были разделены на 4 группы, идентичные по возрасту, преморбидному фону и тяжести течения. В 1-ю группу вошли 68 больных, которым была назначена базисная терапия: оралит по 1,5 л в сутки, панкреатин, аскорбиновая кислота, дексидил по 1 ст. л. перед едой.

Больные, леченные тетрациклином (600 тыс. ед. в сутки), вошли во 2-ю группу (15 чел.), энтеросептолом (1,5 г в сутки) — в 3-ю (28 чел.), фуразолидоном (0,42 г в сутки) — в 4-ю (56 чел.). Лечение проводилось в течение 5 дней.

Продолжительность лихорадки была наименьшей в 1-й группе ($2,0 \pm 0,2$ дня, $P < 0,01$). Длительность диареи в 1-й группе была $3,6 \pm 0,3$ ($P < 0,01$), во 2-й — $5,2 \pm 0,5$ дня, в 3-й — $7,0 \pm 0,7$, в 4-й — $5,5 \pm 0,3$. В 1-й группе, не получавшей этиотропной терапии, больные выздоровели раньше — через $6,9 \pm 0,3$ дня ($P < 0,01$), во 2-й группе сроки пребывания в стационаре составили $10,4 \pm 0,9$ дня, в 3-й — $9,0 \pm 0,5$, в 4-й — $7,9 \pm 0,4$.

Таким образом, анализ показал, что основными возбудителями сальмонеллеза в г. Казани в 1985 г., по материалам 1-й инфекционной больницы, были *Sl. typhimurium*, *Sl. newport*, *Sl. oranienburg*. Подавляющее большинство пищевых токсикоинфекций протекало в среднетяжелой форме по типу гастроэнтероколита. Клиническая картина не зависела от вида возбудителя, однако поражение дистального отдела кишечника в виде гемоколита чаще выявлялось при сальмонеллезе, вызванном *Sl. newport*.

Этиотропная терапия не оказывала положительного влияния на длительность основных клинических синдромов; более того, назначение антибиотиков и химиопрепаратов приводило к статистически достоверному увеличению продолжительности лихорадки, диареи и сроков пребывания в стационаре.

Поступила 13.01.87.

УДК 616.357.75—009.12—073.75—085.217.22

ПРИМЕНЕНИЕ АНАПРИЛИНА ДЛЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ СПАЗМА СФИНКТЕРА ОДДИ

А. Р. Новаковский

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов), кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Многие исследователи указывают на частое поражение сфинктерного аппарата терминального отдела холедоха при заболеваниях желчевыводящих путей. Так, спастическое состояние сфинктера Одди встречается в 4,2—21,9% случаев, что зависит от контингента больных и вида патологии желчевыводящих путей [1, 3].

Диагностика спастического состояния сфинктера Одди основывается на динамике накопления контрастного вещества, а также на реакции на спазмолитические препараты: нитроглицерин, амилнитрит и др. [2, 4]. Нитроглицерин и амилнитрит — спазмолитики, опосредованно действующие на гладкую мускулатуру желчных путей и имеющие нестойкий эффект.

Основываясь на наблюдении О. С. Кочнева и В. Н. Биряльцева о влиянии β -адреноблокатора анаприлина на сократительную функцию сфинктера Одди (авторское св-во № 1082404), мы применили этот препарат в процессе инфузионной холангиографии у 80 больных с патологией билиарной системы.