

ми, возникшими на фоне фиброзно-кистозных изменений в тканях молочных желез, — в среднем от 14 до 21 дня. В группе больных с нелактационными гнойными параареолярными маститами было 68% женщин от 17 до 23 лет.

Таким образом, учитывая локализацию, поверхностное расположение очага воспаления, отсутствие структурных изменений в тканях молочной железы, благоприятное течение послеоперационного периода и возраст больных, мы пришли к следующему выводу. То, что в своей клинической практике хирурги привыкли обозначать и лечить как острый гнойный параареолярный нелактационный мастит, есть по своему этиологическому характеру не что иное, как острый гнойный гидраденит параареолярных областей. Отсюда можно предположить, что условия для реабилитации больных с выделенной нами нозологией более благоприятны, чем у больных с истинными формами маститов как лактационной, так и нелактационной этиологии.

УДК 616.9 — 036.2 : 576.851.49

Д.К. Баширова, П.В. Прозоров, А.Ф. Салахова, Р.Т. Садыкова, Р.М. Саяхова, Р.Р. Ибрагимова (Казань—Нижекамск). Описание клиники водной вспышки острой кишечной инфекции, вызванной *Enterobacter liquefaciens*

В настоящее время проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) остается актуальной в связи с нередким возникновением групповых случаев заболеваний (вспышек). В г. Нижнекамске ежегодно в течение 3 лет наблюдается сезонное увеличение числа госпитализируемых больных с клиникой ОКИ в августе - сентябре с предположительно водным путем передачи инфекции. Так, в 1999 - 2000 гг. были зарегистрированы 2 вспышки эшерихиоза О-124. В 2001 г. при аналогичном групповом поступлении были выделены ротавирусы из кала больных (по данным ГК СЭН Республики Татарстан). В 2002 г. наблюдалось массовое поступление больных с клиникой ОКИ с 8 по 12 сентября в инфекционное отделение городской больницы № 2 г. Нижнекамска. Одномоментное поступление больных из разных районов города с аналогичной клиникой заболевания, общее увеличение случаев ОКИ, перебои в водоснабжении по всему городу в указанные дни в связи с плановым ремонтом водопровода стали основанием для предположения о водном пути распространения инфекции. У 30 больных, поступивших с клиникой ОКИ, при бактериологическом исследовании кала на условно-патогенную флору по общепринятой методике был выявлен массивный рост (более 10^8 микробных тел в 1 г испражнений) *Enterobacter liquefaciens* уже на 2—3-и сутки после поступления. Бактериологические исследования кала на шигеллезную и сальмонеллезную группы были отрицательные, патогенные эшерихии не выделялись. На актуальность *Enterobacter liquefaciens* как одного из возбудителей диарейных заболеваний, вызванных употреблением некипяченой воды, указывают ряд авторов, которые выделяли его в странах Центральной Европы в аналогичных случаях из речной воды, из воды минеральных источников и даже из бутилированной минеральной воды. Дру-

гие авторы считают данный возбудитель причиной ряда гнойно-септических заболеваний при гемотрансфузиях и внутривенных манипуляциях.

Взрослые больные составили 60,0%, дети - 40,0%. Были проанализированы следующие клинические признаки: жалобы на головные боли, слабость, озноб, тошнота, лихорадка, артериальное давление, степень дегидратации, боли преимущественно в животе, частота рвоты, частота и характер стула, ЛИИ. Также была проведена оценка эффективности лечения данных больных. В 100% случаев состояние больных было расценено как среднетяжелое. Заболевание начиналось во всех случаях остро, с повышения температуры тела до 38,0 - 38,5 °С (83,3%), сильного озноба (93,3%), выраженной слабости (100%), тошноты (93,3%), головных болей (83,3%). Рвота отмечалась у 96,7% больных: до 3 раз в день - в 60,0% случаев, от 5 до 10 раз - в 20,0%, более 10 раз - в 16,7%. Боли в эпигастриальной области имели место у 100% больных, в околопупочной области - у 60,0%. Болей по ходу толстого кишечника не отмечалось, тенезм и спазм сигмы не было. Синдром диареи определялся в 100% случаев, у 93,3% больных стул был жидким, объемно-водянистым, у 6,7% — с незначительной примесью слизи. Частота стула до 5 раз в день выявлялась в 46,7% случаев, от 6 до 10 раз - в 36,7%, более 10 раз - в 16,6%. Рвота и диарея привели в 100% случаев к клиническим симптомам дегидратации I степени, более тяжелых форм дегидратации не наблюдалось. Таким образом, в клинической картине заболевания преобладали проявления общего инфекционно-токсического синдрома и синдрома гастроэнтерита.

Длительность лихорадки от начала болезни составляла 2,6 0,43 дня ($p \leq 0,05$), от начала лечения - 1,3 0,29 дня ($p \leq 0,05$), длительность клинических проявлений интоксикации - 2,5 0,38 дня ($p \leq 0,05$). Диарейный синдром от начала болезни длился 3,2 0,35 дня ($p \leq 0,05$), от начала лечения - 1,7 0,28 дня ($p \leq 0,05$). ЛИИ при поступлении больного в отделение составил в среднем 2,31 0,96 ($p \leq 0,05$).

Всем больным при поступлении была назначена инфузионная терапия, которую повторно (на 2-3-й день лечения) не назначали в связи с быстрой положительной динамикой течения болезни, фуразолидон в возрастной дозировке и энтеросорбенты. Уже на 2—3-й день 93,3-100% больных не нуждались в приеме медикаментов в связи с практически полным прекращением проявлений заболевания.

Таким образом, клиническое выздоровление у наблюдаемых больных наступило без применения антибактериальной терапии и ферментов. Итак, острая кишечная инфекция, вызванная *Enterobacter liquefaciens* с водным путем передачи, характеризуется острым началом с выраженными проявлениями интоксикации и поражением преимущественно верхних отделов желудочно-кишечного тракта с относительно кратковременным сохранением симптомов болезни. Назначение антибактериальной терапии при гастроэнтерите, вызванном *Enterobacter liquefaciens*, не обязательно. Инфузионная терапия приводит к клиническому выздоровлению уже на 2-3-й день от поступления больных в стационар.