



Рис. 1.

лицевого нерва, атрофия левой грудинно-ключично-сосковой мышцы. У другой — понижение слуха на оба уха, увеличение размеров нижней челюсти, по поводу чего она оперировалась.

Все же у всех 6 больных болезнь протекала довольно доброкачественно, не обуславливая инвалидности и не приковывала их к постели, несмотря на обширные участки поражения костей черепа, как это видно на приведенном рисунке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Финкельштейн М. А. Вест. рентген., 1938, т. XIX. — 2. Рейнберг С. А. и Лагунова И. Г. Хирургия, 1951, 17.

Поступила в июне 1957 г.

ТЯЖЕЛЫЙ КАНДИДАМИКОЗ У РЕБЕНКА, ВЫЗВАННЫЙ ПРИМЕНЕНИЕМ БОЛЬШИХ ДОЗ АНТИБИОТИКОВ

Доц. К. Ф. Фомин и асс. В. А. Лукина

Из кафедры дермато-венерологии ГИДУВа г. Сталинска
(и. о. зав. кафедрой — доц. К. Ф. Фомин)

Исследованиями П. Н. Кашкина с сотрудниками (Н. П. Елинов и др.) установлено стимулирующее действие пенициллина, стрептомицина, ауреомицина, синтомицина, левомецетина на размножение и патогенные свойства дрожжеподобных грибов.

Учитывая большое практическое значение этого, приводим описание летального дрожжевого поражения, вызванного длительным применением значительных доз различных антибиотиков.

Ребенок М., 7 месяцев, в октябре 1956 г. получил ушиб лица. Пять дней спустя на правой боковой стенке носа появилась плотная безболезненная припухлость, распространяющаяся в полость носа и на мягкие ткани щеки и верхней губы. К врачу

обратились более чем через два с половиной месяца после ушиба. В поликлинике был поставлен диагноз фурункула носа, в связи с чем назначены инъекции пенициллина и стрептомицина. После четырехдневного применения антибиотиков состояние ребенка значительно ухудшилось, температура в пределах 39—40°, общая вялость, отсутствие аппетита. На коже теменно-височной области справа, шеи, груди и конечностей появились беспорядочно разбросанные узелковые элементы, величиной от боба до горошины, напоминающие внешне ранее появившийся инфильтрат в области носа и правой половины лица.

После исключения дифтерии и инородного тела носа начато введение пенициллина не только внутримышечно, но и непосредственно в толщу инфильтрата носа. За этот период времени ребенок получил 2 млн. ед. пенициллина и 2 800 тыс. ед. стрептомицина. Ввиду полной безуспешности лечения в поликлинике в течение трех недель, ребенок 9 ноября 1956 г. был направлен в стационар.

При поступлении состояние больного тяжелое, отмечены гипотрофия первой — второй степени, рахит и пупочная грыжа. Имелись симптомы правосторонней нижней долевой пневмонии. Тоны сердца приглушены. Инфильтрат носа и прилегающих к нему мягких тканей правой половины лица заметно увеличился. Из носа появилось слизисто-гнойное вязкое отделяемое с неприятным запахом. Другие ЛОР — органы без особенностей. Кровь: гем.— 38%, эр.— 2 млн., ц. п.— 0,7, Л.— 8000, п.— 2%, с.— 2%, л.— 76%, м.— 20%, э.— 0, РОЭ — 80 мм в час. Ретикулоциты — 4 : 100, анизопойкилоцитоз. Эритроциты бледно окрашены. Моча без особенностей.

Ребенок консультирован онкологом, который предположил иноперабельную саркому лица с метастазами. Назначено симптоматическое лечение. При повторных консультациях педиатры продолжали назначать различные антибиотики.

Несмотря на лечение антибиотиками, температура оставалась в пределах 39—40°, общее состояние ребенка с каждым днем ухудшалось. Нарастала вялость, появились заметная сонливость, а также явные признаки молочницы на слизистых рта и зева, обильная саливация, мацерация кожи лица и ушных раковин с мелкопластинчатым шелушением. Одновременно появился неустойчивый, жидкий стул. На слизистой рта и зева, в области десен, на миндалинах, языке наблюдались налеты молочницы, вначале в виде отдельных островков, а затем по типу сливающихся массивных типичных беловато-серых пленок.

За 10 дней пребывания в стационаре больной получил дополнительно 2 млн. ед. пенициллина, 600 тыс. ед. стрептомицина, 3 млн. альбомуцина и 3 млн. биомуцина.

Отсутствие непосредственного успеха от лечения массивными дозами антибиотиков, с одновременным заметным ухудшением общего состояния и появлением явных признаков молочницы на слизистых, побудило нас предположить генерализацию дрожжеподобного микоза как следствие применения антибиотиков в больших количествах.

Уточняя данные анамнеза, дополнительно было выяснено, что и ранее, амбулаторно, ребенок повторно лечился различными антибиотиками по поводу гриппа, бронхита, коклюша, пневмонии и получил более 3200 тыс. ед. пенициллина, 1,0 стрептомицина, 1500 тыс. ед. альбомуцина.

В нативных и окрашенных препаратах, полученных из зева, носа, в кале и осадке мочи обнаружены элементы грибка: почкующиеся дрожжевые клетки и псевдомицелий. В культуре при жизни удалось выделить дрожжеподобный грибок при засевах указанного патологического материала. В культуре идентифицирован дрожжеподобный грибок Кандида-альбиканс.

Все антибиотики были отменены, и назначена фунгицидная терапия: 10% йодная настойка по 3—4 капли 3 раза в день на молоке, обработка полости рта 1% щелочным раствором метиленовой синьки, дробные вливания крови и плазмы. Внутрь ребенку был назначен калийный натрий. Однако, несмотря на предпринятое лечение, вывести ребенка из крайне тяжелого состояния не удалось. Явления адинамии, сонливости и своеобразной пневмонии нарастали, и, на 17 день пребывания в стационаре, он скончался при явлениях асфиксии.

На основании клинических и лабораторных данных было предположено, что инфильтрат носа, правой щеки и верхней губы был очаговым проявлением распространенного грибкового поражения, а продолжительная терапия антибиотиками дала новые очаги поражения других органов и систем (желудочно-кишечного тракта и др.). За три месяца ребенок получил 7200 тыс. пенициллина, 4,5 г стрептомицина, 4500 тыс. альбомуцина и 3500 тыс. биомуцина, что и привело к развитию дрожжевого септического поражения и гибели ребенка.

На вскрытии обнаружены проявления молочницы на слизистой полости рта, гортани, по ходу пищевода в желудке — в виде молочно-белесоватых налетов, а на слизистой дуоденум, тонкого и толстого кишечника в виде островков.

В окрашенных и нативных препаратах из этих налетов определяется значительное количество элементов дрожжеподобного грибка.

Кроме указанных изменений, на вскрытии обнаружен не распознанный при жизни отит дрожжевой этиологии. В гнойно-некротических массах творожистого характера — почти чистая культура грибка молочницы. В легких явления мелкоочаговой

пневмонии. Из других макроскопических изменений обращает на себя внимание выраженный застой в печени и селезенке.

При посевах получены культуры грибка Кандида-альбиканс из гнойно-некротических налетов слизистой зева и гортани, пищевода, желудка, тонкого и толстого кишечника.

Культура Кандида-альбиканс также выращена при посевах кусочков легкого и мозга, что свидетельствует о генерализации дрожжеподобного грибка рода Кандида.

Приведенное наблюдение должно явиться предостережением в отношении чрезмерного применения антибиотиков по поводу различных заболеваний, особенно у ослабленных, тяжело и длительно болеющих детей.

Поступила 15 сентября 1958 г.

ОСТРАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ У БОЛЬНОГО АНГИНОЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА СТРЕПТОЦИДА И БИОМИЦИНА

*Канд. мед. наук С. А. Цейдлер и канд. мед. наук
М. С. Айзенштейн*

Из клиники инфекционных болезней (зав.— проф. К. В. Бунин) 1 Московского ордена Ленина медицинского института им. И. М. Сеченова и Московской клинической инфекционной больницы № 1 (главрач— Н. Г. Залесквер)

Ряд авторов описывает острую гемолитическую анемию, возникавшую в связи с приемом белого стрептоцида. Острая гемолитическая анемия развивалась в разнообразные сроки от начала приема стрептоцида: начиная с 1—2 дня приема и до 14 дня приема. Клиническая картина была более или менее однообразна. Заболевание начиналось остро, часто с повышением температуры, появлялись резкая слабость, сонливость, головная боль, тошнота, рвота, значительная бледность кожных покровов и слизистых, желтушность. Общее состояние в большинстве случаев было очень тяжелым, иногда отмечались затемнение сознания и бред.

Со стороны крови обращали на себя внимание резкое падение количества гемоглобина и эритроцитов, появление нормобластов, анизопокилоцитоза, полихромазии, повышение количества ретикулоцитов, высокий лейкоцитоз со сдвигом нейтрофилов влево. Моча становилась темной, в ней определялось большое количество уробилина, иногда значительное количество белка, эритроциты. Переливание цельной крови или плазмы и эритроцитарной массы давало очень хороший эффект, наступало быстрое, полное выздоровление.

Нами наблюдался б-ной А., 19 лет, студент.

Заболел остро 31/I-57 г., появилась боль в горле, повышение температуры до 40°. 1/II врач констатировал у больного ангину, больной стал полоскать горло раствором грамицидина и принимать белый стрептоцид в таблетках по 0,3; до 4/II принял 18 таблеток. 4/II принял 2 таблетки биомицина по 100000. К 4/II температура упала до нормальных цифр, в этот же день появились тошнота, рвота, сильная слабость, отмечены желтушное окрашивание кожных покровов и темный цвет мочи. В детстве часто болел ангинами, иногда принимал стрептоцид, каких-либо явлений лекарственной непереносимости не отмечает, желтухой никогда не болел. До настоящего заболевания чувствовал себя здоровым.

5/II-57 г. поступил в Московскую клиническую инфекционную больницу № 1 с диагнозом: болезнь Боткина. Жалобы на сильнейшую слабость, тошноту, головную боль. Температура— 36,5—37,5°. Состояние тяжелое, вял, сонлив, значительная общая слабость. Кожные покровы влажные, яркого лимонно-желтого цвета. *Herpes labialis et palpebralis*. Склеры желтушны. Губы очень бледны, слизистая рта и зева бледна, с желтушным оттенком. Тоны сердца приглушены, пульс 85, ритмичный, мягкий, артериальное давление— 120/50. Язык суховат, живот безболезнен. Печень не увеличена, селезенка пальпируется у края реберной дуги. Моча темного-бурого цвета, кал коричневого цвета, реакция на кровь в кале отрицательна. Анализы крови— см. таблицу № 1.