

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 (главврач— 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 биомicina 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 цвета, кал коричневого цвета, реакция на кровь в кале отрицательна. Анализы крови— см. таблицу № 1.

АНАЛИЗЫ КРОВИ БОЛЬНОГО А.

Даты	Гемоглобин	Эритроциты	Цветной показатель	Ретикулоциты	Лейкоциты	Лейкоцитарная формула (в процентах)								К-во нормобластов на 100 лейкоцитов	Анизоцитоз	Полихромазия	РОЭ	Билирубин сыворотки крови
						Эозинофилы	Промиелоциты	Миелоциты	Юные	Палочкоядерные	Сегментоядерные	Лимфоциты	Моноциты					
5/II	39 ед.	2 000 000	0,89 14%		20 000	2	—	1	1	38	46	4	8	—	++	+	—	4,04 мг %, реакция не-прямая
7/II	30 ед.	2 000 000	0,75	—	32 400	—	4	3	7	17	45	18	6	3	++	+	30	0,59 мг %, реакция не-прямая
21/II	68 ед.	4 500 000	0,76	9%	6 000	1	—	—	—	12	47	33	7	—	+	—	7	

5/II холестерин сыворотки крови — 210 мг%. Сулемовая проба 2,3 мл, тимоловая проба — 1 единица, плазмодии малярии и спирохеты Обермейера не найдены.

Анализ мочи от 5/II: цвет темно-бурый, моча мутная, удельный вес — 1011, реакция кислая, белка 13‰, реакция на желчные пигменты отрицательна, реакция на уробилин резко положительна. В осадке лейкоцитов — 5—7 в поле зрения, выделенные эритроциты и их бурый распад составляет главную часть осадка, гиалиновые цилиндры 1—2 не в каждом поле зрения, зернистые цилиндры 1—2 в каждом поле зрения. Клетки почечного эпителия в небольшом количестве на цилиндрах.

На следующий день 6/II в состоянии больного наступило значительное улучшение, желтуха заметно уменьшилась, цвет мочи стал значительно светлее, удельный вес мочи — 1016, количество белка снизилось до 0,16‰, в осадке — неизменные и в стадии распада эритроциты покрывали все поле зрения, гиалиновые цилиндры 0—1 в препарате. Состояние продолжало улучшаться, 8/II состояние больного было хорошим, жалобы отсутствовали, желтушность кожных покровов и склер исчезла. К 13/II моча нормализовалась.

К 21/II почти полностью нормализовалась и кровь.

Больного лечили внутривенным вливанием 40% глюкозы, витаминами В₁₂, С, витамином Е и обильным введением жидкости, главным образом боржома, рег ос. Предполагаемая трансфузия крови не была произведена ввиду быстрого улучшения состояния больного.

У нашего больного заболевание протекало совершенно аналогично описанным в литературе острым гемолитическим анемиям от приема белого стрептоцида. По своей клинической картине все эти случаи аналогичны гемоглобинурийной (черноводной) лихорадке при малярии.

Мы думаем, что острый гемолиз возник у больного в связи с приемом стрептоцида, а не биомидина, так как нам не удалось найти в литературе указаний на подобные осложнения у больных при приеме биомидина.

Белый стрептоцид является, безусловно, токсическим препаратом, он сравнительно часто вызывает «лекарственную болезнь» (Е. М. Тареев) в виде поражений кожи с повышением температуры. Он оказывает токсическое влияние на кроветворную систему, что объясняется его химическим строением. Острая гемолитическая анемия, вызванная его приемом, также должна быть отнесена к «лекарственной болезни». Гемолиз,

вызванный стрептоцидом, нельзя связать с дозой препарата, так как и наш больной, и часть других больных приняли небольшие его количества. По мнению И. А. Кассирского и Г. А. Алексеева, развитие медикаментозных анемий — редкое явление и зависит скорее от реактивности организма, чем от доз препарата.

Токсические свойства стрептоцида диктуют необходимость осторожного его применения, в особенности в поликлинической практике. В нашем случае не было также необходимости комбинировать его применение с биомицином, так как очевидно, что к 5 дню болезни, то есть 4/II 1957 г., больной уже не нуждался в применении антибиотиков.

Обращает на себя внимание неправильный поликлинический диагноз «болезнь Боткина», с которым был доставлен наш больной. Несомненно, что желтуха, наблюдавшаяся у нашего больного, имела гемолитическое происхождение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева Н. В. и Каневская Т. С. Сов. мед., 1955, 9, стр. 48—51. —
2. Боверман Б. Л. и Рубинштейн М. С. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1953, 3, стр. 34—36. — 3. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Клиническая гематология. 1955. — 4. Клейн Э. Г. и Хохлов А. М. Клин. мед., 1956, 7, стр. 67—69. — 5. Сигалов Д. Л. и Поляк А. Р. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1954, 2, стр. 27—30. — 6. Тареев Е. М. Сов. мед., 1957, 3, стр. 3—10.

Поступила 2 июля 1958 г.