

ЭРИТРОМИЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Р. М. Мамиш, Р. И. Еникеева

1-я кафедра педиатрии (зав.— доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

За последние годы отмечено возрастание удельного веса стафилококковых инфекций, в частности стафилококковых пневмоний у детей. Вместе с тем, исследование ряда авторов показывают возрастание устойчивости патогенной микрофлоры к пенициллину (Ю. Ф. Домбровская, М. С. Маслов, О. И. Базан, М. Н. Синюшина и др.). Этим определяется необходимость клинической оценки других антибиотиков. Как известно, эритромицин эффективен по отношению к микроорганизмам, устойчивым к пенициллину.

О применении эритромицина при заболеваниях у детей в отечественной литературе есть лишь единичные сообщения.

Нами эритромицин был применен в лечении пневмоний и отита у детей раннего возраста и недоношенных. Под наблюдением находилось 55 больных.

Среди больных пневмонией до 6 мес.—28, от 6 до 12 мес.—7, и от 2 до 3 лет было 11 детей. Больных отитом было 9 в возрасте до 6 мес.

Из числа больных пневмонией 23 имели локализованную форму, 18 — токсическую и 4 — хроническую в периоде обострения.

До начала лечения у 30 больных исследовалась микрофлора верхних дыхательных путей. У 13 выделен стафилококк, у 6 — стрептококк, у 4 — пневмококк, у остальных детей — смешанная флора.

Большая часть выделенных стафилококков обладала гемолитическими и плазмокоагулирующими свойствами, то есть признаками патогенности. Стрептококки обладали главным образом гемолитическими свойствами.

У большинства детей имелись сопутствующие заболевания: рахит (18), анемия (14), диспепсия (6), гипотрофия I и II ст. (21).

Эритромицин давался из расчета 5—8 мг на 1 кг веса 4—6 раз в день в течение 6—7 дней. У части больных лечение проводилось в комбинации с другими антибиотиками. Наряду с антибиотиками широко применялись оксигенотерапия, комплекс витаминов, сердечные средства.

Эритромицин при лечении пневмонии дал хороший эффект. За короткий срок у большинства больных наступили улучшение общего состояния, нормализация температуры и разрешение пневмонии.

Все дети эритромицин перенесли хорошо, за исключением двух недоношенных, у которых наблюдался цианоз кожи. Впоследствии недоношенным детям эритромицин назначался из расчета 5 мг на 1 кг веса, и тогда побочных явлений не наблюдалось.

Эритромицин, примененный у 9 больных отитом, во всех случаях оказал положительный результат (заключение отоларинголога).

Поступила 10 декабря 1962 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БУТАДИОНА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

В. А. Журавлева.

Противотуберкулезный диспансер № 1 Новокузнецка (главврач — Н. И. Грюк)

За последние годы при лечении туберкулеза все чаще применяются в комплексе с антибиотиками гормональные препараты (АКТГ и препараты коры надпочечников), а также бутадион и другие препараты противовоспалительного действия. Pestel и Ravina назначали бутадион больным туберкулезом и отмечали у большинства улучшение общего состояния, нормализацию температуры и особенно быстрое рассасывание плевральных выпотов (1950, 1953, 1956).

В 1959 г. Эвертом (Швейцария) опубликованы данные о лечении 100 больных активным туберкулезом специфическими препаратами в сочетании с бутадиолоном, что повышало эффективность антибактериальных препаратов. Об этом же сообщают А. М. Вильдерман и Т. Н. Оленева с соавторами. По их мнению, терапевтическая активность бутадиолина почти равна активности стероидных гормонов.

Бутадион в сочетании с антибактериальными препаратами мы начали применять с конца 1958 г. Нами изучены результаты его применения у 70 больных, большинство которых было в возрасте от 20 до 40 лет. Бутадион в основном мы назначали тем больным, у которых и после продолжительного приема (более 2 мес.) антибактериальных препаратов не снижались температура и другие явления интоксикации, а также при пневмоплевритах (преимущественно свежих) и в послеоперационном периоде (после лобэктомий и сегментарных резекций).

Из наших больных инфильтративный туберкулез легких был у 37, очаговый — у 2, гематогенно-диссеминированный — у 9, хронический фиброзно-кавернозный — у 9, казеозная пневмония — у 20. В послеоперационном периоде было 11 больных. У 44 больных находились ТБ в мокроте. Из 70 больных у 2 туберкулез сочетался с тяжелым сахарным диабетом и у 2 с легочно-сердечной недостаточностью. 38 больным был наложен искусственный пневмоторакс (ИП), осложнившийся пневмоплевритом (33) и эмпиемой (5).

Бутадион больные принимали по 0,3—0,45 в сутки в течение 1—4 недель.

При недостаточной эффективности предшествующей антибактериальной терапии бутадион был применен у 16 больных. Температура у большинства больных этой группы становилась нормальной уже на второй день применения бутадиона. Улучшалось общее состояние, восстанавливался аппетит.

Каких-либо существенных изменений в рентгенологической картине у этой группы больных после назначения бутадиона мы все же не наблюдали, и это, по-видимому, связано с кратковременным применением препарата.

38 больным, у которых туберкулезный процесс осложнился плевральным выпотом, бутадион был присоединен на различных этапах лечения антибактериальными препаратами. У 28 пневмоплеврит возник после наложения первичного ИП или после торакокаустики, у 2 выпот появился через 1—1,5 года лечения ИП, у 1 при ИП 5-летней давности и у 2 — при роспуске ИП. Из 28 больных с ранними пневмоплевритами у 22 наблюдалось быстрое рассасывание экссудата, у 16 наряду с рассасыванием экссудата наблюдалось одновременно и снижение температуры, у 2 больных (из 18) температура продолжала оставаться субфебрильной. У 6 больных и после присоединения бутадиона к антибактериальной терапии тенденции к рассасыванию экссудата не отмечено. Что касается оценки эффективности сочетанного применения антибактериальных препаратов и бутадиона у больных пневмоплевритом, возникшим в более поздние сроки после наложения ИП или при его роспуске, то у всех 5 больных было отмечено если не полное рассасывание экссудата, то явная тенденция к более медленному его накоплению или стабилизация его. У 2 из 5 больных со специфическими эмпиемами после присоединения к антибактериальному лечению бутадиона нам удалось отметить также замедление накопления экссудата (с 250 до 70 мл) и у одной больной снижение температуры.

В конце 1959 г. в нашем отделении бутадион стал применяться больным в послеоперационном периоде (11 человек). Учитывая указания о действии бутадиона на водно-солевой обмен (Н. Д. Беклемишев), проявляющемся иногда в уменьшении диуреза, а иногда в появлении отеков, и принимая во внимание при этом недостаточность функции аппарата кровообращения в первые 2—3 дня после операции, бутадион назначался с 3—4 дня после операции. Сравнивая течение послеоперационного периода этих больных и аналогичной группы больных без применения бутадиона, следует отметить в группе получавших бутадион более короткий период температурной реакции, а также и более быстрое улучшение общего состояния, аппетита, уменьшение болевых реакций и более быструю нормализацию картины крови.

Как мы уже указывали, у 2 наших больных туберкулез сочетался с тяжелой формой сахарного диабета. При применении бутадиона мы не наблюдали у этих больных ухудшения функции инсулярного аппарата — напротив, количество сахара в крови и моче снизилось.

В процессе лечения бутадионом нами отмечены побочные явления лишь у 3 больных. У 2 на 6 и 15 дни приема препарата появились пастозность и гиперемия лица и яркоточечная сыпь на коже туловища, рук и ног. После отмены препарата и назначения димедрола эти явления быстро прошли. У одного больного нами отмечено обострение язвенной болезни желудка, выразившееся в появлении изжоги и болей в подложечной области. Частота (4,2%) побочных явлений у наших больных, по сравнению с данными других авторов, невелика, что, очевидно, связано с тем, что нами применялись небольшие дозы бутадиона.

Изменений в составе красной или белой крови нам отметить не удалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беклемишев Н. Д. Клиническая медицина, 1959, 3. — 2. Вильдерман А. М. Пробл. туб., 1962, 7. — 3. Ласкина С. М. Клиническая медицина, 1959, 2. — 4. Оленева Т. Н., Сумбатов Г. А., Евдокимова В. М. и Кумашенская К. А. Пробл. туб., 1962, 7. — 5. Соловьев В. Н. Пат. физиол., 1959, 1. — 6. Baldamus V., Ewert E. G. Beitr. klin. Tuberk., 1960, Bd. 123. — 7. Idem, Ibid., 1956, v. 64. — 8. Pestel M., Ravina A. Presse med., 1953, v. 61.

Поступила 10 декабря 1962 г.