

гих органах и системах патологических изменений не обнаружено. Анализ крови от 27/II 1978 года: Л. 10,8.10⁹ в 1 л, Э. — 2%, п. — 2%, с. — 77%, лимф. — 17%, мон. — 2%, СОЭ — 25 мм/час. Моча нормальна. Рентгеномографическое исследование органов грудной клетки не выявило патологических изменений. Проба Манту с 1 ТЕ — папула 5 мл.

3/III 1978 г. произведена пункционная биопсия. Цитологические данные: среди детрита, нейтрофилов, лимфоцитов в большом количестве встречаются гигантские клетки Пирогова — Лангганса, крошечные казеозные массы.

Диагностирован туберкулез левой молочной железы. Назначено лечение стрептомицином, тубазидом, ПАСК в обычных дозах. На фоне химиотерапии образовалось несколько свищей со скудным серозно-гнойным отделяемым. Посев гнояного содержимого на микобактерии туберкулеза дал отрицательный результат. Больная выписана и 10/IV 1978 г. направлена для дальнейшего лечения в городской противотуберкулезный диспансер. Ввиду обширности поражения, появления свищей, а также заболевания вследствие контакта, что не исключало заражения лекарственно устойчивыми формами микобактерий туберкулеза, больной были назначены антибактериальные препараты более сильного туберкулостатического действия — рифадин, этиамбутол и тубазид в полноценных дозах на фоне витаминотерапии. Местно применяли электрофорез с 10% раствором ПАСК и тубус-кварц. В результате длительного комплексного лечения через 6 мес закрылись свищи, значительно улучшилось общее состояние. Трудоспособность полностью восстановилась после девяти-месячного пребывания на больничном листе. Намечено при отсутствии обострений процесса продолжить непрерывное антибактериальное лечение до 1,5 лет с дальнейшими противорецидивными курсами химиотерапии в течение не менее 3 лет.

УДК 615.33+615.065

Н. А. Черкасова, Н. Л. Загидуллина, М. Покатило (Казань). Побочные действия антибиотиков

Нами проведены наблюдения над 1836 детьми, находившимися на лечении в стационаре по поводу пневмонии, сепсиса, ОРВИ. Побочные действия антибиотиков были выявлены у 110 из них (возраст — от 1 мес. до 7 лет).

При изучении анамнеза у 32 больных удалось выявить аллергический фон: у 13 детей в раннем детстве были проявления экссудативно-катарального диатеза, у 15 пневмония сопровождалась астматическим компонентом, 4 ребенка страдали аллергическим ринитом.

Чаще всего наблюдались побочные действия пенициллина (84 больных). Выявлялись также реакции на введение стрептомицина (17 больных), мономицина, полусинтетических препаратов пенициллина — оксациллина, метициллина, ампициллина (19 больных); реже встречалось побочное действие линкомицина (4 больных), эритромицина, цефтрина.

У 10 больных выявлена непереносимость двух антибиотиков, а у 6 детей — 3—4 антибиотиков. У 1 больной 7 лет аллергическую сыпь вызывало введение 7 антибиотиков (пенициллина, стрептомицина, оксациллина, тетрациклина, олеандомицина, линкомицина, эритромицина).

У 79,5% больных реакция на антибиотики проявлялась в форме поражений кожи: от единичных высыпаний в месте введения до обильной полиморфной сыпи. У 9,1% детей была крапивница. У 1 ребенка 5 лет отек Квинке и выраженная крапивница развились после закапывания в нос раствора пенициллина. До этого ребенок в течение 3 дней получал лечение феноксиметилпенициллином.

Тяжелое осложнение в виде коллапса после введения пенициллина и левомицетина наблюдалось у 4,5% детей. Усиление одышки, появление бронхоспазмов были отмечены у 2,3% детей.

У 6 детей в период стихания основного заболевания на фоне лечения антибиотиками длительное время держалась повышенная температура. Нормализация температуры после отмены антибиотиков и назначения десенсибилизирующей терапии дала основание расценить гиперпирексию как побочное действие антибиотиков.

Считаем важным отметить, что в процессе лечения антибиотиками при появлении побочных действий у половины обследованных детей нарастала эозинофилия.

Биологические побочные реакции по типу дисбактериоза были зарегистрированы у 8 детей первого года жизни. При лечении пенициллином, тетрациклином, левомицетином появлялся жидкий стул, яркая гиперемия слизистых, развивался стоматит, возникали заеды, ухудшался аппетит, дети не прибавляли в весе, у части из них в слезе из зева и носа, в кале были обнаружены грибки типа *Candida* и протей.

Токсико-метаболическое действие антибиотиков, связанное с их органотропным эффектом, проявилось у 6 детей. У 3 больных, леченных мономицином, была выявлена макрогематурия, которая ликвидировалась после отмены препарата. У одного ребенка, длительно получавшего стрептомицин, наступила потеря слуха.

Пад нашим наблюдением было 2 детей, получавших лечение левомицетином, у которых развился токсический гепатит.

Антибиотики надо назначать обязательно с учетом их токсичности, принимая во внимание аллергологические заболевания в анамнезе и непереносимость антибиотиков в прошлом.

При появлении первых признаков побочных действий необходимо отменить антибиотик и назначить общеукрепляющую и десенсибилизирующую терапию. В случае жизненных показаний к применению антибиотиков у ребенка с непереносимостью к ним следует назначать терапию прикрытия кортикостероидами и с большой осторожностью продолжить лечение антибиотиками.

УДК 618.3—06:616.155.194

В. А. Садыкова (Баку). Экскреция эстриола у беременных и рожениц с анемией

Цель работы заключалась в исследовании экскреции эстриола у беременных с анемией, поступивших по поводу угрозы прерывания беременности. Наряду с этим мы определяли экскрецию эстриола в родах у этой категории женщин.

Обследованы 32 беременные с нормально протекавшей беременностью (контрольная группа) и 56 беременных с анемией, у которых беременность осложнилась угрозой преждевременного прерывания.

В группе беременных у 14 женщин содержание Нб составляло от 0,5 до 0,9 ммоль/л, у 23 — от 0,9 до 1,2 ммоль/л и у 19 — от 1,2 до 1,5 ммоль/л; в группе рожениц у 12 количество Нб было равно от 0,6 до 1,0 ммоль/л (у 8 из них роды осложнились слабостью родовой деятельности, а у 4 — асфиксией новорожденного) и у 17 оно колебалось от 1,0 до 1,5 ммоль/л (у всех этих 17 женщин роды протекали без осложнений).

Исследование эстриола проводили по методу Брауна с 21—24 нед беременности. Всего выполнено 292 исследования, из них 107 в контрольной группе и 185 — у беременных с анемией; в родах — 121 исследование, из них в контрольной группе — 45 и у рожениц с анемией — 76.

Таблица 1

Экскреция эстриола у беременных с анемией, поступивших с угрозой прерывания беременности

Группы обследованных	Экскреция эстриола (нмоль/сут) в зависимости от срока беременности (нед)					
	21—24	25—28	29—32	35—36	37—38	39—40
Здоровые беременные (M±m)	27,9±1,2	32,9±0,7	47,8±0,6	55,9±0,7	63,1±0,6	69,5±1,3
Беременные с содержанием гемоглобина: от 0,5 до 0,9 ммоль/л (M±m)	16,3±0,6	12,7±0,5	16,7±0,5	23,5±1,0	35,5±1,2	26,8±0,4
от 0,9 до 1,2 ммоль/л (M±m)	19,4±0,5	15,8±0,4	25,1±0,3	31,8±0,8	40,8±0,6	41,0±0,4
от 1,2 до 1,5 ммоль/л (M±m)	23,9±0,7	24,5±0,3	34,5±0,3	38,7±0,6	48,7±0,6	56,2±0,7

Как видно из данных табл. 1, у беременных с анемией, поступивших по поводу угрозы прерывания беременности, экскреция эстриола ниже, чем у беременных с нормально протекающей беременностью, причем с увеличением тяжести анемии параллельно уменьшается и количество эстриола в суточной моче.

Табл. 2 показывает, что экскреция эстриола в родах у рожениц с нормальным содержанием гемоглобина выше, чем у рожениц с анемией. Причем по мере снижения экскреции эстриола параллельно осложняется течение родов и исход беременности у женщин, у которых она протекала при относительно низкой экскреции эстриола.

Следовательно, определение экскреции эстриола является объективным тестом для контроля за течением беременности и прогноза в отношении исхода беременности для плода.

Таблица 2

Экскреция эстриола (нмоль/сут) в родах

Группы обследуемых	M±m
Контрольная	7,4±0,1
Роженицы с анемией:	
а) с неосложненным течением родов	4,5±0,1
б) с осложненным течением родов	2,8±0,1