

Описание иктеро-геморрагического лептоспироза представлено в монографии на современном уровне знаний с использованием последних работ отечественных и зарубежных авторов.

Разделы об этиологии и эпидемиологии вирусных геморрагических лихорадок написаны в сжатой форме, но достаточно полно крупными специалистами в этой области А. А. Авакяном и А. Д. Лебедевым.

В заключительной главе детально освещены вопросы дифференциальной диагностики инфекционных геморрагических лихорадок. Без излишней детализации автор приводит признаки, позволяющие отифференцировать эту группу болезней от большого числа клинически близких по облику болезней другого происхождения. Глава удачно дополнена четкими дифференциально-диагностическими таблицами и таблицей, характеризующей основные эпидемиологические черты первичных геморрагических инфекций.

В конце монографии приложен указатель отечественной и иностранной литературы, свидетельствующий о большом развороте научных исследований.

Книга написана хорошим литературным стилем, читается легко и с интересом. Автор иллюстрировал главы о дальневосточной и крымской геморрагических лихорадках собственными клиническими наблюдениями.

Нельзя не отметить и недостатков рецензируемого труда.

Автор выбрал неудачное название, было бы лучше назвать книгу — «Клиника инфекционных геморрагических болезней». Вряд ли можно согласиться с предложением автора называть геморрагическую лихорадку с почечным синдромом «вирусной геморрагически-почечной болезнью». Новое название может дезориентировать читателя-неспециалиста в данной области. Число вновь обнаруживаемых геморрагических лихорадок в разных областях Союза продолжает расти. Следует организовать комиссию, которая провела бы необходимую работу по их классификации и определила бы название каждой нозологической единицы, которое стало бы общепринятым.

Отсутствует подробное описание клиники и эпидемиологии геморрагических лихорадок, зарегистрированных на Урале, в Ярославской, Калининской, Тульской областях, в районе Среднего Поволжья, на Буковине и др., изученных достаточно подробно (Б. Л. Угрюмов, А. И. Резников, Т. А. Башкирев, А. А. Колачев и др.). Знакомление практического врача со своеобразием клинических и эпидемиологических черт многих разновидностей геморрагических лихорадок — необходимо.

Очень скупо изложены вопросы профилактики.

Приведенные недочеты не умаляют общей положительной оценки рецензируемой монографии как научного и ценного труда. Кроме инфекционистов и терапевтов, ею будут широко пользоваться и эпидемиологи.

Доктор мед. наук М. А. Зейтленок
(Воронеж)

Х. Плanelьес и А. Харитоновна. Побочные явления при антибиотикотерапии бактериальных инфекций. Медгиз. 1960. 23 печ. л.

Антибиотики как мощные лечебные препараты получили всеобщее признание. Все новые и новые антибиотики поступают в руки врачей. Однако не всегда врачи применяют эти препараты по зрелом размышлении. Часто антибиотики назначаются до установления диагноза, без учета чувствительности к препарату как микро-, так и макроорганизма, назначаются и тогда, когда можно и нужно обойтись другими препаратами. Продажа антибиотиков без рецептов приводит к тому, что больные (или их родственники) сами назначают лечение и осуществляют его по своему усмотрению. Видимо, еще не всем известно, что при антибиотикотерапии, не так уж редко, наблюдаются многочисленные и разнообразные побочные явления различной степени тяжести. Этой актуальной и важной теме посвящены многочисленные журнальные статьи и ряд брошюр, но не было монографии, освещающей вопрос в целом. Рецензируемая книга и является в отечественной литературе первым таким трудом о побочных явлениях при антибиотикотерапии. В основу ее положены не только многочисленные литературные источники, отечественные и зарубежные, но и целый ряд экспериментальных исследований и клинических наблюдений, проведенных авторами. Книга — плод многолетних исканий и раздумий.

Под названием «побочные» авторами понимаются все явления, возникающие в связи с применением антибиотиков, но не относящиеся прямо к их основным, целевым лечебным действиям и являющиеся в той или иной мере вредными для организма или отрицательно влияющими на процесс выздоровления.

В 1956 г. Х. Х. Плanelьес предложил выделять: (А) побочные явления, вызванные прямым токсическим действием антибиотика, (Б) косвенные побочные явления, возникающие в результате действия антибиотика на микробную флору человека и в результате развития сенсибилизации к препарату, а также (В) побочные явления, смешанные.

Явления, вызванные прямым токсическим действием препарата, находятся в определенной зависимости от применяемых доз, способа введения и продолжительности лечения.

Косвенные же побочные явления «представляют собой неизбежную отрицательную сторону всех химиотерапевтических веществ».

При сочетании прямых побочных воздействий с косвенными возникают смешанные побочные явления, где «участвуют и прямое токсическое действие, и суперинфекции».

В книге приводится следующая симптоматика побочных явлений, зависящих от прямого токсического действия антибиотиков.

Пенициллин. Прямой контакт со слизистой полости рта может обусловить глоссит, стоматит, везикулярный хейлит.

Следует соблюдать большую осторожность при введении пенициллина в субарахноидальное пространство (не более 10000 ед.).

Введение массивных доз пенициллина вызывает нарушение обменных процессов в миокарде (изменения ЭКГ).

Прямое токсическое действие на почки, по мнению авторов, несколько преувеличено и не всегда обосновано.

«Никакого существенного влияния на свертываемость крови пенициллинотерапия не оказывает».

Стрептомицин при повторном продолжительном парентеральном введении может вызывать энцефалиты, психозы, табетические синдромы, гемиплегии, различные периферические невриты. Наиболее тяжело поражение VIII пары черепно-мозговых нервов, нарушения в вестибулярном и слуховом аппаратах. Рекомендуют следить за состоянием вестибулярных рефлексов и немедленно прекращать введение препарата, как только обнаружатся первые признаки повреждения вестибулярной функции.

Крайне редко и исключительно при эндолембальном введении развивается стрептомициновый менингит, иногда шок, судороги.

Описаны кератоконъюнктивиты, паралич внутренней прямой мышцы глаза, нарушения аккомодации, атрофия зрительного нерва.

Отмечены большие индивидуальные колебания переносимости стрептомицина.

Дети до 1,5 лет особо чувствительны, а от 3 до 9 лет — более резистентны, чем взрослые.

Стрептомицин оказывает токсическое действие на сердечно-сосудистую систему, поэтому у больных с выраженными кардиосклерозом, стенокардией, инфарктом миокарда, гипертонией, сердечно-сосудистой недостаточностью лечение должно проходить под контролем ЭКГ.

Наблюдались поражения печени с развитием желтухи.

Для предупреждения и лечения интоксикаций стрептомицином рекомендуются витамины А, С и комплекса В (включая В₁₂).

Описано снятие токсического действия введением АКТГ.

Левометицин (соответствует зарубежному хлорамфениколу) вызывает лейкопению и тромбоцитопению. Возникают кровоизлияния. Быстро развивается апластическая анемия, и лейкопения достигает стадии агранулоцитоза. Лечение левометицином следует проводить под контролем крови.

Часто возникает психомоторное возбуждение, спутанность сознания, бред, зрительные и слуховые галлюцинации, вслед за которыми иногда наступают потеря сознания и коллапс.

Действует токсически на сердечно-сосудистую систему. Развиваются адинамия, цианоз, падение АД и пульса.

Описаны диспепсические явления — тошнота, рвота, иногда жидкий стул.

Тетрациклины. Наиболее часто наблюдаются фарингиты, стоматиты, хейлиты, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, метеоризм, боли в животе, поносы или запоры.

Развивающийся дефицит витаминов, а также внедрение грибов и микроорганизмов в поврежденную препаратом слизистую оболочку ухудшают возникшее заболевание.

Тетрациклины оказывают определенное токсическое действие на печень, связанное с влиянием на ферментные системы. Вместе с тем тетрациклины при недостаточности антитоксической функции печени действуют благоприятно, так как подавляют образование токсических продуктов бактериями кишечника.

Заметного влияния на факторы свертываемости крови тетрациклины не оказывают.

Тетрациклины следует назначать дробными дозами вместе с большими количествами жидкости (лучше — молока). Немедленно прекращать применение при первых признаках токсического действия.

Эритромицин так же мало токсичен, как и пенициллин, а аллергические реакции при нем наблюдаются реже.

Олеандромицин менее токсичен, чем эритромицин.

Нистатин при приеме внутрь практически не токсичен.

Косвенные побочные явления.

Реакции обострения заболевания под влиянием антибиотиков проявляются в быстром ухудшении состояния больных, как правило, в самом начале терапии.

Для возникновения такой реакции необходима предварительная сенсibilизация организма к соответствующим антигенам возбудителя. Реакция приобретает жизненно важное значение, когда развертывается в сердечно-сосудистой или нервной системе вследствие наличия в них очагов инфекции. Такая реакция может стать прямой причиной внезапной смерти. Поэтому рекомендуется начинать лечение с введения малых доз препарата и лишь постепенно увеличивать дозу.

Как известно, антибиотики не всегда оказывают заметное действие на возбудителей, находящихся в достаточно отграниченных первичных очагах инфекции, в регионарных лимфатических узлах и внутри клеток. Это и приводит к возникновению рецидивов или затяжных форм.

Под влиянием антибиотикотерапии может снижаться напряженность иммунитета, почему весьма эффективно применение одновременно с антибиотиками стимуляторов иммунитета (вакцин, сывороток, витаминов и др.), что имеет большое значение для окончательного выздоровления больного и профилактики рецидивов.

Характеризуя побочные явления, связанные с *сенсibilизацией организма*, авторы указывают, что большую роль здесь играют доза и концентрация препарата, метод и длительность применения, а также предрасположение больного (наследственность), функциональное состояние нервной системы, эндокринных желез, внутренних органов и, наконец, географо-метеорологические условия (повышение чувствительности весной и осенью, при снижении барометрического давления). Однако сенсibilизация к пенициллину может возникнуть и от весьма малых его доз и вне зависимости от метода применения.

Контактные дерматиты, вызванные сенсibilизацией к пенициллину, чаще всего наблюдаются у рабочих пенициллиновых заводов и медицинского персонала.

Сенсibilизация, приобретенная в отношении одного вида пенициллина, распространяется и на другие его виды.

Сенсibilизация к другим антибиотикам встречается значительно реже, чем к пенициллину.

Так, сенсibilизация к стрептомицину отмечается почти исключительно у рабочих, его изготовляющих, и у медицинского персонала, где стрептомицин вызывает сенсibilизацию, проникая через эпидермис.

Весьма важно до начала лечения тем или иным антибиотиком выяснить, нет ли у больного сенсibilизации к препарату или предрасположения к аллергическим заболеваниям (анамнез!). Для этого же предложен целый ряд проб — накожная реакция, внутрикожная, проба на слизистых (полости рта и конъюнктиве).

Отрицательные результаты этих проб не всегда свидетельствуют об отсутствии сенсibilизации. Не исключено, что в отдельных случаях сами эти пробы могут быть источником сенсibilизации.

Аллергические реакции у сенсibilизированных лиц могут возникать и развиваться как немедленно, так и спустя различные сроки после контакта с антибиотиком.

Авторы дают следующую классификацию аллергических реакций при лечении антибиотиками: 1. Реакции с преобладающими явлениями со стороны кожи. 2. Реакции типа сывороточной болезни или анафилактического шока. 3. Реакции со стороны кровяных органов и крови.

Реакции типа сывороточной болезни проявляются, помимо крапивницы и ангионевротического отека, повышением температуры, болями в суставах, опуханием лимфатических узлов, спленомегалией и эозинофилией. В таких случаях следует немедленно прекратить дальнейшее введение препарата, и тогда описанные явления проходят. Иногда же обратное развитие принимает замедленное течение, выявляются поражения печени и миокарда, которые в отдельных случаях могут обусловить смертельный исход.

При замедленных аллергических реакциях могут возникать органические поражения мелких артерий типа узловатого периартериита. Этим объясняется развитие у отдельных больных (особенно у детей) геморрагических некрозов кожи. Обычно процесс локализуется на небольших участках вблизи места введения пенициллина, но иногда захватываются обширные участки, и больной гибнет.

Наиболее грозная реакция — анафилактический шок. Течение его нередко от нескольких секунд до 10 минут, что затрудняет проведение эффективной терапии.

Анафилактический шок может развиваться при любом методе введения пенициллина (или другого антибиотика).

Развитию истинного шока нередко предшествуют сильный зуд кожи, особенно на ладонях, крапивница, ангионевротический отек или генерализованная экзантема, рвота и понос приступами.

В отдельных случаях шок может осложняться тяжелыми астматическими приступами или эпилептическими припадками (провокация латентной эпилепсии).

Аллергические явления со стороны крови и кровяных органов проявляются эозинофилией, лейкопенией и агранулоцитозом, ЛЕ-феноменом, геморрагическим синдромом.

Эозинофилия, связанная с применением антибиотиков, может появиться спустя 8—15 дней с начала приема антибиотиков, не исчезает сразу после отмены препарата и может держаться в течение 2 недель и более. Эозинофилия может быть различной степени (от 5 до 45 и даже 70%).

Лейкопения и агранулоцитоз могут быть связаны с прямым токсическим действием препаратов (особенно таких, как левомицетин и новобиоцин).

ЛЕ-феномен-lupus erythematoses клетки появляются в крови только *in vitro* при искусственном задержании свертывания (гепарином или дефибринированием). Этот феномен легко исчезает при введении больному кортизона или АКТГ.

Геморрагический синдром возникает как следствие повышения проницаемости стенок капилляров.

Врачи и весь медицинский персонал должны быть знакомы с клиникой побочных явлений при антибиотикотерапии, с мерами их профилактики, должны знать, что необходимо предпринимать при реакциях, угрожающих жизни больного. Рекомендуются избегать применения антибиотиков, если: а) ранее наблюдались аллергические реакции на антибиотики; б) больные сами или их родственники страдают каким-либо аллергическим заболеванием; в) у больного имеется грибковое заболевание кожи.

Не следует местно применять антибиотики без должных показаний.

Во избежание развития контактного дерматита нужно пользоваться резиновыми перчатками.

Рекомендуют применять одновременно с пенициллином салициловокислый калий (300 мг), парааминобензоат натрия (300 мг), аскорбиновую кислоту (50 мг) 4 раза в день до полного исчезновения всех аллергических симптомов.

Хорошо действуют при аллергических реакциях кортизон (внутрь или парентерально) и АКТГ внутривенно (лучше — капельным способом).

При крапивнице показана никотиновая кислота.

Рекомендовано внутривенное введение новокаина (если аллергическая реакция возникла не от прокаин-пенициллина).

Побочные явления, связанные с развитием *суперинфекции*, объясняются тем, что под влиянием антибиотика обычная микрофлора слизистых оболочек больного претерпевает большие изменения. При этом размножаются те виды бактерий (или грибов), которые обладают естественной или приобретенной нечувствительностью к данному антибиотику.

О суперинфекции можно говорить только в том случае, когда первоначальное заболевание излечено и возникает новая клиническая и бактериологическая инфекция.

Суперинфекция может возникать или за счет собственной флоры больного (истинная суперинфекция), или за счет попавших извне штаммов, от больных или от здоровых носителей, окружающих больного. Так «больничные стафилококки» стали главными источниками заражения больных лечебных учреждений и основными возбудителями суперинфекции.

Грибки, активизирующиеся у больных, получивших много антибиотиков, могут поражать слизистые, кожу, внутренние органы. Возможен и кандидосепсис — генерализованная форма кандидоза. Антибиотик нистатин (применяемый одновременно с бактериальным антибиотиком) является хорошим профилактическим средством и лечебным в отношении грибкового заражения.

Последняя глава посвящена *побочным явлениям смешанной природы*, то есть сочетающим в себе осложнения различного механизма.

Здесь особое место занимает *псевдомембранозный энтероколит*, как правило, приводящий к смерти. Он встречается довольно редко. Описан при лечении окситетрациклином, хлортетрациклином, но также и пенициллином и другими антибиотиками. Чаще возникает у лиц пожилых, лиц, перенесших тяжелую операцию, у алкоголиков, людей с пониженной реактивностью (страдающих изнуряющими заболеваниями).

Выделяют две клинические формы — холероподобную с профузным поносом и гиперэргическую с необратимым коллапсом, но без поноса. Последняя в течение 4—5 ч. приводит к смерти. Встречаются и переходные смешанные формы.

Обычно через 4—6 дней с начала применения антибиотика возникает понос. Стул быстро становится водянистым, без запаха, частым (до 20 раз в день). Температура достигает 39—40°. Пульс 120—160. Цианоз, похолодание конечностей, пятнистость кожи. Затем развивается коллапс (АД=0, пульс на лучевой артерии исчезает). Олигурия или анурия. Смерть наступает через несколько часов или 1—2 дня.

На вскрытии слизистая кишечника гиперемирована, с утолщенными, покрытыми слизью складками, отдельные сегменты покрыты желтовато-серой, серовато-коричневой или зеленой дифтеритической мембраной, прикрепленной к обнаженной поверхности кишечника, или мембрана свободно лежит в жидком содержимом кишечника. «Поражение может распространяться на весь желудочно-кишечный тракт (от нижней части пищевода до прямой кишки), однако наиболее часто» локализуется в слепой кишке и большей части поперечно-ободочной.

Одним из важных, возможно первичных факторов, обуславливающих развитие псевдомембранозного энтероколита, авторы считают токсическое действие тетрациклинов непосредственно на кишечную стенку и, в частности, на ретикулярную строму и эпителий слизистой оболочки кишки. Второй фактор — развитие нечувствительных и резистентных к антибиотику штаммов. Имеют значение и гормональные факторы (установленное авторами нарушение функции коры надпочечников). Предшествующее состояние слизистой кишечника также способствует в отдельных случаях развитию процесса.

Терапия должна быть экстренной. Обильное введение жидкости. Дача мицерина. Инъекции АКТИГ и кортизона, сердечно-сосудистых средств.

К побочным явлениям смешанной природы авторы относят и стоматофарингиты, особенно часто развивающиеся при применении антибиотиков в виде таблеток. При этом же методе введения антибиотиков иногда возникает и меланоглоссит — «черный язык». Резко увеличиваются в длину (до 1,5—2 см) нитевидные сосочки языка, которые пигментируются. Кажется, что язык покрыт черными волосами. Черный пигмент распространяется иногда и на зубы. Пигментация держится длительный срок и после нормализации слизистой языка.

К недостаткам данного труда следует отнести то, что основное внимание авторы уделили патогенезу, тогда как значительно слабее изложена клиника, профилактика и терапия побочных явлений.

Книга перегружена многими деталями, что, видимо, объясняется тем, что авторы не задавались целью выяснить, для какого читателя она предназначена. Практическому врачу, буквально ежечасно имеющему дело с самыми различными антибиотиками, эта книга будет представляться чрезмерно перегруженной литературными ссылками, из-за которых читать ее ему будет трудно. Она, конечно, будет изучаться научными работниками, которые поблагодарят авторов и за подробное освещение патогенеза, и за обширный список литературы, как отечественной, так и зарубежной.

А. М. Окулов
(Казань)

М. Х. Файзуллин. Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа. Медгиз, 1961 (209 страниц со 124 схематическими рисунками и рентгенограммами).

Богатый личный опыт позволил автору отчетливо и достаточно полно осветить в рецензируемой книге рентгенодиагностику заболеваний и повреждений придаточных полостей носа.

Легко читаются «Методика рентгенологического исследования придаточных полостей носа и толкование рентгенограммы лицевого скелета» (глава I) и почти не представленная в литературе «Методика послойного рентгенологического исследования (томография) придаточных полостей носа и толкование томограмм лицевого скелета» (глава II).

Прекрасно разработана глава по острым и хроническим синуситам, их осложнениям (кисты, полипы) и сравнительно мало известному контрастному исследованию при синуситах (глава III).

В главах IV и V излагаются диагностические возможности обычного и томографического исследований при доброкачественных и злокачественных опухолях придаточных полостей носа. Приводится дифференциальная рентгенодиагностика ограниченных теней в придаточных полостях.

Весьма хорошо изложена рентгенодиагностика повреждений и огнестрельных ранений придаточных полостей (главы VI и VII).

VIII и IX главы посвящены определению локализации инородных тел в придаточных полостях носа и, для дифференциации, в височной, подвисочной, крылонебной ямках и на стенках глотки. Нельзя, впрочем, согласиться с автором в оценке значимости стереорентгенографии в определении локализации инородных тел в черепе, позволяющей решать весьма тонкие диагностические задачи.

Ценны приведенные к каждой главе указатели литературы, отечественной и зарубежной.

Следует отметить прекрасное издание книги и высокое качество рентгенограмм.

На фоне разрозненного, несистематизированного и часто неполного освещения в литературе отдельных вопросов, составляющих данный раздел рентгенодиагностики, книга М. Х. Файзуллина, несомненно, является ценным вкладом в отечественную литературу и должна быть рекомендована для изучения рентгенологами и отоларингологами.

Доцент И. К. Иванов

(Новосибирск)