

34. Сапин М. Р. // В кн.: Лимфатический узел. — М., 1978.
35. Ситковский М. В. // Итоги науки и техники. Биохимия. — 1979. — Т. 13. — С. 5—15.
36. Сперанский А. Д. // В кн.: Нервная система в патологии. — М. — Л., 1930.
37. Фролов Е. П. // В кн.: Нейрогуморальные механизмы регуляции иммунологических процессов. — М., 1974.
38. Чернух А. М., Мазаева С. В. // Физиол. человека. — 1984. — № 2. — С. 202—210.
39. Янкович Б. Д. // Физиол. человека. — 1984. — № 2. — С. 221—223.
40. Blalock J. E., Smith E. A. // Fed. Proc. — 1985. — Vol. 44. — P. 108—111.
41. Benetato J. // J. Physiol. (Paris). — 1955. — Vol. 47. — P. 391—403.
42. Besedovsky H., Sorkin F., Felix D. // Eur.

- J. Immunol. — 1977. — Vol. 7. — P. 323—325.
43. Benton H. P., Hanley M., Sutters A. J. // J. Embryol. Exp. Morphol. — 1984. — Vol. 82. — P. 218.
44. Bullock K. // Neural. Modulation of Immunity. — New-York, 1985.
45. Goffey R. G., Hadden J. W. // Fed. Proc. — 1985. — Vol. 44. — P. 112—115.
46. Fillipp G. // Acta allerg. (Kph). — 1966. — Vol. 21. — P. 224—240.
47. Fontana A., Mc Adam K. P. W. J., Kristensen F. // Eur. J. Immunol. — 1983. — Vol. 13. — P. 685—689.
48. Laudenslager M. L., Reite M., Herbeck R. J. // Behav. Neural. Biol. — 1982. — Vol. 36. — P. 40—48.
49. Wybran J. // Neural Modulation on Immunity. — New-York, 1985.

Поступила 24.05.90.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.2—036.11—053.2—08:615.33

Т. Н. Лукина, И. А. Стеколыщикова (Чебоксары).
О нецелесообразности антибиотикотерапии неосложненных форм острой респираторной вирусной инфекции у детей

Как известно, антибиотики не оказывают влияние на вирусы, однако полностью избежать использования антибиотиков при ОРВИ не представляется возможным. Так, они показаны при возникновении бактериальных осложнений (пневмонии, отита и пр.). Данные литературы относительно применения антибиотиков при неосложненных бактериальной инфекции форм ОРВИ разноречивы. Есть рекомендации антибиотиков и другие антибактериальные препараты назначать с целью профилактики активации условно-патогенной микрофлоры или профилактики суперинфекции в условиях стационара. В то же время антибиотики далеко не безразличны для ребенка. Они могут оказывать прямое токсическое, сенсibilизирующее влияние, задерживать развитие иммунологической реактивности. Не менее существенным является и то обстоятельство, что при частом использовании антибиотиков микроорганизмы приобретают к ним устойчивость.

Целью настоящей работы являлось изучение течения и исходов неосложненных бактериальной инфекцией ОРВИ у детей в зависимости от характера лечения. В анализ включены 983 ребенка, больных ОРВИ. 200 детей не получали антибиотиков (основная группа), 783 — получали (контрольная группа). 823 ребенка были лечены в стационаре, 160 — в амбулаторных условиях. До одного года было 27,3% больных, от одного года до 3 лет — 48,1%, от 3 до 7 — 19,2% и старше 7 лет — 5,4%. Мальчиков было 52%, девочек — 48%.

Как показал анализ, для лечения детей с неосложненными бактериальной инфекцией ОРВИ как в поликлинике, так и в стационаре врачи назначали пенициллин чаще парентерально. Нередко (в 24,2% случаев) дети получали и второй курс антибиотикотерапии. Особенно часто антибиотики применяли у детей раннего возраста (у 57%). О течении и исходах ОРВИ в группах наблюдения мы судили по длительности температурной реакции и катарального периода, частоте возникновения суперинфекции и бактериальных осложнений.

Среди тех больных, которые не получали антибиотиков, лихорадочный период более 3 дней длился у 48,2% детей, в то время как среди леченных ими — у 76,4%. Продолжительность катарального периода у детей основной группы составила 5 дней, в контрольной — 6,9. В основной группе суперинфекция имела место у 5% детей, бактериальных же осложнений вообще не отмечалось, в контрольной группе — соответственно у 10,9% и 0,9%. Кроме того, у 6,5% детей контрольной группы, находившихся в стационаре, наблюдались различного характера аллергические реакции на антибиотики (сыпь, отек Квинке и др.).

Таким образом, наш анализ свидетельствует о менее благоприятном течении ОРВИ у детей, леченных антибиотиками. Возникает естественный вопрос, почему же врачи в своей практике так упорно пользуются антибактериальными препаратами для лечения ОРВИ? Мы провели анкетирование 65 педиатров. Анализ анкет показал, что 50,7% врачей назначают антибиотики с целью профилактики бактериальных осложнений, 32,3% — из-за высокой температуры, 40% — при наличии продуктивного кашля, 23% — в связи с выраженностью катаральных явлений.

Нередко лечение ОРВИ у детей антибактериальными препаратами осуществляют родители без предварительной консультации с врачом. В результате анкетирования родителей было выяснено, что большинство из них (84%) не имеют представления о сущности ОРВИ и считают данное заболевание тяжелым, осложняющимся «хрипами» в легких и высокой температурой. Это и являлось для родителей основанием для использования ими различных антибактериальных препаратов (пенициллина, ампициллина, бисептола). Таким образом, наши данные свидетельствуют о нецелесообразности применения антибиотиков для лечения ОРВИ у детей и о необходимости широкой разъяснительной работы среди населения.

УДК 616.661:616—053.36—007.11

Н. Н. Ледовская, С. А. Макарова (Казань).
Преждевременное половое созревание у девочки 11 месяцев*

Преждевременное половое развитие относится к редкой патологии, составляющей 2,5% от числа

* Доложено на обществе акушеров-гинекологов ТССР 24.10.1989 г.