

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 антибиотики 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 является 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 612.661:616—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.

гинекологических заболеваний у девочек. Однако за последние годы частота этой патологии увеличивается.

Мы наблюдали преждевременное половое развитие у девочки 11 мес. Ребенок родился в срок от первой беременности. Возраст родителей превышает 40 лет. Мать до беременности и во время нее принимала гормональные препараты по поводу полиартрита, родоразрешена кесаревым сечением ввиду поперечного положения плода. Извлечена девочка без асфиксии, неонатальный период протекал нормально, вскармливалась грудным молоком.

В возрасте 11 мес у девочки появились кровянистые выделения из половых путей, увеличение желез. При выяснении давности заболевания мать отметила постепенное увеличение молочных желез в течение 2 мес и кровянистые выделения из половых путей за 25 дней до обращения в консультацию.

Объективно: психофизическое развитие девочки соответствует возрасту. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Молочные железы мягкие, увеличены на М₁, конические; ареолы не пигментированы, соски не выражены, отделяемого нет. Роста волос в подмышечных впадинах и на лобке нет. Живот мягкий, безболезненный; опухолевых образований пропальпировать не удалось; свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

Генитальный статус: наружные гениталии сформированы правильно и соответствуют возрасту. Клитор не увеличен. Обращает на себя внимание хорошо растяжимая девственная плева. Выделения из половых путей серозно-кровянистые. Мазки на флору, для онкоцитологического и гистопатологического исследований. При осмотре опухолевых образований в малом тазу выявить не удалось.

Предположительный диагноз: гормонопродуцирующая опухоль яичника? Опухоль гипоталамо-гипофизарной области?

Рекомендовано: 1) после получения результатов онкоцитологического анализа решить вопрос о необходимости осмотра зеркалами для исключения заболеваний шейки матки и влагалища; 2) произвести обзорный снимок черепа; 3) провести УЗИ органов малого таза; 4) сделать анализ крови на гормоны (ФСГ, ЛГ).

В связи с отсутствием патологических изменений на краниограмме, опухолевых клеток и симптома скручивания (2+), а также на основании данных УЗИ был поставлен диагноз: гранулезоклеточная опухоль правого яичника, не исключается патология левого яичника.

УЗИ, проведенное в РКБ 06.06.1989 г. показало следующую картину: матка соответствует возрасту, правый яичник увеличен до 45 × 60 мм, солидного строения, левый — несколько увеличен, с мелкокистозными включениями. В брюшной полости имеется значительное количество свободной жидкости. На основании клинического течения заболевания, данных кольпцитологического исследования и УЗИ у девочки 11 мес диагностирована гормонопродуцирующая гранулезоклеточная опухоль правого яичника.

25.07.1989 г. в ДРКБ удалены правые придатки матки. При лапаротомии в брюшной полости обнаружена адипитеская жидкость, правый яичник увеличен до 4 × 5 см, левый — в виде тяжа; матка незначительно увеличена.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При гистологическом исследовании удаленного яичника выявлена гранулезоклеточная опухоль. При осмотре 19.10.1989 г. состояние де-

вочки удовлетворительное, выделений из половых путей нет; молочные железы в состоянии обратного развития. При ректальном исследовании изменений в органах малого таза не обнаружено.

УДК 616.12—008.331.1:616.151.5—008.6

Я. М. Ена, Л. А. Дидковская, В. Н. Зарицкая (Киев). Внутрисосудистое микросвертывание крови при гипертонической болезни

Неослабевающий интерес к патологии гемостаза у больных гипертонической болезнью объясняется ростом частоты у них тромбозоморрагических осложнений. Результаты исследований, посвященных нарушениям различных звеньев гемостаза при гипертонической болезни, неоднозначны, а порой противоречивы.

Целью настоящей работы являлось изучение прокоагулянтного, тромбобитарного и фибринолитического звеньев гемостаза у больных гипертонической болезнью для выяснения характера и интенсивности внутрисосудистого свертывания крови.

Под наблюдением находилось 149 больных гипертонической болезнью (мужчин — 63, женщин — 87). У 87 из них была II стадия заболевания с неосложненным течением (1-я группа), у 30 — с кризовым течением (2-я группа), у 32 — с острым нарушением мозгового кровообращения (3-я группа). Возраст больных составлял в среднем 49,5 лет и был сопоставим в клинических группах. Продолжительность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 10 лет. По выраженности патологического процесса больные 1-й группы были распределены на 2 подгруппы. В 1-й подгруппе (48 чел.) признаков внутрисосудистого свертывания крови не было, во 2-й (39) — они определялись. В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц.

Комплексное исследование системы гемостаза включало определение концентрации фибриногена, растворимого фибрина и продуктов расщепления фибрина/фибриногена в плазме крови, фибринстабилизирующего фактора XIII, антитромбина III, количества тромбоцитов и их адгезивно-агрегационных свойств, фибринолитической активности крови.

Умеренные нарушения гемостаза у больных 1-й группы 1-й подгруппы мы не трактовали как внутрисосудистое свертывание крови. В клинической картине у этих больных наблюдались высокие и стабильные значения АД, однако уже на 7—8-й день проводимой терапии оно снижалось и в дальнейшем стабилизировалось на более низком уровне. Проходили и субъективные жалобы в виде головной боли, головокружения.

У больных 1-й группы 2-й подгруппы внутрисосудистое свертывание крови имело хроническое течение, протекало на фоне повышения коагулирующих свойств крови, не имело четкой фазности развития, характеризовалось изменениями как прокоагулянтного звена гемостаза (повышенным содержанием фибриногена, наличием растворимого фибрина (РФ) и продуктов расщепления фибрина/фибриногена (ПРФ), снижением уровня АТIII и активности фактора XIII), так и тромбобитарного (увеличением количества тромбоцитов, повышением их адгезии и угнетением агрегации). В клинической картине также отмечались высокие и стабильные значения АД, имелись выраженные субъективные жалобы. Однако для достижения гипотензивного эффекта требовалась более длительная и усиленная терапия, в отдельных слу-