

отрицательная. Холестерина в крови 150 мг%. Общий белок — 7,5%; альбуминов — 56,7%, глобулинов: α_1 — 4,6%, α_2 — 12,8%, β — 10,4%, γ — 16%.

При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии не найдено. Диагностирован острый миелоблейкоз (эритромиелоз).

Лечение: богатое полноценными белками, витаминами, солями калия питание, витамины С, Р, В₁, В₂ в соответствующих дозах внутрь, витамин В₆ парентерально, препараты железа, меди; преднизолон по 25 мг в сутки, 6-меркаптопурин 50 мг в сутки; переливание крови и эритроцитарной массы 1—2 раза в неделю (5—10 мл на кг веса).

В результате лечения состояние больной значительно улучшилось.
20/X. Гем. — 63 ед., Э. — 3 400 000, нормобластов 52, РОЭ — 7 мм/час, ретикулоцитов 12 : 1000, Л. — 4000, гемоцитобластов — 6%, голаядерных — 4%, миелоцитов — 2%, с. — 38%, э. — 8%, м. — 2%, л. — 40%. Тромбоцитов 68 тыс.

Прогноз при эритромиелозе неблагоприятный. Наша больная скончалась.

УДК 616.391

Э. М. Келехсаева и А. М. Потемкина (Казань). Гипервитаминоз D у ребенка

Х., 8,5 мес., поступила в больницу 14/II 1965 г. Девочка беспокойна, у нее плохой аппетит, рвота, запоры, повышение температуры в течение последних 5—6 дней, резкое исхудание.

Полгода назад девочка в течение месяца находилась в больнице по поводу гипохромной анемии, гипотрофии II и рахита II ст. в стадии разгара. Вскоре после выписки девочка стала плохо прибавлять в весе. Для «ускорения роста» мать начала давать витамин D в больших дозах, и за период до повторного поступления в больницу (5 мес.) дала всего 2 флакона спиртового раствора витамина D и 7 или 9 флаконов масляного раствора, что составляет примерно 15 млн. МЕ.

Состояние ребенка при поступлении в клинику крайне тяжелое. Экзикоз, адинамия, анорексия, беспокойный сон. Рвота и запор. Из груди девочка высасывает не более 10—15 мл и при попытке докормить не глотает.

Кожа бледно-серого цвета, сухая, после собирания в складку не расправляется. Подкожно-жировой слой отсутствует всюду, и только на лице еще слабо выражен. Гипотония мышц. Девочка не держит головку, не сидит. Большой родничок запавший, 1,5×1,5 см, края плотные, выражены лобные и теменные бугры; грудная клетка деформирована. Тоны сердца приглушены, учащены. Живот мягкий, печень на 3 см ниже реберной дуги. Зубов — 2. Двухсторонний катаральный отит. Вес при поступлении 3270,0, рост 58 см.

Л. — 12 550, лимфоцитоз (72%), РОЭ — 53 мм/час, гиперкальциемия (18,4 мг%); фосфор — 3,5 мг%, общий белок — 6,77, остаточный азот — 34,3 мг%, холестерин — 153 мг%, хлориды — 643 мг%.

В моче резко положительная реакция Сулковича (сплошная муть), к моменту выписки ++++, один раз следы белка.

На рентгенограмме остеопороз трубчатых костей.

Клинический диагноз: гипервитаминоз D, гипотрофия III ст. смешанной этиологии, рахит II ст. в стадии реконвалесценции; анемия гипохромная, двухсторонний катаральный отит.

Назначена диетотерапия (грудное молоко, постепенное введение прикорма соответственно возрасту), введение солевых растворов, большие дозы витамина А, витамины С и группы В, сернокислая магнезия внутримышечно (25% раствор) и внутрь (5% раствор), трансфузия плазмы и крови, антибиотики (в связи с отитом), преднизолон из расчета 1 мг на кг веса в постепенно убывающей дозировке в течение 2 недель и метиландростендиол. Стероидные гормоны при гипервитаминозе D назначаются с целью торможения всасывания Са из кишечника, уменьшения интоксикации, улучшения общего состояния, улучшения аппетита. Кроме того больная получала препараты железа. Были назначены массаж и гимнастика.

В результате комплексного лечения состояние ребенка заметно улучшилось. За 3 недели девочка прибавила в весе 500,0. Уменьшилось и содержание Са в крови до 12,4 мг%, увеличилось количество общего белка до 8,9, но РОЭ по-прежнему оставалась ускоренной. В связи с обострением отита увеличился лейкоцитоз.

По семейным обстоятельствам 27/III девочка выписана в удовлетворительном состоянии.

УДК 615.857.06

Л. А. Чигарина (Ленинград). Влияние обеспеченности витамином С на уровень гемоглобина и сывороточного железа в крови детей

Мы исследовали 116 детей двух дошкольных детских домов Ленинграда в возрасте 3—7 лет, из которых 58 получали ежедневно 100 или 300 мг аскорбиновой кислоты до насыщения организма. Вторая группа (контрольная) аскорбиновую кислоту не получала. Исследования мы проводили через каждые 7—10 дней в осенне-летний и зимне-весенний сезоны на фоне различной степени обеспеченности организма аскорбиновой