

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

кислотой. Определяли сывороточное железо, гемоглобин, степень обеспеченности организма аскорбиновой кислотой, производили подсчет эритроцитов. При повышении уровня С-витаминной обеспеченности улучшались показатели сывороточного железа и гемоглобина. Степень С-витаминной обеспеченности не оказывала влияния на эритропоз.

УДК 616—089.5—031.81—612.015.1

Ф. Н. Казанцев (Казань). Влияние релаксантов деполаризующего действия на активность псевдохолинэстеразы крови

В современной анестезиологии наиболее широкое применение нашли мышечные релаксанты деполаризующего действия, длительность эффекта которых, как известно, зависит от активности псевдохолинэстеразы крови.

В повседневной работе анестезиологи нередко наблюдают случаи длительного нервно-мышечного блока при введении обычной дозы релаксанта больным с исходной нормальной активностью псевдохолинэстеразы крови. Точный генез такого эффекта деполаризующих мышечных релаксантов неизвестен. Однако считается, что он может быть следствием либо двойного блока или сочетанного влияния гипокарбии, возникшей на фоне гипервентиляции, либо же процесса распада релаксанта, сопровождающегося снижением активности псевдохолинэстеразы крови.

Мы изучали влияние однократной дозы деполаризующего мышечного релаксанта (сукцинилхолина и его аналогов) на активность ложной холинэстеразы крови с использованием химического микрометода Стедмана в модификации Т. В. Правдич-Неминской (1949). Активность псевдохолинэстеразы определяли по количеству сантинормального раствора гидроокиси натрия в миллилитрах, израсходованного на титрование уксусной кислоты, которая образуется из 1 мг ацетилхолина при инкубации его с 0,1 мл исследуемой сыворотки крови¹.

Всего исследовано 34 больных (19 женщин и 15 мужчин в возрасте от 13 до 61 года) с различными ортопедическими заболеваниями и последствиями травм конечностей.

На основании полученных нами данных можно считать, что процесс ферментативного распада деполаризующего мышечного релаксанта сопровождается снижением активности псевдохолинэстеразы крови, особенно выраженным при применении эфирного наркоза. Причиной длительного нейромышечного блока при введении релаксантов деполаризующего действия является не только низкая исходная активность ложной холинэстеразы крови, но и понижение ее, происходящее в процессе ферментативного распада релаксантов. Это согласуется с данными других авторов и указывает на необходимость определения активности сывороточной холинэстеразы крови больных еще в предоперационном периоде. Наши исследования подтверждают также целесообразность снижения повторных доз релаксанта до $\frac{1}{5}$ — $\frac{3}{5}$ первоначально введенного количества, особенно в условиях современной многокомпонентной анестезии.

УДК 616—003.4—616.629—616—002.3

В. В. Горшков (Астрахань). Нагноившаяся киста урахуса у девочки 2 лет

Кисты урахуса у детей встречаются относительно редко, поэтому мы решили поделиться нашим наблюдением.

С., 2 лет, поступила 10/IX 1965 г. с жалобами на боль внизу живота. Заболела 10 дней назад: внезапно повысилась температура до 39°, появилось опухолевидное образование ниже пупка, которое медленно увеличивалось. Девочка стала вялой, раздражительной, отказывалась от еды.

Ниже пупка по средней линии определяется болезненный плотный инфильтрат 5×4 см. Кожа над ним слегка гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не пальпируются.

Поставлен диагноз: нагноившаяся киста урахуса.

14/IX — операция. По рассечении апоневроза выделилось около 30 мл густого зеленоватого гноя. Полость 4×3 см, нижний полюс направлен к мочевому пузырю, верхний — к области пупка. Послеоперационный период протекал гладко, девочка выписана на 8-й день в хорошем состоянии.

УДК 616—003.4—616.37

В. Ф. Наумов (Альметьевск). Киста поджелудочной железы у девочки 14 лет

В отечественной литературе с 1885 по 1958 г. опубликовано всего 295 сообщений о кисте поджелудочной железы. Особенно редко это заболевание встречается у детей. Приводим наше наблюдение.

¹ В исследованиях больных принимали участие зав. биохимической лабораторией О. В. Санчугова и мл. научн. сотр. А. Н. Куцбина.