

ВЫВОДЫ

1. Неполноценное питание матери во время беременности и неблагоприятное течение беременности (токсикозы) являются факторами, нарушающими тиаминный обмен у детей.
2. Гиповитаминоз В₁ является одной из причин, отягчающих течение рахита и способствующих развитию более тяжелых его форм.
3. Наблюдения педиатра над беременными женщинами, полноценное питание их являются одним из звеньев антенатальной профилактики гиповитаминоза В₁ и рахита у детей.

УДК 616.89—615—035

Ю. Г. Шапиро (Казань). Уровень сиаловых кислот при антабусных психозах¹

Учитывая, что амбулаторное лечение хронического алкоголизма антабусом принимает все большее распространение, мы считаем возможным ознакомить широкий круг врачей с особенностями клиники и патогенеза антабусных психозов, наблюдавшихся в нашей больнице (5 больных). У них в анамнезе травма головы. Психические нарушения возникли остро: у одного — при приеме только антабуса, у остальных — в связи с курсом лечения антабус-алкогольными провокациями.

У четырех больных было сходное течение болезни. Для примера приводим выписку из истории болезни больного Т.

После первой антабус-алкогольной провокации у него заметно повысилось АД (140—90, 130—90). На третьи сутки ночью у больного появилась растерянность. Он утратил ориентировку во времени, в обстановке разбирался с трудом, жаловался на головную боль, испытывал безотчетную тревогу. Внимание больного быстро истощалось, к беседе привлекался на короткое время, стереотипно повторял одну и ту же фразу, не мог выполнить заданий на вычитание и запоминание цифр.

На четвертый день у больного наблюдалась резкая спутанность: он терял свою койку, несколько раз обмочился, рвался из отделения.

Проводилось лечение аминазином (на ночь), никотиновой кислотой и внутривенными вливаниями сернокислой магнезии.

На 5-й день психотические явления исчезли, и наступило выздоровление с почти полной амнезией периода помраченного сознания.

У остальных больных нарушение сознания длилось от 3 до 6 дней и имело различные оттенки. Например, у больного Ш. преобладала параноидность, и заболевание затянулось.

Несколько особо протекал психоз у больного Б. — без повышения АД, почти без жалоб на плохое самочувствие. Психопатологическая картина была более полиморфна. Первые 2—3 дня больной испытывал неяркие обонятельные и зрительные галлюцинации. В дальнейшем наблюдалась бессонница, приподнятое настроение, многоречивость, гневливость. Он писал письма и заявления, в которых переоценивал значение своей личности, легкомысленно относился к сложившейся обстановке.

Известно, что в патогенезе антабусного психоза, помимо интоксикации, имеет большое значение особенность реакции организма. Нами предпринята попытка выявить биохимические особенности реакции организма с помощью определения уровня сиаловых кислот (УСК) в сыворотке крови.

При антабусных психозах в острый период УСК повышается до 0,225—0,308 ед. оптической плотности. При более полиморфной психопатологической картине наблюдается более высокий УСК. Так, у Б. УСК достигал 0,308 ед.

При переходе психоза в подострую стадию и при выздоровлении УСК резко снижался и приходил к норме. Он колебался от 0,160 до 0,200 ед.

Видимо, для предотвращения психотических осложнений, помимо систематического измерения АД, необходимо проводить динамические исследования некоторых биохимических показателей, в частности уровня сиаловых кислот.

УДК 616—003.6—616.62

В. М. Поляков (Альметьевск). Иностранное тело в мочевом пузыре

Приводим наше наблюдение.

З., 37 лет, поступил 16/II 1962 г. в больницу с жалобами на выделение крови из мочеиспускательного канала, на затрудненное мочеиспускание, сопровождающееся болью и жжением в связи с нахождением проволоки в мочевом пузыре.

С детства страдает ночным недержанием мочи. Лечение оказалось безрезультатным.

В течение последних 10 лет больной каждый вечер перед сном вставлял себе в мочеиспускательный канал проволоку, которую предварительно протирал одеколоном.

¹ Доложено на заседании Общества невропатологов и психиатров 31/X-63 г.

При нап. ении мочи появлялось резкое жжение в мочеиспускательном канале, и больной просыпался. Процедура вставления проволоки в мочевой пузырь повторялась за ночь 2—3 раза.

За 3 дня до поступления проволока провалилась в мочевой пузырь.

Слизистая наружного отверстия мочеиспускательного канала резко гиперемирована. Из уретры редкими каплями выделяется кровь.

Произведена обзорная цистоскопия. Емкость мочевого пузыря — 100 мл. Слизистая всего пузыря малинового цвета без выраженного сосудистого рисунка. Устья мочеточников из-за отека слизистой не выявлены. Большую часть поля зрения занимает собранная в виде рыхлого клубка проволока.

Под эфирно-кислородным наркозом операционными щипцами через мочеиспускательный канал удалено 82 см проволоки. Больной в течение 2 недель лечился стационарно от хронического уретрита и цистита.

Выписан 30/II 1962 г. в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.62—003.7

И. Л. Кузьмин (Куйбышев-обл.). Эмпиема культи мочеточника с наличием инородного тела и камня

Слепое ранение мочеточника и наличие инородного тела в просвете его — явление редкое. До 1940 года В. А. Гораш во всей отечественной литературе нашел 12 таких наблюдений, добавил 2 собственных. В «Опыте советской медицины в Великой Отечественной войне» приведено уже 69 таких наблюдений.

Нахождение в мочеточнике одновременно осколка и камня при наличии эмпиемы культи в доступной нам литературе встретилось только один раз (С. Д. Голигорский и Н. Х. Анестиаде).

Приводим наше наблюдение.

П., 63 лет, поступил с жалобами на частое болезненное мочеиспускание, периодические ноющие боли справа внизу живота, недомогание. Моча мутная, иногда из уретры вытекает густой гной.

Больной перенес тяжелое осколочное ранение правой поясничной и ягодичной области в июне 1944 г. После обработки ран и удаления осколков в эвакогоспитале в течение 3 лет лечился консервативно. В 1947 г. был удален камень поврежденной почки. Однако продолжающиеся и после операции острые частые приступы почечной колики вынудили его 27/XII 1948 г. произвести нефрэктомии. Спустя 18 суток после операции стала отмечаться пиурия, наблюдавшаяся вплоть до последнего времени. Полагали, что у больного туберкулез мочевой системы, и проводилась специфическая терапия.

Общее состояние удовлетворительное, температура нормальная. Почки не пальпируются. Небольшая болезненность над лоном и над правой паховой складкой. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 12—15 раз в сутки. Моча мутная.

Остаточный азот крови — 31,2 мг%. Моча щелочная, удельный вес — 1012, белка — 0,033%, лейкоциты покрывают все поле зрения, эритроциты свежие до 10 в поле зрения. Моча, взятая катетером из левой почки, нормальна. БК в моче не найдены.

Хромоцистоскопия. Моча мутная, пузырь отмывается с трудом, умеренно выражено покраснение слизистой пузыря, больше в правой половине треугольника Лью; из левого устья выделяется прозрачная моча и краска на 5 минуте интенсивно окрашенной струей, правое устье точечное, из него выделяется густой гной в виде червячка.

На обзорном рентгено снимке в проекции правого мочеточника на уровне поперечного отростка V поясничного позвонка тень металлического тела и рядом с ним — тень конкремента, множество теней мелких металлических осколков на уровне поясничного и крестцового отделов позвоночника.

При экскреторной урографии и ретроградной пиелографии слева изменений со стороны почки и мочеточника не установлено.

Диагноз: эмпиема культи правого мочеточника с наличием инородного тела и камня.

27/XI 1960 г. операция (И. Л. Кузьмин) под эфирно-кислородным интратрахеальным наркозом. Утолщенная культи мочеточника в верхнем отделе плотно спаяна с прилежащими тканями и нижней полой веной. Тупым и острым путем с гидравлической препаровкой тканей выделена культи и мочеточник на всем протяжении до конуса мочевого пузыря. Мочеточник перевязан кетгутом и отсечен. Рана дренирована. Послойные швы.

Препарат — расширенный отрезок двух третей мочеточника с инфильтрированными стенками и колбовидным расширением в проксимальном отделе. При рассечении последнего обнаружен осколок $1,2 \times 0,3 \times 0,3$ см с образованным на конце его конкрементом $2 \times 0,4 \times 0,4$ см.

Послеоперационный период протекал благоприятно. Больной выписан в хорошем состоянии на 25-й день после операции без явлений дизурии и пиурии.

При обследовании через 3 месяца общее состояние хорошее. Моча нормальная.