

Р. Л. Шуб (Рига) доложил о применении витаминов в акушерстве. Для нормализации нервной деятельности во время родов (болеутоление и родоускорение) беременным в течение последних двух месяцев до родов ежедневно дают внутрь витамины В₁ и В₆ по 15 мг, витамин В₂ и фолиевую кислоту — по 10 мг.

В начале родовой деятельности вводят внутримышечно витамины В₁ и В₆ по 60 мг и В₁₂ по 500 микрограмм и дают внутрь рибофлавин и фолиевую кислоту по 40 мг.

При токсикозах беременности в среднем на протяжении 10 дней вводят внутримышечно по 60 мг витамина В₆ и дают внутрь по 40 мг фолиевой кислоты.

Профилактическое применение ежедневно в течение 6 недель до родов витаминов В₁ по 20 мг и С по 50 мг способствует предупреждению кровотечений во время родов и ведет к нормальному сокращению матки после родов.

Ежедневное применение витамина В₂ по 40 мг на протяжении двух месяцев до родов способствует снижению в три раза частоты трещин грудных сосков. Эффективным средством при лечении трещин грудных сосков является 5% рибофлавиновая мазь.

По наблюдениям докладчика, ежедневные приемы беременными витамина Д₂ по 1500 интернациональных единиц в течение двух месяцев до родов и двух месяцев после них снижают процент рахита у детей в три с лишним раза. По материалам докладчика, щелочная фосфатаза крови является объективным показателем насыщенности организма витамином Д.

В. А. Богданова (Москва) установила, что содержание витамина В₁₂ в женском молоке очень низкое (от 0,02 до 0,26 гамм/л). При даче витамина внутрь (от 30 до 850 гамм) или при введении внутримышечно (30 гамм) через 6 часов содержание его в молоке достигает максимума, превышая исходное на 300—450%.

Р. Л. Шуб ставит вопрос о массовом заводском производстве таблеток с витамином В₁₂ (по 500 и 1000 гамм) для витаминизации лактирующих женщин.

Поступила 25 июня 1959 г.

НОРМЫ ОПТИМАЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ВИТАМИНАХ

По поручению Министерства здравоохранения СССР и АМН СССР комиссия научных работников института питания АМН СССР и Всесоюзного института витаминологии Минздрава СССР составила следующие примерные нормы оптимальной потребности в витаминах (доклад проф. В. В. Ефремова на XIII научной сессии института питания АМН СССР 3—7/II-59 г. в Москве) см. табл. на стр. 112.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

И. М. Смирнов (Куйбышев — обл). Болезнь Такаея

Б-ная Е., 1928 г. рождения, уборщица, госпитализирована 28/VIII-57 г. с жалобами на головокружение, шум в голове, слабость в руках, быструю утомляемость, поху-данье, субфебрилитет, боль неопределенного характера в верхних отделах грудной клетки, сердцебиение и одышку при физических напряжениях.

Заболела в апреле 1955 г. после внебольничного аборта, когда впервые появилась не исчезающая до сего времени слабость.

После второго внебольничного аборта в декабре 1955 г. стала постоянно ощущать боль в руках и между лопатками, ослабление мышечной силы в руках при физической работе, шум в голове при пережевывании пищи, головокружение при вставании с постели, сердцебиение во время работы. Стала худеть; по вечерам повышалась температура.

Самочувствие больной резко ухудшилось после третьего внебольничного аборта в июне 1956 г. Все же она продолжала работать, лечилась амбулаторно, обращаясь в поликлинику 2—3 раза в год.

Отсутствие пульса было диагностировано только за месяц до госпитализации.

Кожные покровы и слизистые бледны. Подкожная жировая клетчатка слабо развита. Положительный симптом Ромберга. Хронический тонзиллит. Рубцы на барабанных перепонках.

Пульс в артериях правой руки и в лучевой артерии левой не прощупывается, в плечевой артерии левой руки еле ощутим, в сонной и височной артериях — ослаблен.

Давление крови в плечевых и височных артериях не определяется, в бедренной артерии левой ноги — 170/100, правой 150/90.

Сердце не увеличено, сосудистый пучок не расширен; второй тон над устьем аорты акцентирован, в подключичных и надключичных пространствах и над сонными артериями (на всем протяжении) выслушивается интенсивный систолический шум, который резко усиливается после нескольких энергичных движений головой. Пульс 100.

Примерная оптимальная суточная потребность человека в витаминах
(среднегодовая по СССР)

	А		В ₁ мг	В ₂ мг	С мг	РР мг	D ₁ и E	B ₆ мг	Пантотеновая к-та мг	Фолиевая к-та мг	Р мг	Е мг	B ₁₂ гамм	Биотин гамм	Холин г	Инозит г
	И. Е.	мг														
I. Взрослый человек																
а) при легком и среднем труде	5000	1,5	3	3	100	20	300	3	10	2	50	10	2	150	0,5	1,0
б) при тяжелом труде	8250	2,5	4	4	150	25	400	4	15	3	75	15	3	250	1,0	1,5
в) при очень тяжелом труде	10000	3,0	5	5	200	30	500	5	20	4	100	25	5	300	1,5	2,0
II. Беременные женщины (с 5-го месяца)	8250	2,5	4	4	150	25	500	5	15	4	75	25	5	250	1,0	1,5
III. Кормящие матери до 7 меся- цев	10000	3,0	5	5	200	30	500	5	20	4	100	25	5	300	1,5	2,0
IV. Дети																
а) до 7 лет	5000	1,5	2	2	75	15	1000	2	5	1	35	10	1	100	0,25	0,5
б) от 7 до 14 лет	6600	2,0	3	3	100	20	500	3	10	2	50	15	2	150	0,5	1,0
в) свыше 14 лет	8250	2,5	4	4	150	25	400	4	15	3	75	20	3	250	1,0	1,5

¹ Потребность в витамине D взрослого человека предусматривается только для жителей северных районов и работающих при искусственном свете, для беременных и лактирующих женщин и детей в осенний и зимний сезон.

На ЭКГ устанавливается левogramма, синусовая тахикардия, умеренно выраженные изменения миокарда. Пальпируется плотный, безболезненный нижний полюс селезенки. РОЭ — 45 мм/час. ФРОЭ — значительный сдвиг влево.

Сахар в крови — 80 мг%, остаточный азот — 21 мг%.

После 12 дней лечения АКТГ (по 40 единиц в сутки) исчезло чувство общей слабости, уменьшилось головокружение, симптом Ромберга стал отрицательным, пульс 80.

РОЭ — 13 мм/час. Больная прибавила в весе на 3 кг.

Ремиссия длилась 2 месяца. С 14/I по 22/II-58 г. она вновь была на стационарном лечении. Физикальные данные были те же. Температура была субфебрильной, РОЭ — 45 мм/час. При исследовании глазного дна отмечались расширение и извилистость вен, сужение артерий.

Больной была произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Проводилось лечение АКТГ и бутадиином.

Третий раз больная поступила в стационар в 1958 г. Пульс 76, ритмичный, на руках не определяется. Левая рука была холодная, кожные покровы бледны. Пульсация сонных и височных артерий ослаблена. Шум над левой сонной артерией усилился. Кровяное давление в бедренных артериях — 140/90, РОЭ — 37 мм/час. Протромбин — 86%.

Лечение АКТГ, бутадиином, новокаином (по 5 мл 0,5% раствора внутривенно ежедневно) привело к улучшению самочувствия и нормализации РОЭ.

В. В. Саламатина (Казань). Болезнь Такаея

Б-ная Г., 24 лет, поступила в терапевтическое отделение 13/II-58 г. с жалобами на сильную слабость, боли в области затылка, частые приступы головокружений при перемене положения, сопровождающиеся потерей зрения, боль и слабость в руках, неспособность иногда удержать даже легкий предмет.

Считает себя больной с 1946 г., когда сильно замерзла в поле, отморозила ноги и перенесла тяжелую ангину. С тех пор каждую весну и осень у нее болит горло.

В 1947 г. болела «малярией», лихорадило в течение трех месяцев. Затем до 1953 г. чувствовала себя здоровой, работала, вышла замуж.

Осенью 1953 г. сильно заболели руки и ноги, распухли все суставы и были массивные отеки на руках и ногах, высокая температура, ускоренная РОЭ (60 мм/час). Три месяца лечилась стационарно с диагнозом: «ревматический полиартрит».

Первую беременность перенесла очень тяжело: беспокоили одышка, боли в области сердца, отеки ног. После родов в июне 1954 г. отеки прошли, но больная не могла ходить и ухаживать за ребенком из-за резкой слабости и болей в руках и ногах.

В последующие 1955—56 гг. она по 2—3 месяца осенью и весной снова лечилась стационарно по поводу «ревматизма»: болели руки, ноги, была субфебрильная температура, всегда ускоренная РОЭ, но суставы не распухали.

В 1957 г. летом впервые заметила отсутствие пульса.

Питание понижено. Кожа бледна. Вес — 48 кг. Пальцы рук и ладони холодны, влажны. Температура тела нормальная. На коже груди — тонкая венозная сеточка.

Пульс на обеих лучевых артериях отсутствует, на тыле стопы определяется более отчетливо слева. Артериальное давление на плечевых артериях не определяется.

Сердце: границы незначительно расширены влево, тахикардия, на верхушке тоны чистые, громкие. Выслушиваются грубые шумы слева и справа в области угла, образованного ключицей и грудинно-ключично-сосковой мышцей. Здесь же пальпируется систолическое дрожание.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков на ногах нет. Суставы не изменены.

Стойкий красный дермографизм. Реакция зрачков на свет живая. Отмечается легкая анизокория.

Гипертрофия средних носовых раковин. Слизистая глотки бледна, суха. Миндалины атрофичны.

Глазное дно: сосок зрительного нерва нормальной окраски с четкими границами; вены сетчатки умеренно расширены, артерии склерозированы.

ЭКГ: синусовая тахикардия, небольшое отклонение оси сердца влево.

При рентгеноскопии легкие без изменений. Гипертрофия левого желудочка. Восходящий отдел аорты и вся дуга расширены с учащенной пульсацией.

На рентгенограмме костных изменений ребер не определяется.

Рентгенокимограмма: зубцы заостренные, с большой амплитудой в области восходящего отдела аорты.

Тонусиллограммы, снятые с симметричных участков рук: полное отсутствие осцилляций. В верхней трети голени слева и справа осцилляции сохранены, достаточной амплитуды. Осцилляторный показатель — 8—12 мм.

Учитывая инфекционно-аллергическую природу заболевания, проводилось лечение пенициллином по 50 000, через 4 часа внутримышечно с последующим переходом на гормональную терапию (АКТГ).

Состояние больной заметно улучшилось: она стала бодрее, веселее, на щеках