

Девочка готовилась к выписке, однако исследование крови 29/XII (на 15-й день болезни) дало чрезвычайно высокое количество лейкоцитов (67 400), из которых 71% составляли типичные лимфоциты.

В костном мозгу, наряду с типичными элементами миелоидного и эритроцитарного ряда, отмечено значительное количество лимфоцитов (по-видимому, примесь периферической крови).

Был поставлен диагноз «острый инфекционный лимфоцитоз», и ребенок изолирован в бокс. Назначены симптоматическое лечение и диета. Как в момент исследования крови (29/XII), так и при дальнейшем наблюдении симптомов со стороны лимфоузлов, кожи, слизистых оболочек рта, печени и селезенки отметить не удалось, за исключением однократного (31/XII) повышения температуры (до 37,4°) и повторного жидкого стула (3/I-60 г.).

Однако изменения со стороны крови удерживались в течение трех последующих недель.

Наибольшее количество лейкоцитов (67 400) отмечалось 29/XII и в течение 2 недель снизилось до 30 000, а еще через 2 недели до 10 000. Количество лимфоцитов в первые 2 недели составляло около 70%, а затем около 40%. Несмотря на сравнительно небольшое процентное содержание эозинофилов, абсолютное их содержание превосходило норму в 6—13 раз. Весь период наблюдения лимфоциты оставались типичными. Картина красной крови и тромбоциты выраженного отклонения от нормы не дали.

2/II девочка выписана в хорошем состоянии. При контрольном исследовании крови ребенка месяц спустя отклонений от нормы не отмечено.

Основываясь на литературных данных о контагиозности заболевания, 15/I-60 г. мы провели исследование крови у всех детей, находившихся в одной палате с Ш., для выявления случаев острого инфекционного лимфоцитоза среди контактных, а также в соответственной группе детей в яслях № 26 (16/I), которые посещала больная. Однако картины лимфемии ни в одном случае не обнаружили. По-видимому, заболевание носило спорадический характер.

До сих пор нет единого мнения о том, является ли острый инфекционный лимфоцитоз самостоятельным заболеванием. Ряд исследователей называет его «острый малосимптомный гиперлимфоцитоз».

В то время как одни авторы склонны признать острый инфекционный лимфоцитоз самостоятельным заболеванием (Смит, А. И. Гаваш, И. А. Кассирский), другие расценивают гематологические показатели при нем лишь как проявление своеобразной лимфоцитарной реакции (Шульц и Траутман).

У нашей больной лимфемия развилась вслед за эпидемическим гепатитом. Есть ли между ними какая-либо взаимосвязь, сказать трудно. Грунц и Хут указали, например, на возможную связь острого инфекционного лимфоцитоза с таким вирусным заболеванием, как эпидемический паротит.

Хотя данное заболевание протекает доброкачественно, практические врачи должны его знать, чтобы отличать от острого инфекционного мононуклеоза и такого тяжелого заболевания, как лимфатический лейкоз.

Что касается терапии острого инфекционного лимфоцитоза, то, судя по литературным данным, специфического лечения при нем не требуется. Ввиду контагиозности рекомендуется изоляция больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаваш А. И. Клиническая медицина. 1948, 8, Бюлл. ин-та туберкулеза АМН СССР, 1946.
2. — 2. Кассирский И. А. Клиническая гематология, 1958. — 3. Яхин Н. Б. Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова). Медгиз УССР, 1957. — 4. Grisalli M. G. *mal. infettive e parasitarie*, 1958, № 4. — 5. Schultz W. u. Trautmann F. *Infektionskrankheiten*, Dresden/Leipzig, 1957.

Поступила 2 января 1960 г.

ДВА СЛУЧАЯ ПОЗДНЕГО РАХИТА

Р. Г. Камалова

1-я кафедра педиатрии (зав.—доц. Р. М. Мамиш) и 2-я кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Д. Е. Гольдштейн) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Поздний рахит — заболевание, обнаруживаемое у детей после четырехлетнего возраста, наблюдается сравнительно редко. В одних случаях рахит, бывший в раннем детстве, не вполне проходит, затягивается до 4-летнего возраста и продолжается затем или даже усиливается в последующие годы. В других случаях рахит, выявленный в раннем детстве, совершенно проходит, а затем, в старшем детском возрасте, ближе к периоду полового созревания, вновь появляется (Е. М. Лепский).

При позднем рахите гипотония мускулатуры и разболтанность суставов почти не встречаются. Потливость наблюдается редко. Селезенка и печень обычно не увеличены. Анемия не характерна. Почти всегда жалобы на боли в нижних конечностях, усиливающиеся при длительной ходьбе. Характерна переваливающаяся («утинная») походка. Отмечается в той или иной степени выраженная деформация скелета, захватывающая верхние и нижние конечности, иногда ребра, череп.

Поскольку амбулаторное обычное противорахитическое лечение (витамин «D», ультрафиолетовое облучение) малоэффективно, необходимо стационарное, а затем и санаторное лечение, что может предупредить значительные деформации скелета.

Приводим наши наблюдения.

И. Ш., 10 лет, поступила 7/1-60 г. с жалобами на боли в ногах при длительной ходьбе и прогрессирующее искривление нижних конечностей.

У матери было 8 детей, из них трое умерли. Все остальные дети здоровы. Родители считают себя здоровыми. Жилищно-бытовые условия хорошие.

Девочка родилась с весом 3400,0. До 2 лет получала грудь матери, с 3 месяцев был введен прикорм манной кашей. В питании всегда преобладали мучнистые блюда, овощей получала недостаточно. Первые зубы появились с 5 месяцев, самостоятельно ходит с 1 г. 2 мес. В раннем детстве перенесла корь и воспаление легких.

С 5 лет мать стала замечать у девочки быструю утомляемость при ходьбе и искривление голеней. Появились жалобы на боли в ногах при длительной ходьбе. Лечилась витамином D, но нерегулярно. Улучшения не отмечалось. Деформация конечностей постепенно прогрессировала. В последнее время боли в ногах усилились.

Состояние удовлетворительное. Затруднено носовое дыхание, что обусловлено искривлением носовой перегородки аденоидом.

Рост — 114 см, вес — 27,5 кг.

Кожа нормальной окраски, эластична. Подкожный жировой слой выражен избыточно, тургор тканей хороший.

Прощупываются подчелюстные лимфоузлы величиной с лесной орех — единичные, средней плотности.

Резко выраженная деформация костей скелета. Грудная клетка несколько напоминает бочкообразную, «четки», правосторонний сколиоз I степени, лордоз. Утолщены проксимальные отделы плечевых костей, а также дистальные концы костей предплечья и голеней. Бедрa и голени искривлены кнаружи, больше справа. В верхней трети правой большеберцовой кости на передне-медиальной поверхности — костный выступ. Иксообразность и некоторая саблевидность костей голеней, плоскостопие.

Ходит мало. Переваливающаяся с боку на бок «утинная» походка. Гипоплазия эмали верхних резцов, открытый прикус.

Легкие и сердце без патологии. Пульс — 92—96, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 95/50. Живот несколько увеличен в размерах за счет подкожного жирового слоя. Печень и селезенка не прощупываются. Умственное развитие вполне удовлетворительное. Память и внимание хорошо развиты. Неврологический статус — без отклонений от нормы. Глазное дно — без изменений.

Реакция Пирке и Манту — 1:1000, отрицательны. RW отрицательная. Гем. — 72 ед. — 12 %, Э. — 3670000, РОЭ — 6 мм/час, Л. — 7600, п. — 1 %, с. — 43 %, л. — 38 %, м. — 10 %, э. — 8 %. Са — 11,2 мг %, Р — 1,5 мг %, активность щелочной фосфатазы — 15 ед. (по А. Боданскому). Общее количество белков крови — 7,2 %, альбуминов — 3,54 %, глобулинов — 3,66 % (α_1 — 0,336 %, α_2 — 0,673 %, β — 1,641 %, γ — 1,01 %).

Остаточный азот — 35 мг %; тимолово-вероналовая проба — 4,5 ед.; реакция Вельтмана — коагуляция при концентрации CaCl_2 — 0,05 %. Билирубин — 0,7 мг %, прямая реакция слабо положительная, замедленная.

Диурез нормальный. Удельный вес мочи — от 1,012 до 1,032. Реакция на белок, уробилин, желчные пигменты и сахар отрицательны. В осадке мочи патологических элементов нет.

Рентгенологическое исследование. В области метафизов трубчатых костей определяются изменения, характерные для рахитических зон (небольшое расширение метафизарных отделов, блюдцеобразные вдавления в области метафизов с разрыхлением контуров зон роста и торчащие здесь костные балки в виде «метелочки»), в разной степени выраженные.

В дистальных отделах кости голеней несколько изогнуты кнаружи — больше справа; отмечаются симметричные шиповидные разрастания в области проксимальных отделов диафизов большеберцовых костей, и аналогичные деформации замечаются в проксимальных отделах плечевых костей.

Лечение: полноценное питание с включением овощей, витамин D по 25 000 ед. в день в течение 2 месяцев; за этот период дважды по 3 дня витамин D давался по 10000 ед. За последние 3 недели доза витамина D была увеличена до 50000 ед. в день.

Больная приняла 25 сеансов общего облучения кварцем. В течение 3 недель получала лимонную кислоту с лимоннокислым натрием, регулярно принимала рыбий жир, хлористый кальций, витамины С, В₁. Использовались прогулки на свежем воздухе и корригирующая гимнастика.

В результате лечения исчезли боли в ногах. Появились некоторые сдвиги в биохимизме крови. Количество Р в крови постепенно увеличилось: 3/1-60 г. Р — 1,5 мг%, 11/IV Р — 3,7 мг%.

И. Т., 15 лет, поступила 5/1-53 г. с жалобами на боли в ногах при длительной ходьбе.

Ребенок — единственный в семье. Родители считают себя здоровыми. Материальные и квартирные условия хорошие.

Девочка родилась за 4 недели до срока; роды были нормальными. Вес при рождении — 2800,0. До 11 месяцев получала грудь матери, с 6 месяцев введен прикорм. Питание полноценное с включением в пищу овощей и фруктов. Первые зубы появились на 7 месяце, сидит с 6 месяцев, самостоятельно ходит с 12 месяцев.

Перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу.

В раннем детстве у девочки находили небольшие проявления рахита.

До 3 лет развивалась хорошо. В 3-летнем возрасте начала жаловаться на боли в ногах. Родители заметили искривление ног, которое прогрессировало в дальнейшем. Лечилась витамином D и получала кварц, но заметного улучшения в состоянии ребенка не отмечено.

В семилетнем возрасте оперирована для устранения искривлений конечностей, после чего лето провела в Евпатории. Самочувствие улучшилось. Однако спустя 4 года после операции снова появились боли в ногах и отмечено прогрессирование деформаций конечностей. Все эти годы продолжалось лечение.

Представлены рентгенограммы, произведенные в 1944 г., на которых видны типичные изменения, характерные для позднего рахита в активной фазе (небольшие расширения в области дистальных метафизов — костей голени с разрыхлением контуров зоны роста; аналогичные изменения в области проксимальных метафизов костей голени и дистальных метафизов бедренных костей, а также дистальных метафизов костей предплечья; дистальные метафизы локтевых костей и проксимальные метафизы малоберцовых костей несколько раздвинуты по типу раструба; здесь же торчащие костные балочки по типу «метелочек»).

Некоторая бледность кожных покровов. Девочка хорошо упитана. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Грудная клетка сдавлена с боков, края реберной дуги развернуты, на ребрах «четки». Резкое «О»-образное искривление бедренных костей, в меньшей степени — костей голени. Вследствие искривления бедра кажутся укороченными. Утолщение эпифизарных концов трубчатых костей на верхних, в большей степени — на нижних конечностях.

Со стороны легких и сердца патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной формы. Печень и селезенка не увеличены.

В умственном развитии уклонений от нормы нет.

Гем. — 66%, Э. — 3710 000, РОЭ — 23 мм/час. Л. — 7400, п. — 7%, с. — 48%, э. — 3%, м. — 2%, л. — 40%. Р — 4 мг%, активность щелочной фосфатазы — 0,64 (по Кэо). Остаточный азот — 36 мг%.

Удельный вес мочи — 1025, белка нет. В осадке патологических элементов нет.

Рентгенологическое исследование, произведенное повторно в 1953 г., показало следующие изменения в динамике: в области луче-запястных суставов изменения рахитического характера не определяются; также и в коленных суставах. Резкие искривления бедренных костей в наружную сторону. Утолщение коркового вещества на вогнутой стороне конечностей и небольшой остеосклероз на месте изгиба (явления компенсаторного характера).

При клинико-лабораторном и рентгенологическом исследовании выяснилось, что в 1953 г. активный рахитический процесс прошел. Жалобы на боли в ногах при длительной ходьбе, по-видимому, можно объяснить выраженной деформацией конечностей.

Поступила 21 марта 1961 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е. Н. Дормидонтов и Г. С. Козлов (Ярославль). Баллистокардиографические исследования практически здоровых людей (влияние физической нагрузки на сердечно-сосудистую систему)

При помощи электрокардиографии мы можем судить о трех важнейших функциях сердца: автоматизме, проводимости и возбудимости. Метод же баллистокардиографии дает возможность судить о функции сократимости.

У 50 практически здоровых людей в возрасте от 19 до 39 лет регистрировалась датчиком Дока баллистокардиограмма (БКГ) скорости.

У практически здоровых людей измененные БКГ встречаются сравнительно редко. Ненормальность кривых проявляется главным образом в усилении дыхательных