

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 Кэю). 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

колебаний кривой (I ст. А) и появлении патологических комплексов не более, чем в $\frac{1}{3}$ (I ст. Б).

Влияние дыхания проявляется в увеличении волн на вдохе и уменьшении на выдохе.

После физической нагрузки амплитуда систолических волн изменяется как в сторону повышения, так и в сторону понижения.

Легкая физическая нагрузка не оказывает существенного влияния на большинство временных расстояний волн БКГ. Однако отмечается уменьшение времени гемодинамической систолы НК.

Гемодинамическая систола НК находится в тесных временных соотношениях с фазой напряжения желудочков QH. При запаздывании QH—НК нередко укорачивается, и, наоборот, при ускорении QH—НК увеличивается.

Под влиянием пробы с нагрузкой БКГ в большинстве случаев остается нормальной, и лишь у отдельных лиц наблюдается ухудшение кривой.

Асп. В. А. Сунцов (Саратов). Эозинофилы крови и мокроты при бронхиальной и сердечной астме

Ввиду сложности диагностики бронхиальной и сердечной астм, особенно в случаях смешанных астм, у пожилых людей, мы определяли эозинофилы в крови и мокроте, спиральи Куршмана, кристаллы Шарко—Лейдена и клетки сердечных пороков в мокроте при данных заболеваниях, используя этот метод для дифференциальной диагностики астм.

Нами обследовано всего 49 больных бронхиальной и 46 с сердечной астмой во время приступа, и из них соответственно 41 и 37 вне приступа.

Эозинофилия крови при бронхиальной астме во время приступа встречается значительно чаще, чем при сердечной, что статистически достоверно. При сердечной астме во время приступа преобладают эозинопения и полное отсутствие эозинофилов, что редко при бронхиальной астме.

Эозинофилия крови при бронхиальной астме наблюдалась лишь при неосложненных ее формах. При легочно-сердечной недостаточности и бронхоэктатической болезни у больных бронхиальной астмой найдено нормальное или пониженное содержание эозинофилов.

При сердечной астме эозинофилия крови найдена у отдельных больных только с ревматическими пороками сердца, реже—во время приступа, чаще—вне приступа.

Разность показателей была равна 35,1%, средняя ошибка разности—9,4%, что свидетельствует о существенности различия. Во время и вне приступа у больных бронхиальной астмой существенной разницы в содержании эозинофилов обнаружить не удалось.

Разность показателей составляла при этом 0,1%, средняя ошибка разности—10,3%, что указывает на статистическую недостоверность различия. Вне приступа большей разницы в содержании эозинофилов крови больных бронхиальной и сердечной астмой обнаружить не удалось, что подтверждено статистически.

Эозинофилы в мокроте при бронхиальной астме во время приступа встречаются в 7 раз чаще, чем при сердечной, что статистически подтверждено. Вне приступа существенной разницы в содержании эозинофилов в мокроте при бронхиальной и сердечной астме обнаружить не удалось.

При бронхиальной астме во время и вне приступа большой разницы в содержании эозинофилов в мокроте не найдено. Разность показателей была равна 11,1%, средняя ошибка разности—9,3%, что подтверждает случайный характер различия. При сердечной астме как во время, так и вне приступа значительных различий в содержании эозинофилов не обнаружено. Разность показателей была равна при этом 6%, средняя ошибка разности—5,1%, что указывает на статистическую недостоверность различия.

Эозинофилы в мокроте при бронхиальной астме найдены лишь при неосложненных ее формах, а при сердечной астме—только у больных с ревматическими пороками сердца.

Кристаллы Шарко—Лейдена найдены лишь у 5 больных, а спиральи Куршмана—у 7 из 45 больных бронхиальной астмой во время приступа.

Клетки сердечных пороков во время приступа при сердечной астме встречались как правило, а при бронхиальной астме—в виде исключения, что статистически достоверно.

Вне приступа клетки сердечных пороков также чаще обнаруживались при сердечной астме, чем при бронхиальной, что подтверждается статистически.

Ю. О. Фурман (Нижний Тагил). Лечение стенокардии двухсторонней перевязкой внутренних грудных артерий

Операция перевязки внутренней грудной артерии (Фиески) проста по выполнению, не требует специального инструментария и обезболивания. Из осложнений во время операции возможны повреждение плевры и ранение внутренней грудной артерии. Осторожное проведение операции гарантирует от осложнений.