

Таблица 3

**Холинэстераза в динамике ревматического процесса
у детей в сыворотке крови (в ‰)**

Больные	Форма болезни	Стадия заболевания		
		острая	подострая	затихания
У-в	нервная	51,87	58,54—80,08	50,05
Х-а	нервная	35,49	54,6	52,78
Ш-к	без ясного поражения сердца	36,4	39,22	—
К-в	сердечная	20,93	—	43,68
З-а	сердечно-суставная .	36,4	60,97	39,77
М-в	сердечно-суставная .	39,77	—	45,5
С-в	сердечная	54,6	109,2	43,68
Х-а	сердечная	30,94	81,9	52,78
С-а	нервная	50,96	50,96	—
А-в	нервная	32,76	—	60,06
Я-а	сердечно-суставная .	36,4	56,42	56,42
К-а	сердечная	38,22	29,12	41,86
Б-в	сердечно-суставная .	33,67	58,24	66,43
И-а	сердечно-суставная .	34,58	—	—
В-а	нервная	34,58	61,88	30,94
П-а	нервная	47,32	49,14	41,86

В остром периоде ревматизма активность холинэстеразы снижается, что объясняется, по-видимому, фиксацией ее в тканях, на территории которых происходит реакция антиген-антитело с образованием медиаторов, в частности ацетилхолина, разлагаемого холинэстеразой.

При попытке сопоставления степени активности холинэстеразы с белковыми фракциями сыворотки крови ясно выраженной зависимости не выявлено.

Поступила 9 апреля 1958 г.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

Доц. К. А. СВЯТКИНА

Из кафедры факультетской педиатрии Казанского
медицинского института

Рахит — все еще распространенное заболевание среди детей раннего возраста; отдельные случаи его проявления могут наблюдаться и в последующие годы жизни ребенка. Известно, что рахит, перенесенный в раннем детстве при неблагоприятных условиях (нерациональное питание, отсутствие прогулок, ряд инфекционных заболеваний) нередко рецидивирует. По наблюдениям Э. С. Мошкевич, даже у детей дошкольного возраста могут встречаться остаточные явления рахита и отдельные случаи незаконченного рахитического процесса и в фазе реконвалесценции и разгара.

С момента введения в практику витамина Д многих интересовала, помимо эффективности, длительность его терапевтического действия при рахите. Дальнейшие наблюдения показали значительный лечебный эффект витамина Д: своевременно предпринятое лечение обычно уже в течение 4—6 недель приводит к излечению. С. Я. Шаферштейн, наблюдавший лечебное действие первых препа-

ратов витамина Д, пришел к выводу, что лечение витамином Д в достаточной дозе приводит к стойкому и длительному терапевтическому эффекту. С тех пор витамин Д стал широко применяться при лечении рахита, во всех его фазах.

Но в отдельных случаях, при тяжелых проявлениях рахита, особенно в сочетании его с гипотрофией, действие витамина Д эффективно лишь при одновременном применении ряда других средств и методов лечения (массаж и гимнастика, переливание крови, соответствующая диета, применение витаминов В и С, прогулки на воздухе). Обычно такая комплексная терапия рахита проводится в условиях стационара.

В период с 1948 по 1954 гг. под нашим наблюдением были дети раннего возраста с различными проявлениями рахита, находившиеся на излечении в стационаре. Лечение проводилось, как правило, комплексно: одновременно с назначением витамина Д применялись переливание крови, диетотерапия, прогулки на воздухе, для части детей — кварцевое облучение, массаж и гимнастика. Витамин Д давался в дозах от 10 000 до 25 000 ед. У большинства детей к моменту выписки (через 4—6 недель) обычно определялось значительное улучшение, устанавливаемое клинически, рентгенологически и биохимическими данными.

Спустя ряд лет, мы обследовали группу детей, ранее находившихся в стационаре по поводу рахита, с целью изучения отдаленных результатов лечения.

Нам удалось обследовать 35 детей, из них 26 мальчиков и 9 девочек. У 29 детей ранее был рахит II степени, у 4—III, и у 2—рахит I степени. 5 детей находились в клинике по поводу спазмофилии. Лишь у 6 больных определялось нормальное содержание неорганического фосфора в крови (от 4,5 до 5,0 мг %), у остальных уровень его колебался в пределах от 1,76 до 3,8 мг %. На рентгенограмме дистальных отделов костей предплечья определялись выраженные рахитические изменения. Перед выпиской из стационара у всех детей наступило клиническое выздоровление, что подтверждалось нормализацией фосфорного обмена (уровень неорганического фосфора в крови — 4,0—5,0 мг %, реабсорбция фосфатов в почечных канальцах достигала 75—80 %) и исчезновением характерных изменений в костях при рентгенологическом исследовании.

К моменту обследования (1956—1957) 3 детей были в возрасте 10 лет, 1—9 лет, 3—8 лет, 6 детей — 7 лет, 5—6 лет, 16 детей — 5 лет, и 1—в возрасте 4,5 лет.

Наибольшую группу составляли дети в возрасте от 5 до 6 лет.

Нам представлялось, что рахит, перенесенный в раннем детстве, в какой-то степени должен отразиться прежде всего на антропометрических данных. При обследовании оказалось: у 23 детей длина тела соответствовала возрастным нормам, в 4 случаях имелось отставание в росте на 2—4 см, у 5 детей — от 4 до 8 см, в 2 случаях — от 8 до 12 см, и в 1 случае — 16 см. Таким образом, лишь у 1/3 обследуемых детей обнаружено отставание в росте, все они находились ранее в стационаре по поводу цветущего рахита, у 3 из них был рахит III степени, у остальных — II степени в сочетании с гипотрофией I и II степени. Особенно значительным (от 8 до 16 см) было отставание в росте у 3 детей, имевших в прошлом тяжелое течение рахита. Возраст их к моменту обследования был 5—6 лет. Отставание в росте на 16 см оказалось у девочки, поступившей в первый раз в стационар в возрасте 1 года и 1 месяца по поводу рахита и спазмофилии. В последующие годы она поступала в клинику повторно. Как показали наблюдения, у ребенка имелся резистентный по отношению к витамину Д рахит, обусловленный кишечным инфантилизмом (история болезни приводится ниже). У 16 обследованных детей обнаружено отставание в весе: в 6 случаях отставание составляло 5—8% от нормального веса, в 9—17%, в 1 случае отставание в весе составило 29,4% (так же касалось ребенка с резистентным рахитом).

У 15 детей обнаружено увеличение, по сравнению с нормой, объема головы: в 2 случаях — до 1,5 см, в 10 — от 2 до 3 см, в 3 случаях — до 4 см. Нерезко выраженные выпячивания лобных и теменных бугров обнаружено у 10 детей, несколько более выраженные бугры — у 2 детей.

У 11 детей обнаружен кариес зубов, в 2 случаях — неправильное прорезывание зубов, с деформацией верхней челюсти в виде сужения в поперечном направлении.

Заметных деформаций грудной клетки у обследованных не обнаружено, за исключением 2 детей. У одного — при тяжелом течении рахита на первом году жизни — обнаружена значительная деформация грудной клетки в виде „груди сапожника“, во втором случае — деформация обнаружена у девочки с резистентным рахитом (резкое сдавление с боков). Небольшие четки найдены у 2 детей, отставание лопаток — у 5.

Бросалось в глаза у обследованных детей значительное нарушение осанки из-за лордоза в поясничном отделе, обнаруженного у 17 детей, из которых лишь у 4 имелся большой живот.

Чаще всего изменение осанки за счет лордоза сочеталось с мышечной гипото-

нией (20 детей). Значительная гипотония определялась у 2 детей, у которых, одновременно, заметной была и разболтанность суставов.

Верхние конечности у всех были без деформаций, у 5 детей наблюдалось нерезко выраженное X-образное искривление нижних конечностей.

У 4 детей, в возрасте 5 лет, пальпировался край печени, но ни в одном случае не установлено увеличение селезенки.

При исследовании крови содержание гемоглобина было в пределах от 11,5 г%—65 ед. до 13 г%—79 ед., количество эритроцитов — от 3 600 000 до 3 990 000. В лейкоцитарной формуле у 9 детей обращало на себя внимание высокое содержание эозинофилов, с колебанием от 5 до 13%; в анамнезе — глистная инвазия отвергалась (лабораторно на глистозительство дети не проверялись).

Рентгенологическое исследование в отдельных случаях указывало на легкую волнистость контуров дистальных метафизов костей, лишь у одного определялись нежные поперечные (склеротические) полоски в метафизе лучевых костей. Как указывает Д. С. Кузьмин, по числу поперечных полосок и отстоянию их от метафизарной поверхности можно судить о количестве и сроках всплеск рахитического процесса. Таким образом, у большинства детей, ранее лечившихся в стационаре, рентгенологически можно было заметить отсутствие рецидивов рахита. Лишь в случае резистентного рахита, обусловленного кишечным инфантилизмом, несмотря на энергичное лечение в условиях стационара, эффекта от лечения не было, что подтверждалось и рентгенологически.

Впервые Люба Н-ова поступила в клинику в апреле 1953 г. в возрасте 1 года и 1 месяца, по поводу цветущего рахита II степени и спазмофилии (карпопедальные спазмы).

Находилась в стационаре более 1,5 месяцев, длительно держались карпопедальные спазмы (около 3 недель). При исследовании перед выпиской — карпопедальные спазмы исчезли, ребенок стал спокойнее, участки размягчения на костях черепа не определяются, остальные симптомы: выраженные лобные и теменные бугры, четки на ребрах, утолщения в области эпифизов — сохранились.

Вновь поступила в клинику в апреле 1955 г. в возрасте 3 лет, с карпопедальными спазмами и резко выраженными явлениями рахита; имелись значительная мышечная гипотония, разболтанность суставов, плоскостопие, ребенок не ходит, живот больших размеров, вздут.

Состояние улучшалось медленно: только через полтора месяца девочка стала передвигаться с поддержкой; перед выпиской ходила самостоятельно, но медленно, расставив ноги и выбрасывая правую стопу. В весе за время пребывания в стационаре прибыва на 1 кг.

В третий раз поступила в клинику в возрасте 4 лет 10 месяцев. С 25 января 1957 г. у девочки начались судороги в мышцах верхних конечностей, до двух раз в день, продолжительностью по 30—40 мин, стала очень беспокойной, отказывалась от пищи, заметно похудела. При осмотре — девочка истощена, вес 12 кг (N—17 кг), рост 86 см (N—102), окружность головы 49 см (N—50), нерезко выступают теменные бугры, окружность груди — 57,5 см (N—55). Общая гипотония, выраженный лордоз в поясничном отделе. Большой родничок не закрыт, размерами 1 × 0,5 см², края плотные, утолщения эпифизов, грудная клетка сдавлена с боков, имеются четки, нижние конечности X-образно искривлены, резкое плоскостопие, живот больших размеров, вздут (псевдоасцит).

Медленное улучшение состояния: в течение продолжительного времени у девочки полужидкий обильный стул 1—2 раза в день, лишь за 3 недели до выписки начала самостоятельно ходить, при этом откидывала по-прежнему правую стопу (при резком плоскостопии).

Отсутствие должного эффекта от витамина Д и других средств лечения в данном случае можно объяснить кишечным инфантилизмом у больной.

В развитии интеллекта у обследованных детей каких-либо отклонений не было обнаружено, но у 14 имелось позднее развитие речи: 7 детей начали говорить с 2—2,5 лет, 4— после трех лет. Трое детей начали говорить лишь с 4 лет. У 9 детей в возрасте 5—7 лет был недостаточный запас слов, 7 из них произносили слова нечленораздельно. При обследовании двух семилетних братьев III-ых, перенесших в первом полугодии жизни цветущий рахит и гипотрофию, выяснилось, что они начали говорить лишь к четырем годам, к моменту обследования говорили нечетко,



Фото № 1.

запас слов был меньшим, чем у трехлетней сестренки, которая рахитом не болела. Следует указать, что и развитие статических функций у этих детей так же отставало (ходить начали к 3 годам).

Одна девочка, болевшая в прошлом тяжелым рахитом и гипотрофией II степени, страдала заиканием.

В анамнезе у 22 детей были указания о перенесенных острых инфекционных заболеваниях, в преобладающем большинстве случаев — корь; лишь в 2 случаях отмечалось тяжелое течение. Повторные пневмонии наблюдались у девочки с резистентным рахитом.

Подытоживая наши данные обследования детей в отдаленные сроки (от 8 до 4 лет) после стационарного лечения рахита, мы можем утверждать, что лечение было весьма эффективно. Анамнестические, а также рентгенологические данные указывают на отсутствие рецидивов рахита. Лишь незначительная часть детей ($1/3$) имела отставание в росте, но не из-за каких-либо значительных деформаций костного скелета. Изменения скелета в виде деформаций грудной клетки обнаружены лишь у 2 детей. Однако, большинство обследованных, как это установлено и Е. Д. Заблудовской, имело гипотонию, некоторую разболтанность суставов. Вероятно, и значительное нарушение осанки, в виде лордоза в поясничном отделе, следует объяснить мышечной гипотонией и слабостью связочного аппарата. Выраженный лордоз в поясничном отделе позвоночника может служить верным признаком перенесенного в раннем детстве рахита. Характерная для рахита II и III степеней анемия исчезает в результате лечения, кровь постепенно нормализуется; для объяснения обнаруженной эозинофилии необходимы дополнительные исследования. По умственному развитию дети мало отличались от своих не переболевших рахитом сверстников. Позже на развитии речи у части из них, очевидно, сказалось и сочетание рахита с дистрофией, особенно у детей, перенесших рахит в первом полугодии жизни. Значительным извращением обменных процессов с нарушением деятельности центральной нервной системы, присущих этим двум заболеваниям, медленной нормализацией указанных процессов, очевидно, можно объяснить и позднее развитие речи у части детей.

Эффективность и длительность действия витамина Д, применяемого в сочетании с другими методами лечения рахита, подтверждается и фактами повышения сопротивляемости детей к инфекциям. Большинство переболело лишь корью, ни в одном случае не было ее тяжелого течения. Каких-либо других инфекционных заболеваний в анамнезе не отмечалось.

Учитывая необходимость длительного лечения рахита витамином Д в комплексе с другими средствами (не менее 1,5—2 месяцев), все дети в цветущей фазе рахита II и III степени должны помещаться в стационар. После выписки из стационара дети нуждаются в санаторном лечении, где широкое использование физиотерапевтических методов лечения, массажа и лечебной гимнастики способствуют быстрой ликвидации мышечной гипотонии и, следовательно, предупреждению таких последствий рахита, как нарушение осанки, плоскостопие и др. В то же время санаторное лечение, повышая общий эмоциональный тонус ребенка, обеспечит и лучшее развитие речи.

При отсутствии эффекта в лечении рахита витамином Д, необходимо искать какие-либо привходящие причины, которыми могут быть кишечный инфантилизм, хронические энтероколиты, заболевания печени, способные сами по себе вызвать рахитоподобные заболевания или, наложившись на рахит, благоприятствовать развитию так называемых резистентных форм рахита. В указанных случаях лечение витамином Д должно проводиться массивными дозами еще более про-

должительное время, при условии обязательного применения комплекса других средств. Однако, лечение в этих случаях дает лишь временный эффект, так как рахит, как правило, рецидивирует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дулицкий С. О. Педиатрия, 1940, № 1, 66—71.
2. Дулицкий С. О. Новости медицины, Рахит, 1953, вып. 33, 35—41.
3. Заблудовская Е. Д. Физиопрофилактика и физиотерапия рахита. Медгиз, 1950.
4. Кузьмин Д. С. Педиатрия, 1948, № 3, 8—12.
5. Лепский Е. М. Рахит и тетания рахитиков. Медгиз, 1945.
6. Он же. Новости медицины, Рахит, 1953, вып. 33, 58—62.
7. Мошкевич Э. С., Карлин М. И., Шор Ж. А., Карасева Н. К. Советская педиатрия, 1934, 12, 65—72.
8. Мошкевич Э. С. Новости медицины, Рахит, 1953, вып. 33, 29—35.
9. Цимблер И. В. Вопросы материнства и младенчества, 1936, № 11.
10. Шаферштейн С. Я. Врачебное дело, 1929, № 21, стр. 1379.

Поступила 14 мая 1958 г.

К ПРИМЕНЕНИЮ КИСЛОРОДА ПРИ ОСТРОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Асп. Н. Г. ГАТАУЛЛИН

Из 1-го хирургического отделения института хирургии им. А. В. Вишневского
АМН СССР

Одним из грозных осложнений митрального стеноза является острый отек легких. Следует отметить, что до настоящего времени нет единого мнения о патогенезе этого отека и методах борьбы с ним. Спорным и недостаточно решенным нужно считать и вопрос о применении при нем ингаляций кислорода.

Большинство авторов (Н. Д. Стражеско, 1941; Н. А. Куршаков, 1951; Рузика и Месгрейв, 1950; Борден, Эберт, Вильсон, 1952; Луизада, Карди, Бине и Боше, 1955) считает необходимым вдыхание высоких концентраций кислорода при остром отеке легких. Однако, некоторые авторы возражают против применения кислорода в этих случаях. Так, например, М. Б. Парташников (1956) считает вдыхание кислорода при остром отеке легких нецелесообразным по той причине, что это угнетает дыхательный центр.

Учитывая вышесказанное, мы считаем полезным поделиться своим опытом, полученным при наблюдении случаев острого отека легких у больных митральным стенозом, находившихся на излечении в Институте хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР.

В период предоперационной подготовки у 9 больных из 60 мы наблюдали явления острого отека легких, непосредственной причиной возникновения которого чаще всего являлось нервно-психическое расстройство.

Во всех случаях применение ингаляций кислорода в сочетании с сердечными средствами давало возможность купировать острый отек легких. Впоследствии эти больные были оперированы (им была произведена комиссуротомия). У трех из них во время наркоза наблюдались явления повторного отека легких. В послеоперационном периоде острый отек легких был у одной больной.

Больная Г-а, 29 лет, история болезни № 799. Диагноз: комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза; нарушение кровообращения II стадии, периода А.

Больная во время обхода была поставлена в известность о том, что на следующий день ее будут оперировать. Услышав это, она сильно заволновалась, тут же стала