

Леморан и принадол по своим болеутоляющим свойствам, безусловно, заслуживают внимания врача.

Наше клиническое испытание принадола и леморана дает нам право высказать пожелание о массовом выпуске этих средств.

Поступила 7 февраля 1964 г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д₂ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАХИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ *

*И. И. Альтшулер и О. Ф. Чернова ***

Первая кафедра педиатрии (зав.— доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Заболееваемость рахитом в последние годы значительно снизилась, однако еще до сих пор велика его роль в патологии раннего детства.

Рахит не представляет прямой угрозы жизни ребенка, но значительно снижает сопротивляемость детского организма, повышает заболеваемость и смертность среди детей, ведет к затяжному течению ряда заболеваний, особенно органов дыхания (Филатов, Сперанский, Лепский, Домбровская, Дулицкий, Бессонова и другие).

В комплексной терапии рахита важное место занимает витамин Д, но до настоящего времени нет единого мнения о методе его применения.

Обычно на курс лечения требуется 600—800 тыс. ед. Некоторые авторы (Е. М. Лепский, С. О. Дулицкий, К. А. Святкина и другие) предлагают давать витамин Д дробно по 10—15 тыс. ед. ежедневно в течение 2—2,5 месяцев. Такой метод является пока еще наиболее распространенным. Наряду с этим имеется мнение о целесообразности вводить всю дозу за более короткий срок (7—12 дней), повышая ежедневные приемы до 50—100 тыс. ед. (Т. И. Герсеванишвили, М. С. Осетринкина, Э. С. Мошкевич, А. М. Хвуль, В. П. Вендт и др.), или давать по 100 тыс. ед. один раз в неделю в течение 6—8 недель (Е. М. Лепский, Р. И. Еникеева, И. И. Альтшулер, В. П. Бисярина, И. Л. Френкель и др.) или даже в течение 2—3 дней (З. И. Райхер, А. М. Хвуль, Г. Фанкони и другие). В амбулаторной практике чаще всего пользуются дробными дозами, что, как показывает опыт, не всегда является эффективным.

Нами было проведено наблюдение за эффективностью различных методов применения витамина Д₂ у детей, лечившихся амбулаторно на 8 врачебных участках детских поликлиник № 2 (главврач О. П. Агеева) и № 10 (главврач Е. В. Медведева) г. Казани.

Всего под наблюдением было 267 детей, больных рахитом, в возрасте до одного года с приблизительно одинаковыми условиями жизни и режима. У большинства причиной рахита являлось нерациональное питание и недостаточное пребывание на воздухе в дневное время. В окончательную разработку вошли дети, которые за период лечения и наблюдения ничем серьезным не болели. Оценку эффективности лечения по тому или иному методу мы проводили на основании исчезновения клинических симптомов активного рахита — раздражительности, потливости, размягчения костей, нарушения статических функций.

Лечение детей проводилось тремя методами. 1 группа (174) получала витамин Д₂ по 10—15 тыс. ед. ежедневно в течение 2 месяцев. 2-я группа (47) — по 50 тыс. ед. ежедневно в течение 12 дней. 3-я группа — по 100 тыс. ед. один раз в неделю в течение 6—8 недель.

Больным 3-й группы витамин давали участковые сестры в поликлинике или на дому. Осложнений от приема 50 тыс. ед. витамина ежедневно или 100 тыс. ед. один раз в неделю мы не наблюдали.

Во всех трех группах состав детей по возрасту и характеру вскармливания был почти однороден. Преобладали дети до 6 мес. (в 1-й группе они составляли 64% от общего количества детей этой группы, во 2-й — 62% и в 3-й — 70%). На грудном вскармливании в 1-й группе было 53%, во 2-й — 64% и в 3-й — 43,5% детей.

Рахит I ст. в 1 группе детей был у 74,7%, во 2-й — у 59,5% и в 3-й — у 47,8%.

* Работа доложена на V научной сессии Ин-та витаминологии МЗ СССР в январе 1963 г.

** В работе принимали также участие участковые врачи Н. А. Карамышева, С. П. Кутуева, Г. П. Смирнова, А. М. Фигин, Л. Ф. Кожевникова, С. Ш. Баталова, Н. Е. Татарская, Н. Н. Полетаева.

В 1-й группе детей к 2-й неделе лечения выздоровел один ребенок с рахитом I ст. в начальном периоде на смешанном вскармливании. К концу месяца лечения выздоровело 34 ребенка, из них 20 были на грудном и 14 на смешанном вскармливании. К концу второго месяца лечения выздоровело большинство детей (99). У 40 детей этой группы и после двухмесячного приема витамина Д не наступило полного излечения. Из них в возрасте 3—6 мес. было 29 детей, 6—12 мес.— 11; на грудном вскармливании было 15, на раннем смешанном и искусственном — 25.

Обращает на себя внимание, что у детей 1-й группы, находящихся на грудном вскармливании, не исчезли клинические симптомы рахита к 2 месяцам только у 16% лечившихся, на раннем смешанном — у 30% и на искусственном — у 33% детей. Это лишний раз подтверждает значение грудного вскармливания в борьбе с рахитом.

Во 2-й группе выздоровление отмечено в основном к концу месяца лечения — у 38 детей из 47, из которых 9 (8 — с рахитом I ст. и 1 — с рахитом II ст. в начальном периоде) поправились к концу 2-й недели лечения. Лишь у 9 детей выздоровление затянулось до 2 месяцев. После 2 месяцев наблюдения ни у одного ребенка этой группы не отмечено проявлений активного рахита.

Среди детей 3-й группы выздоровление отмечено в основном к концу второго месяца лечения у 38 детей из 46. У 4 детей выздоровление к этому сроку не наступило. Это были дети с рахитом II ст., из них один на грудном вскармливании, двое — на смешанном и один — на искусственном.

К концу первого месяца лечения в 1-й группе детей выздоровело 20,1%, во 2-й группе — 60,9% и в 3-й — всего 8,7%. Не наступило выздоровление после двух месяцев лечения в 1-й группе у 23% детей, в 3-й — у 8,7%. Во 2-й группе выздоровели все.

Таким образом, по нашим данным, наиболее эффективным оказалось лечение витамином Д по 50 тыс. ед. ежедневно в течение 12 дней. Нервные симптомы у большинства детей исчезли в течение первых двух недель, костные изменения держались несколько дольше, но в основном исчезли к концу месяца от начала лечения.

Лечение витамином Д по 100 тыс. ед. один раз в неделю не сокращает сроков лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессонова М. Н. Рахит. Медгиз, М., 1960.
2. Бисяррина В. П. и др. *Вопр. охр. мат. и дет.* 1959, 6. — 3. Герсеванишвили Т. И. *Нов. медиц. в. 33.* «Рахит», АМН СССР, М., 1953.
4. Дулицкий С. О. *Болезни раннего возраста.* Медгиз, М., 1950.
5. Лелский Е. М. *Гиповитаминозы в детском возрасте.* ЦИУВ, М., 1953.
6. Леенсон Р. Е. и Бабич Н. Н. *Вопр. охр. мат. и дет.* 1952, 10.
7. Осетрикина М. С. *Новости мед. АМН СССР, М., 1953.*
8. Райхер Э. А. и др. Там же.
9. Святкина К. А. *Педиатрия.* 1958, 10.
10. Фанкони Г. и Вальгрем А. *Руководство по детским болезням.* Медгиз, М., 1960.
11. Френкель И. Л. и др. *Педиатрия.* 1962, 4.
12. Фатеева Е. М. и Таточенко В. К. *Педиатрия.* 1960, 9.
13. Хвуль А. М. Там же.
14. Хвуль А. М., Гусовский Я. И., Вендт В. П. Там же. 1961, 11.

Поступила 23 марта 1963 г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д₂ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАХИТА В СТАЦИОНАРЕ *

Х. Х. Нигматуллина и Т. Л. Попова

Первая кафедра педиатрии (зав. — доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Под нашим наблюдением находилось 46 детей с проявлениями рахита, ранее не лечившихся.

В возрасте до 3 мес. было 5, до 6 мес. — 10, до 12 мес. — 16, старше года — 15 детей.

Женским молоком вскармливались лишь 2 ребенка, на раннем смешанном питании находилось 8, на искусственном — 11 детей, у 6 детей было одностороннее питание (молоко, каша).

Нормотрофиков было 14, с гипотрофией I ст. — 19, II ст. — 10, III ст. — 3. У 15 детей была пневмония.

* Доложено на V научной сессии Ин-та витаминологии МЗ СССР в январе 1963 г.