

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 Д<sub>2</sub> 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.

На курс лечения назначали 600—800 ед. витамина Д<sub>2</sub> в концентрированном спиртовом растворе.

Все больные в зависимости от методики лечения были распределены на 3 группы.

I гр. (15) получала ежедневно 12—16 тыс. ед. витамина Д<sub>2</sub>; II гр. (15) — по 50 тыс. ед. в сутки в течение 12—14 дней; III гр. (16 детей) — по 100 тыс. ед. в течение 6—8 дней, 5 детей по 100 ед. в течение трех дней, а затем ежедневно до полной дозы по 12—16 тыс. ед. Всем назначалось полноценное питание, соответствующее возрасту, комплекс витаминов С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>12</sub>, по показаниям переливание плазмы и крови. Проводились и общегигиенические мероприятия (массаж, гимнастика, сон на воздухе и др.).

Во всех трех группах преобладал рахит II ст. в стадии разгара заболевания.

Частота различных клинических симптомов рахита в каждой из лечебных групп до начала лечения представлена в следующей таблице.

Т а б л и ц а

Симптомы	Частота симптомов рахита у детей по группам (до лечения)		
	I	II	III
Раздражительность . . . . .	12	13	13
Потливость . . . . .	11	13	15
Податливость краев большого родничка . . . . .	7	8	10
Краниотабес . . . . .	5	6	6
Бугры на голове . . . . .	9	7	10
Развернутые нижние края ребер . . . . .	9	8	12
Четки . . . . .	9	9	12
Кифоз . . . . .	2	2	4
Увеличение печени и селезенки. . . . .	6	11	9
Анемия . . . . .	13	13	14
Гипотония мышц . . . . .	12	11	13

При оценке результатов проведенного лечения принимались во внимание клинические симптомы и динамика лабораторных и рентгеновских данных.

В первую очередь проходили изменения со стороны нервной системы. Дети становились более спокойными, активными, бодрыми, улучшался сон, аппетит, уменьшалась и исчезала потливость. На более поздних сроках отмечалось уплотнение костей. У всех больных дольше других симптомов держалась гипотония мышц.

При ежедневных приемах дробных доз витамина Д<sub>2</sub> (I гр.) у 12 детей раздражительность прошла к 7—10-му дню, потливость — к 3—4-й неделе. На 4—6-й неделе исчез-

ли податливость краев большого родничка и краниотабес.

Все симптомы проходили медленно, и выздоровление наступало спустя лишь 1,5—2 месяца.

При лечении массивными дозами (II гр.) клинические симптомы исчезали значительно быстрее: раздражительность — на 4—5-й день (у 11 больных), потливость — на 7-8-й день (у 9), податливость краев большого родничка и краниотабес — на 10—14-й день (у 4 из 6 с этими симптомами). У 2 больных с гипотрофией II ст. указанные симптомы со стороны костей держались до 3—4 недель. Лечение по этому методу все дети переносили хорошо. У 11 из 15 больных к концу лечения нормализовался фосфорно-кальциевый обмен, тогда как у больных I гр. содержание Са и Р пришло к норме у 5 больных через месяц, у 7 — через 1,5 мес., а у 3 — к концу 2 месяцев.

При ударной терапии (III гр.) раздражительность исчезала на 4—5-й день (у 11 больных), потливость на 6—8-й день (у 9), податливость краев большого родничка и краниотабес уменьшались на 8—12-й день, а проходили к концу 3—4-й недели. Следует отметить, что при проведении лечения по всем трем методам у детей, страдающих гипотрофией II и III ст., клинические симптомы рахита проходили медленнее, в более поздние сроки, что можно связать с медленной нормализацией обменных процессов у данных больных.

У 2 детей с гипотрофией II ст. при лечении этим методом появились симптомы гипервитаминоза Д: вялость, рвота, потеря аппетита. Са крови увеличился (12 мг%), в моче положительная реакция Сулковича.

При лечении витамином Д<sub>2</sub> методом ударной терапии в течение 3—4 дней с последующим переходом на обычные лечебные дозы клинические симптомы рахита исчезали приблизительно в эти же сроки и никакие побочных явлений не наблюдалось. Данный метод более эффективен при остром течении рахита у детей, страдающих пневмонией.

До начала лечения у всех больных отмечено снижение фосфора. От 1,5 до 2,5 мг% у 19, от 2,5 до 4 мг% — у 24 и от 4 до 4,9 мг% у 3 детей. Снижение Са крови было у 16 детей, из них от 6 до 8 мг% — у 6, от 8 до 9 мг% — у 10.

У остальных детей, леченных по II и III методу, нормализация минерального обмена наступила к концу первого месяца. Биохимические показатели крови приходили к норме несколько ранее исчезновения клинических симптомов или почти одновременно, а данные рентгена значительно позднее. Изменения на рентгенограммах дистальных концов предплечий отмечены у 33 детей, выражались бахромчатостью

краев метафизов, смазанностью контуров костей, бокаловидностью концов костей и остеопорозом.

К концу лечения во II и III гр. у 15 детей из 23, имеющих костные изменения, на рентгенограммах появились полоски отложения извести. При лечении дробными дозами витамина Д<sub>2</sub> (1 гр.) к концу лечения кости становились более компактными.

На основании наших наблюдений мы пришли к заключению, что в условиях стационара можно шире пользоваться ударными и массивными дозами витамина Д<sub>2</sub>, при которых симптомы рахита проходят быстрее.

Наиболее эффективно лечение по II методу (по 50 тыс. ед. витамина Д<sub>2</sub> в течение 12—14 дней), при этом значительно сокращаются сроки лечения и выздоровления по сравнению с дробными дозами, а также не наблюдается никаких осложнений.

При лечении дробными дозами витамина Д<sub>2</sub> симптомы рахита проходят медленнее. Этот метод более целесообразен при подостром течении рахита у детей с хроническим расстройством питания. Ударная терапия ими переносится хуже.

Во всех случаях при назначении лечения необходимо учитывать состояние питания и интеркуррентные заболевания.

Поступила 23 марта 1963 г.

## ТИПОВОЙ ПЕЙЗАЖ КУЛЬТУР БРЮШНОГО ТИФА, ВЫДЕЛЕННЫХ В ТАССР, И ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФАГОТИПИРОВАНИЯ В ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*И. З. Мухутдинов, С. А. Федорова, В. П. Осанова*

Республиканская СЭС Минздрава ТАССР

В Татарской АССР за последние годы заболеваемость брюшным тифом резко снизилась и характеризуется главным образом спорадическими случаями. Удельный вес числа заболевших брюшным тифом в эпидемических вспышках составляет в 1962 г. 11,9% заболеваемости всего года. При таком характере заболеваемости брюшным тифом выявление источников инфекции как при отдельных случаях, так и при эпидемических вспышках еще более затрудняется. Для повышения качества эпидемиологического обследования в очагах брюшного тифа многими авторами рекомендуется применение метода фаготипирования культур брюшного тифа.

Из отечественных исследователей Кац-Чернохвостова с сотрудниками (1947), Килессо и Тимен (1956), Килессо (1958), Макашвили (1955), Рахманчик, Васюренко и Миренбург (1959), Плотникова, Коновалова, Ачинович и Салтыкова (1961) подтвердили практическую ценность этого метода.

Метод фаготипирования применяется нами с 1959 г., главным образом в целях улучшения качества эпидемиологического обследования в брюшнотифозных очагах, а также для выяснения типового пейзажа на отдельных территориях нашей республики.

Нами определялись Ви-фаготипы всех культур, выделенных от больных или бактерионосителей лабораторией Республиканской СЭС, а также культур, присланных нам из г. Казани и районов республики.

Для фаготипирования культур использовались типовые брюшнотифозные фаги, полученные из Тбилисского научно-исследовательского института вакцин и сывороток, в количестве 33 типов в 1959—1960 гг. и из Ростовского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены в количестве 29 типов в 1961—1962 гг.

В основу фаготипирования штаммов взяты работы Креджи и Иена. Полученные штаммы брюшнотифозных культур исследовались на содержание Ви-антигена при помощи реакции агглютинации с Ви-сывороткой и дополнительно проверялись с «О»-сывороткой для определения формы штамма. Штаммы, содержащие недостаточное количество Ви-антигена, подвергали неоднократной обработке «О»-сывороткой. При типировании использовали молодую 4-часовую бульонную культуру, инкубирование чашек проводили в термостате при 37° непрерывно в течение 6 часов.

За 1959—1963 гг. нами изучено 177 культур брюшного тифа: из Казани — 49 штаммов, из 24 районов ТАССР — 128 штаммов.

Как известно, действию типовых фагов подвержены только культуры возбудителей брюшного тифа, содержащие Ви-антиген и находящиеся в V и VW форме. Из 177 культур 17 штаммов не лизировались поливалентным фагом Ви-1 (9,6%). В форме V и VW оказалось 160 культур брюшного тифа (90,4%). 42 штамма из 160 не лизировались имеющимися типовыми Ви-II фагами.