

Р. С. Чувашаев

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — доктор мед. наук М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Благодаря постоянной заботе Партии и Правительства о благосостоянии советского народа достигнуты большие успехи в деле укрепления здоровья населения.

Важнейшим критерием для оценки здоровья и санитарного благополучия населения является физическое развитие. Последнее по времени исследование по физическому развитию школьников-татар г. Казани относится к 1944 г. (В. В. Трейман). Однако тогда не были составлены оценочные таблицы. Поэтому в 1964 г. кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения занялась разработкой стандартов физического развития школьников г. Казани.

По общепринятой унифицированной методике, предложенной В. В. Бунак, А. Б. Ставицкой и Д. И. Арон, обследовано 2715 школьников татарской национальности в возрасте от 8 до 17 лет. В разработку включены карты 1224 мальчиков и 1286 девочек, данные их подвергнуты анализу с применением вариационно-статистических исчислений. Насыщенность возрастно-половых групп колебалась от 101 до 156 у мальчиков и от 100 до 173 у девочек.

При оценке здоровья школьников были изучены и соматоскопические признаки (мускулатура, жировотложение, развитие костяка, форма спины, грудной клетки, ног, стоп и развитие вторичных половых признаков).

Результаты нашего исследования представлены в таблицах 1, 2, 3.

Показатели роста стоя

Таблица 1

Возраст, лет	Мальчики			Девочки		
	N	M ± m	σ	N	M ± m	σ
8	112	121,46±0,39	4,11	106	121,18±0,55	5,62
9	104	126,80±0,62	6,37	100	126,10±0,55	5,49
10	112	131,25±0,55	5,86	119	130,28±0,58	6,30
11	131	135,40±0,56	6,37	142	137,25±0,66	7,87
12	120	139,98±0,56	6,09	117	143,13±0,71	7,65
13	131	145,80±0,64	7,33	124	148,89±0,65	7,27
14	130	151,95±0,73	8,34	133	153,60±0,53	6,11
15	156	159,69±0,68	8,47	173	156,02±0,43	5,59
16	127	165,23±0,68	7,63	129	157,37±0,43	4,91
17	101	168,02±0,70	7,03	143	158,96±0,45	5,36

Показатели веса

Таблица 2

Возраст	Мальчики					Девочки				
	N	M ± m	σ	r	R _{y/x}	N	M ± m	σ	r	R _{y/x}
8	112	22,96±0,21	2,23	0,770	0,42	106	22,57±0,29	2,97	0,767	0,40
9	104	25,60±0,36	3,70	0,854	0,49	100	25,02±0,35	3,51	0,810	0,52
10	112	28,25±0,36	3,77	0,748	0,58	119	26,85±0,39	4,26	0,776	0,52
11	131	30,35±0,37	4,28	0,819	0,54	142	31,64±0,48	5,77	0,782	0,57
12	120	33,50±0,42	4,65	0,759	0,50	117	34,72±0,56	6,03	0,820	0,65
13	131	37,66±0,53	6,04	0,855	0,70	124	40,66±0,61	6,80	0,779	0,73
14	130	40,85±0,58	6,63	0,852	0,68	133	44,86±0,54	6,25	0,680	0,69
15	156	48,50±0,70	8,76	0,880	0,91	173	47,76±0,46	5,98	0,574	0,61
16	127	54,56±0,71	8,02	0,825	0,87	129	49,90±0,52	5,87	0,480	0,57
17	101	57,71±0,70	7,06	0,654	0,66	143	53,23±0,52	6,16	0,485	0,56

Показатели окружности грудной клетки

Возраст	Мальчики					Девочки				
	N	$M \pm m$	σ	r	$R_{y/x}$	N	$M \pm m$	σ	r	$R_{y/x}$
8	112	$59,98 \pm 0,23$	2,44	0,489	0,29	106	$57,87 \pm 0,25$	2,56	0,489	0,22
9	104	$62,17 \pm 0,34$	3,46	0,659	0,35	100	$59,96 \pm 0,28$	2,78	0,572	0,29
10	112	$64,23 \pm 0,27$	2,89	0,483	0,24	119	$61,97 \pm 0,29$	3,17	0,221	0,11
11	131	$65,68 \pm 0,30$	3,42	0,573	0,31	142	$64,91 \pm 0,37$	4,39	0,720	0,40
12	120	$68,13 \pm 0,33$	3,59	0,586	0,35	117	$67,54 \pm 0,46$	4,99	0,651	0,43
13	131	$70,48 \pm 0,31$	3,51	0,775	0,37	124	$71,48 \pm 0,47$	5,30	0,622	0,45
14	130	$71,25 \pm 0,40$	4,54	0,709	0,39	133	$73,50 \pm 0,38$	4,35	0,513	0,36
15	156	$76,23 \pm 0,45$	5,62	0,859	0,57	173	$75,74 \pm 0,29$	3,86	0,335	0,23
16	127	$80,46 \pm 0,45$	5,04	0,696	0,46	129	$76,62 \pm 0,35$	4,02	0,267	0,82
17	101	$82,91 \pm 0,47$	4,78	0,461	0,31	143	$78,44 \pm 0,32$	3,83	0,238	0,17

Рост мальчиков за 9 лет увеличивается в среднем со 121,46 до 168,02 см (то есть на 46,56 см), девочек — со 121,8 до 158,96 см (то есть на 37,78 см). Если до 10-летнего возраста мальчики несколько выше девочек, то в 11 лет девочки начинают перегонять мальчиков, и лишь в 15 лет мальчики снова обгоняют своих сверстниц.

Средние величины веса и окружности грудной клетки в обеих возрастно-половых группах в основном имеют те же различия, что и рост. Сопоставление полученных результатов с данными обследования школьников-татар Казани за 1944 г. (В. В. Трейман) показало, что средний рост, вес и окружность грудной клетки в сравниваемых группах к 1964 г. значительно увеличились. Рост мальчиков стал больше на 4,7—14,99 см, девочек — на 2,06—11,97 см, вес — соответственно на 1,44—10,41 кг и 1,12—8,19 кг, окружность грудной клетки — на 0,98—9,82 см и 0,93—12,24 см.

Рост мальчиков 8 лет в 1944 г. был 116,76 см, вес 21,58 кг, окружность грудной клетки 59,00 см; к 1964 г. рост увеличился до 121,46 см, вес — до 22,96 кг, окружность грудной клетки — до 59,98 см. Аналогичные изменения произошли в других возрастно-половых группах.

Отставание в физическом развитии детей татарской национальности до революции и в первые десятилетия после Октября было связано с особенностями быта татар — преобладанием в рационе питания мучных блюд, недостатком витаминов, а отсюда — значительным распространением рахита (А. А. Сухарев, 1904; Е. П. Кревер, 1924; К. и М. Губайдуллины, 1927; Е. М. Лепский, 1932).

В результате существенных изменений в экономике и культуре татарского населения за годы Советской власти улучшились условия питания, значительно снизилась заболеваемость рахитом, повышаются показатели физического развития детей-татар, что подтверждается данными наших исследований.

При сопоставлении показателей физического развития школьников-татар г. Казани за 1964 г. с соответствующими данными последних лет по другим городам находим, что они весьма близки. Так, в г. Ижевске в 1957 г. рост русских мальчиков 8 лет составлял 122,4 см, вес — 24,9 кг, окружность грудной клетки — 61,3 см. Разница, как мы видим, незначительна. Аналогичный результат получен и при сравнении показателей физического развития 9-летних мальчиков-чувашей г. Чебоксар за 1962 г. и мальчиков того же возраста г. Казани за 1964 г.: у первых рост 125,54 см, вес 25,04 кг, окружность грудной клетки 61,34 см; у вторых соответственно 126,80 см, 25,60 кг, 62,17 см.

ВЫВОДЫ

1. Показатели физического развития школьников г. Казани в возрасте от 8 до 17 лет в 1964 г. значительно выше, чем в 1944 г.

2. Заметное улучшение физического развития школьников является следствием неуклонного повышения материальной обеспеченности и роста культуры населения ТАССР.

3. Полученные данные могут служить временными стандартами для оценки физического развития школьников г. Казани в возрасте от 8 до 17 лет.

4. Можно с уверенностью констатировать нормальное физическое развитие детей-школьников татарской национальности г. Казани.

1. Губайдуллин К., Губайдуллина М. Пища казанских татар. Казань, 1927. — 2. Кревер Е. П. О распространении рахита среди русских и татарских детей. Казань, 1924. — 3. Лепский Е. М. Казанский мед. ж., 1932, 4. — 4. Методика антропометрических исследований (под редакцией проф. В. В. Бунака). Изд. 2-е, Медгиз, 1927. — 5. Ставицкая А. Б., Арон Д. И. Методика исследования физического развития детей и подростков. Медгиз, 1959. — 6. Сухарев А. А. Казанские татары. Диссертация. СПб, 1904. — 7. Трейман В. В. Физическое развитие школьников г. Казани. Автореф. канд. дисс., Казань, 1945.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616 233—002

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ В ПОНИМАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

К. Г. Никулин

(г. Горький)

Несмотря на то, что хронический бронхит является старейшим и наиболее частым заболеванием, его место в легочной патологии остается неопределенным. Нелзя не согласиться с мнением Освальда, что термин «бронхит» в разных странах и даже в одной стране понимается не в одном и том же значении. Так, в Англии в понятие хронического бронхита включается не только собственно воспаление слизистой бронхов, но и патогенетически связанные с бронхитом эмфизема и астматический бронхит. У нас большинство исследователей ограничивает бронхит воспалением слизистой бронхов, считая вторичную эмфизему и бронхитическую астму самостоятельными заболеваниями (Л. М. Георгиевская, П. К. Булатов).

Различие во взглядах зависит от подхода к определению понятий, вкладываемых в ту или иную форму болезни. Если исходить из патогенеза вторичной эмфиземы, то ее нужно, по мнению Б. Е. Вотчала, разделяемому нами, рассматривать как этап развития хронического бронхита; если же положить в основу клиническую симптоматику, то эмфизему можно трактовать и как самостоятельное заболевание.

Еще сложнее обстоит дело с бронхиальной астмой. Ряд авторов рассматривает бронхиальную астму как аллергическое заболевание, не связанное с воспалительными процессами в легких. Это мнение поддерживается большинством и иностранных авторов, отделяющих хронический бронхит от бронхиальной астмы (Вильямс и Леопольд).

П. К. Булатов, считая инфекцию основой бронхиальной астмы, отводит хроническому бронхиту подчиненное место. Между тем, по данным Освальда, Б. Е. Вотчала, К. Г. Никулина, бронхоспазм по мере развития бронхита становится одним из его клинических проявлений. Даже в случаях вторичного присоединения бронхита больные погибают не от астмы, а от воспалительных изменений в бронхолегочной системе и от легочно-сердечной недостаточности. В самом деле, неосложненная астма редко приводит к деструктивной эмфиземе, как это свойственно хроническому бронхиту, и не ведет к сердечно-легочной недостаточности (Вильямс и Леопольд, Освальд, Гарольд и Мартин, Рейд). Очевидно, что в основе астмы и спазма при бронхите лежит аллергический фактор. Принципиальная разница заключается в том, что при бронхите спазм есть аутоаллергическая реакция на хроническое воспаление на фоне органического нарушения бронхиальной проходимости. Эмфизема здесь не дистензионная — обратимая, а стойкая деструктивная, связанная с переходом воспаления из бронхиол на альвеолярные перегородки. Если исходить из патогенетического принципа, то очевидна целесообразность отнесения астматического состояния и приступов типичной астмы на фоне хронического бронхита к его проявлениям.

Отрыв эмфиземы и бронхоспазма от патогенетической основы ведет к ослаблению внимания к хроническому бронхиту. Борьба на ранних подступах к эмфиземе и бронхитической астме не организована. Этим в значительной степени объясняется нередко первичное поступление больных с выраженной эмфиземой, астмоидным состоянием и сердечно-легочной недостаточностью.

Поднимаемый в порядке дискуссии вопрос имеет большое практическое значение. Неопределенность — самый худший спутник врача. У практического врача должно быть ясное представление о механизмах развития, начиная с истоков забо-