

лица не производилось. Через 6 дней сняты швы—заживление первичным натяжением.

Послеоперационный период прошел хорошо, выделения из влагалища постепенно прекратились, и больная была выписана из отделения в хорошем состоянии через 12 дней после поступления.

Месяца через 2½ больная вновь явилась в отделение для осмотра; найдено: влагалище пропускает 2 пальца, выделения обычные. Menses—Norma. Влагалище длинное, матка маленькая, плотная. На месте удаленных придатков слегка болезненные тяжки. Coitus удовлетворяет, но вначале болезненный.

Наш первый случай с определенностью указывает на правильность мнения Mathes'a и Menge об асцендирующей инфекции.

В данном случае, повидимому, первые менструации явились толчком к распространению дремавшей инфекции вверх, где она пышно развилась на хорошей питательной среде в трубах. Надо думать, что в первом случае мы несомненно имели Haematosalpinx, во время не распознанный. Во втором же случае вряд-ли можно было бы до операции установить наличие Haematosalpinx'a ввиду малой величины его. Думаем, что в первом случае операция, начатая сверху, дала бы возможность избежать бывших тяжелых осложнений, чуть не сведших больную в могилу, а во втором случае не исключена возможность появления их при операции, начатой снизу. На основании наших двух случаев, мы позволяем себе сделать следующие выводы, конечно, не претендуя на их абсолютную истинность.

1. Atresia hymen'a может привести к образованию Haematocolpos'a метр'ы-Salpinx'a с последующим сдавлением мочевого пузыря и прямой кишки, до их полной непроходимости.

2. Наличие кровоизлияния в склере является предостережением наступающей непроходимости кишечника при наличии Haematocolpos'a.

3. При невозможности точного установления отсутствия Haematosalpinx'a операцию надо начинать с ляпоротомии и в случае наличия крови в трубах должно быть произведено удаление последних. Индизия заращенного hymen'a надо производить во вторую очередь, с соблюдением всех правил асептики.

4. Последующее промывание дезинфицирующим раствором или введение тампона производиться не должно.

5. Ввиду возможности наступления вторичной инфекции даже через 3—4 недели после операции, больная должна быть достаточно долгое время выдержана в отделении или находиться под тщательными наблюдениями, хотя бы до первых месячных.

Стоматологический кабинет Сев.-Кав. научно-исследовательского института
ОЗД и П. (Завед. проф. Агапов).

К статистике рахита.

Проф. Агапова.

Рахит признается целым рядом педиатров социальной болезнью. По крайней мере, судя по отчету 3-го Всесоюзного съезда детских врачей против формулировки доклада прив.-доцента Антонова „Борьба с рахитом,

как социальной болезнью" никто из участников съезда не возражал. Медовиков в своем труде „Рахит и его лечение“, также называет рахит социальным заболеванием. Но одним из условий определения того или иного заболевания социальным злом должно быть четкое выяснение его размеров. К сожалению последнего в отношении рахита в СССР еще нет. Имеющиеся в этом направлении работы дают чрезвычайную пестроту цифр. Стоит лишь познаться со статистикой, приводимой в больших трудах Жуковского, Медовикова и Марфана, выпущенных под одним общим названием „Рахит“, чтобы убедиться в сказанном. Последнее отчасти, а может быть и главным образом, объясняется отсутствием единого плана изучения распространенности рахита. Об этом пишет в своем труде Медовиков, об этом же говорит в своем докладе Антонов, об этом упоминает в недавно напечатанной в № 9—10 Казанского медицинского журнала (1931 г.) работе „Распространенность рахита среди детского населения г. Казани“ Агафонов. Разнообразный обследовательский материал, неодинаковая оценка и учет возрастных признаков рахита, отсутствие точной установки, какие именно признаки в том или другом возрасте и сколько их необходимо найти, чтобы с полным правом поставить диагноз рахита—вот моменты, придающие косноязычность языку соответствующих цифр. Оговариваемся, что в анкете по обследованию детей на рахит, выработанной Комиссией Московского общества детских врачей и принятой съездом есть положение, что для установления рахита требуется не менее 2-х симптомов, из которых один обязательно костный и, что в случае малосимптомного рахита он диагностируется лишь при наличии развивающегося размягчения чешуи костей черепа (краниотобес) или развивающейся мягкости швов, вследствие размягчения краев костей; но анкета выпущена лишь в последние годы и в деле выправления статистики рахита еще не могла сыграть никакой роли. Стоит отметить, что значение костных симптомов для диагноза рахита подчеркивается. Мне кажется, что некоторые коррективы в цифры распространенности рахита могло бы внести обследование детей дошкольного и школьного возрастов на оставшиеся у них следы костного рахита. Правда, что нерезкие рахитические деформации костной системы с возрастом сглаживаются или даже исчезают. Правда и то, что рахитические изменения костной системы, сохранившиеся до периода школьного возраста, говорят о выраженных формах перенесенного рахита или о позднем рахите. А это снижает истинные цифры распространенности рахита. Последнее при оценке полученных цифр необходимо учесть. Но зато цифровой материал, полученный на основании определенно рахитических изменений костной системы, не даст преувеличенного представления о распространенности рахита, а собранный однократно на больших группах детей различного возраста в одном районе позволит судить о динамике поражаемости детей выраженными формами рахита в этом районе. Метод, дающий возможность на основании разового обследования детей судить о динамике поражаемости их рахитом на протяжении ряда лет имеет конечно свои недочеты, но в то же время у него есть и большие плюсы, дающие ему право на внимание. К остающимся деформациям, могущим в дальнейшей жизни индивидуума служить признаком перенесенного в детстве рахита, следует отнести: лобные и теменные бугры, *caput quadratum*, рахитические четки, искривление ребер, Гаррисоновскую

борозду, куриную грудь, браслеты, саблевидные голени, кифоз. Мы не входим в оценку каждого из перечисленных симптомов. Все эти признаки, как симптомы рахита не однозначущи и ни один из них не патогномоничен. Следовательно диагноз перенесенного рахита с уверенностью можно ставить лишь при наличии нескольких из перечисленных симптомов. Но помимо упомянутых признаков рахита могут быть еще и другие, локализирующиеся на жевательном аппарате, которым до сего времени педиатрами почему-то придается мало значения. Этими признаками будут: рахитическая нижняя челюсть, рахитическая верхняя челюсть, рахитические зубы, рахитическое расположение зубов, запоздалая и неправильная смена зубов, некоторые формы открытого прикуса и некоторые случаи прогении. Названные признаки, как симптомы рахита, тоже не однозначущи, но среди них рахитическую нижнюю и верхнюю челюсти следует считать признаками патогномоническими для рахита. Все эти признаки проанализированы мною в моей работе „Рахит в его клинических проявлениях на зубной системе“, напечатанной в журнале „Одونتология и Стоматология“ за 1929 год.

Вот если попробовать учитывать все эти костные симптомы перенесенного, а в некоторых случаях может быть еще тлеющего рахита (*Rachitis inveterata*), то и на основании обследования детей в возрасте, когда рахит, как заболевание, встречается редко, можно составить некоторое представление о его распространенности.

В моем распоряжении имеется материал Северо-Кавказского краевого научно-исследовательского института ОЗД и П по обследованию колхоза станции Курганной. Во время экспедиции Института в названный колхоз педиатрический и стоматологический кабинеты независимо друг от друга произвели обследование детей на следы перенесенного рахита. В виду того, что полной договоренности в этом направлении между кабинетами не было, педиатрами были учтены не все из перечисленных ранее признаков перенесенного рахита. Но при этом недочете получены чрезвычайно интересные данные, которые указывают, во-первых, на значение подробных исследований в вопросах статистики рахита, а во-вторых, на роль рахитических изменений жевательного аппарата при учете признаков перенесенного рахита. К сожалению обследовательский материал невелик и судить по нему о динамике заболевания рахитом в обследованном районе не представляется возможным. Из всех обследовательских карт, годных для обработки оказалось 321. Из 561 обследованных детей в возрасте от 3 х до 19 лет следы перенесенного рахита обнаружены были у 375 человек. Другими словами, если бы каждый из перечисленных признаков считать достаточным для постановки диагноза перенесенного рахита, то рахит обнаружен у 66,6% обследованных детей. Но я считаю себя вправе ставить диагноз перенесенного рахита лишь тогда, когда у одного ребенка обнаруживал не менее 3-х рахитических изменений на костяке или одного патогномонического для рахита. При этом условии перенесенный рахит обнаружен у 59% детей. Возрастные группы (таблица № 1) не настолько велики, чтобы можно было проследить как с возрастом исчезают отдельные из упомянутых признаков.

В о з р а с т	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Число обследов.	8	14	14	8	26	42	55	45	38	45	29	17	9	18	5	1	1

Следующей таблицей № 2 я показываю, в каком ‰ отношении встретились на нашем материале отдельные признаки рахита.

Таблица № 2.

Рахитич. нежн. челюсть	Запоздалая смена зубов	Рахитическ. расков. зубов	Неправильн. смена зубов	Искривления ребер	Лобные бугры	Рахитич. четки	Темные бугры	Прогения	Рахитическ. зубы	Рахитическ. верхние челюсти	Открытый прикус	Куриная грудь
76,5	43,3	36,8	34	27,0	24,5	13,1	11,7	1,3	1,3	0,5	0,5	0,3

Из таблиц совершенно ясно, что зубная система чаще страдает от рахита, чем остальной костяк ребенка. Если учесть, что рахит поражает кости в точках роста, а челюсти до 12 лет интенсивно растут, а кроме того нижняя челюсть со дня рождения находится под постоянным действием сильных жевательных мышц, то наблюдаемый факт не может вызывать удивления. Но в то же время он указывает как незаслуженно игнорируются иногда педиатрами рахитические изменения жевательного аппарата. В самом деле, если бы на нашем материале учитывать лишь те рахитические изменения на костяке, которые отмечены педиатрическим кабинетом и каждое такое изменение (пусть оно будет даже единственным) считать достаточным для констатирования перенесенного рахита, то и тогда процент рахитиков достиг бы лишь 29,5‰. Отсюда невольно напрашивается мысль, что учет педиатрами всех рахитических проявлений на жевательном аппарате внес бы свои коррективы в статистику рахита.