

сепhalitis malarica: тромбопения, весьма резко выраженная РОЭ, увеличение ретикулоцитов в прогностически благоприятных случаях, *анэозинофилия* в прогностически неблагоприятных случаях, нейтральный лейкоцитоз с резко выраженным регенеративным смещением, иногда гиперрегенеративное смещение.

Заканчивая свой очерк, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1) Епсерh. malarica является весьма частым осложнением малярии в Хачмакском районе.

2) Данное осложнение наблюдается только у пришлого населения, которое находится в *неблагоприятных социально-бытовых и санитарно-гигиенических условиях*; этому же способствует резкая смена климатических условий.

3) Наблюдается Епсерh. malarica одновременно с повышением кривой тропической малярии.

4) Возраст и пол при данном заболевании *не имеет значения*.

5) Малярийному энцефалиту подвержен главным образом *мышечный или мышечно-дигестивный тип* (по Sigaud).

6) Тяжесть случая определяется патолого-анатомическим субстратом, т. е. зависит от того, какие мозговые центры выключаются через тромбоз сосудов.

7) В клинической картине Епсерh. malarica можно различать три стадии. Чем в более ранней стадии больной попал под наблюдение врача, тем больше надежды на благоприятный исход.

8) Внутривенное введение слабых растворов хинина до приведения больного в сознание дает хорошие результаты. Не следует вводить больше 150 мг/с. В случаях, где внутривенное введение затруднено из-за плохо развитых вен или когда больной сильно обезвожен через потение, следует вводить хиновирин в больших количествах физиологического раствора под кожу.

9) Случаи прогностически неблагоприятные сопровождаются *анэозинофилией*, малым количеством ретикулоцитов.

10) Ввиду неправильного (без врача) пользования населением хинином, а подчас (очень часто) пренебрежительного отношения к хининому лечению, назначаемому врачом, — что имеет тяжелые последствия для заболевшего малярией, — необходимо шире поставить санпросветительную работу и прежде всего среди сезонных рабочих на полевых работах.

Из Консультации № 4 ТКНЗ.

Распространение рахита среди детского населения г. Казани.

Ф. Д. Агафонова.

За последние десять-пятнадцать лет значительно возросло внимание к рахиту и оживилось его изучение. Если на первом Съезде детских врачей рахит был представлен единичным, правда очень интересным докладом д-ра Могана, то уже в трудах III и IV Съездов мы находим, что ему уделено значительно большее внимание, принята временная рабочая классификация для учета заболеваемости рахитом и анкета по об-

следованию детей на рахит. К сожалению, анкета эта появилась в печати уже после того, как была проделана большая часть настоящей работы. Сообщения о работах по изучению патогенеза и клиники рахита встречаются в литературе как русской, так и заграничной все чаще и чаще (Домбровская, Власов, Лепский, Comby, Gubgu и др.). В то же время литература, учитывающая распространение рахита среди детского населения, в особенности среди населения нашего Союза, весьма немногочисленна. Антонов определенно называет рахит социальной болезнью. Правда, далеко не все авторы согласны с ним в этом отношении (Кусков, Кясель, Фельдман, Стрельжицкий), но если мы обратим внимание на тот громадный % рахита среди детей первых двух лет жизни, который указывается в работах многих авторов (по Жуковскому, напр. 95%) и на то влияние, которое оказывает рахит на общий уровень здоровья коллектива, мы должны будем с ним вполне согласиться.

В настоящей работе мы задавались целью проследить распространенность рахита среди детского населения г. Казани (по данным консульт. № 4) и попутно уяснить влияние некоторых факторов (скармливание, квартирные условия и др.) на появление рахита.

Изучение рахита по данным Консультации особенно удобно потому, что ребенок посещает Консультацию, начиная с самого раннего детства с небольшими перерывами иногда до 2-х—3-х лет, и поэтому очень легко проследить начало заболевания и первые признаки рахита.

Здесь необходимо оговориться, что мы считали за рахит, т. к. данные различных авторов, полученные на тождественном материале, отличаются чрезвычайно большим разнообразием. Так, мы находим у Антонова (по Ленинграду) 67—68%, у Савватимской (по Москве) 89,5%, а у Фельдмана (Одесса) лишь 46%. Такая разница легче всего объясняется различием в признаках, которые авторы считают достаточными для постановки диагноза рахита у того или другого ребенка.

В основу диагноза рахита нами полагались исключительно костные изменения, причем особенно обращалось внимание, в каком возрасте ребенка эти изменения проявлялись. Так напр., мягкость краев швов и родничка, а также редкие случаи размягчения затылочной кости на первом месяце жизни, в особенности у недоносков, согласно с мнением проф. Кускова, Медовикова, Comby и др. нами за рахит не считались. Craniotabes мы считаем за проявление рахита лишь в том случае, если он проявлялся около 3-х месяцев и позднее; мягкость краев швов и родничка лишь с 4-го месяца. У недоносков этот срок отодвигается на месяц позднее, и указанные симптомы считались за проявление рахита, если они не проходили к этому времени или только с этого времени начинали определяться. Состояние большого родничка принималось во внимание при диагностике рахита в том случае, если задерживалось его закрытие или если родничок вместо уменьшения в размерах даже увеличивался. Бугры считались признаком рахита начиная с $\frac{1}{2}$ года. Ясно выраженная деформация грудной клетки всегда считалась за рахит, в то время как четки принимались за признак рахита лишь в том случае, если они ясно определялись в виде шаровидных образований; небольшие же утолщения на месте перехода костной части ребра в хрящевую нередко бывают и у вполне здоровых детей. С 4-месячного возраста мы считали призна-

ком рахита и браслеты, в особенности если утолщение эпифиза охватывало запястье кольцом. Искривление голеней и кифоз—лишь после того, как ребенок начинал становиться на ножки.

Другие признаки, обыкновенно описываемые как симптомы рахита: потливость затылка, облысение затылка, развитие вен на голове, лягушачий живот, гипотония, запаздывание прорезывания зубов и некоторые нервные явления (раздражительность, капризность, бессонница, иногда, наоборот, вялость, апатия) принимались во внимание лишь в связи с костными изменениями, указывавшими на рахит.

Для выяснения интересующих нас вопросов нами обработан материал Консультации № 4 при Д. О. М. и М. с 1923 по 1929 г. включительно в количестве 9676 листов. Но далеко не все случаи оказались пригодными для статистики. Большую часть листов пришлось отложить. Так, нами отложены все листы детей, посещавших консультацию лишь непродолжительное время, всех детей, посещения которых прекратились ранее 5 месяцев, и листы, дававшие недостаточно данных для ответа на интересующие нас вопросы. В конечном счете наш материал сводится лишь к 4283 листам. Весь этот материал мы разделили на 4 неравных группы: русских—мальчиков и девочек и татар—мальчиков и девочек. Такое подразделение, особенно для Казани, представляет исключительный интерес, т. к. таким образом мы можем сравнить русское и татарское население, живущее в одном районе и при одинаковых, приблизительно, условиях. Надо принять во внимание, что татар по нашему району посещает Консультацию в разные годы от 16 до 24% по отношению к русским, а потому общее количество татар в нашем материале значительно меньше, чем русских.

Таблица № 1.

	Общее количество	Из них рахита	%
Русских мальчиков	1867	989	52,9
„ девочек	1647	741	44,9
Татар мальчиков	400	268	67
„ девочек	369	197	53,4
Всего	4383	2195	51,2

Из этой таблицы мы видим, что общий % страдающих рахитом, принимая во внимание и русских, и татар, будет 51,2%, т. е. значительно меньше, чем цифры, приведенные Антоновым и Савватимской. Это может быть объяснено требованиями, предъявляемыми нами, как я уже упоминал выше, к признакам, на основании которых мы ставили диагноз рахита. Без явлений со стороны костной системы мы никогда не классифицировали заболевания как рахит.

Далее из этой таблицы ясно, что общий % рахита среди татарского населения значительно выше, чем среди русского (по данным Кревер эта разница еще значительнее, по ее словам „среди татарского населения рахит распространен более, чем в 3 раза сильнее“), и еще, что де-

вочки, и татарки и русские, страдают рахитом реже, чем мальчики (данные Кревер дают обратные отношения).

Правда, обращая внимание на условия жизни, главным образом на квартирные условия, мы видим, что русские дети живут в несколько более благоприятной обстановке.

Таблица № 2.

Условия квартиры	Хорошие	%	Удовл.	%	Плохие	%
Русские мальчики . . .	223	25,8	259	29,9	382	44,3
„ девочки	167	26	197	30,7	278	43,3
Татары мальчики . . .	50	21	77	32,4	111	46,6
„ девочки	41	24,1	49	28,8	80	47,1
Всего . . .	523	23,8	695	31,7	977	44,5

Но сопоставляя эту таблицу с таблицей № 3, показывающей % рахита по отношению к общему количеству живущих в хороших, удовле-

Таблица № 3.

% рахита у живущих в кварт. условиях	Хороших	Удовлетв.	Плохих
	В п р о ц е н т а х		
Русские мальчики . . .	40,4	53,4	64,1
„ девочки	30,6	45,4	41,8
Татары мальчики . . .	65,5	72,5	65,9
„ девочки	36,9	49,8	72,5
Всего . . .	43,4	55,3	61,1

творительных и плохих условиях квартиры, мы можем отметить, что хотя эти условия в общем и имеют влияние на частоту проявления рахита, однако далеко не всегда: так, мы видим, что для девочек русских у нас получился больший % рахита для живущих в удовлетворительных условиях сравнительно с количеством рахита у детей, находящихся в неблагоприятной обстановке. То же самое получилось у нас и для мальчиков татар, и даже больше: в последнем случае % рахита у детей, живущих в хорошей обстановке, почти равен % рахита у живущих в самых дурных условиях. Следовательно, обстановка, окружающая ребенка, не имеет решающего значения на частоту проявления рахита, и отмеченную выше разницу между татарским и русским населением нельзя объяснить одним влиянием окружающей обстановки. Здесь, повидимому, играют роль расовые особенности, точно так же как и образ жизни.

Не является решающим фактором в этиологии рахита и календарное время рождения ребенка. По данным д-ра Антонова „в отношении рахита благоприятным для ребенка периодом является время (рождения) с декабря по май, неблагоприятным с июня по ноябрь“. Наш материал дал несколько другие результаты. Процент рахита среди наших детей распределяется следующим образом:

	Время рождения	
	XII—V	VI—XI
Русские мальчики	48,9 ⁰ / ₀	63,6 ⁰ / ₀
„ девочки	39,4 ⁰ / ₀	44,7 ⁰ / ₀
Татары мальчики	64,7 ⁰ / ₀	64,3 ⁰ / ₀
„ девочки	52,8 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀

Как видно из этого сопоставления картина получается довольно пестрая: для русских наши результаты совпадают с данными д-ра Антонова, для татар они совершенно противоположны.

Принимая во внимание, что рахит излечивается при воздействии ультра-фиолетовых лучей (Феер, Дамье, Lasch и Miemietz, Marfan и др.) можно думать, что действительно должны существовать благоприятные для ребенка и неблагоприятные, как указывает д-р Антонов, месяцы, но, повидимому, для Казани эти периоды не совпадают с таковыми для Ленинграда. Действительно, если мы поделим год несколько иначе, именно будем брать один период с XI по IV и второй с V по X, то при таком делении у нас для Казани получатся тождественные данные с Ленинградскими:

	Время рождения.	
	XI—IV	V—X
Русские мальчики	51,2 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀
„ девочки	42,2 ⁰ / ₀	53,5 ⁰ / ₀
Татары мальчики	60,5 ⁰ / ₀	83,2 ⁰ / ₀
„ девочки	40,5 ⁰ / ₀	53,9 ⁰ / ₀

Таким образом, хотя календарное время рождения и не является решающим фактором в этиологии рахита, но, повидимому, играет в этом отношении известную роль. По всей вероятности этот фактор может передвигаться по времени не только для разных местностей, но и для различных лет в одной и той же местности в зависимости от количества солнечных дней в отдельные периоды года.

Рассмотрим теперь еще один фактор, которому почти всеми авторами приписывается исключительное значение—это влияние того или иного способа вскармливания на происхождение рахита (Кисель, Румянцев, Стрельбицкий и мн. др.). Кроме обычного деления на татар, русских, мальчиков и девочек мы разбили весь материал на три группы, принимая во внимание способ вскармливания. В рубрике „грудное кормление“ нами помещены все дети, вскармливавшиеся исключительно грудью до 5 месячного возраста; в группу смешанное кормление помещены дети, получившие до этого срока тот или иной прикорм, и в группу искусственное кормление—отлученные от груди в возрасте 3—4-х месяцев или раньше. Результаты ясны из таблицы № 4.

Таблица № 4.

	Груд. корм.		Из них		Смеш. корм.		Из них		Искус. корм.		Из них	
		%		%		%		%		%		%
Русские мальчики 1526.	957	62,7	450	47	484	31,7	377	69,6	85	5,6	77	90,6
„ девочки 1351. .	901	66,7	364	40,4	379	28,1	227	59,8	71	5,2	51	71,8
Татары мальчики 343 . .	246	71,7	155	63	79	23	67	84,8	18	5,3	16	88,8
„ девочки 315 . .	237	75,2	116	48,9	72	22,9	49	68,1	6	1,9	5	83,3
Всего 3535	2341	66,2	1085	46,3	1014	28,7	680	67	180	5,1	149	82,7

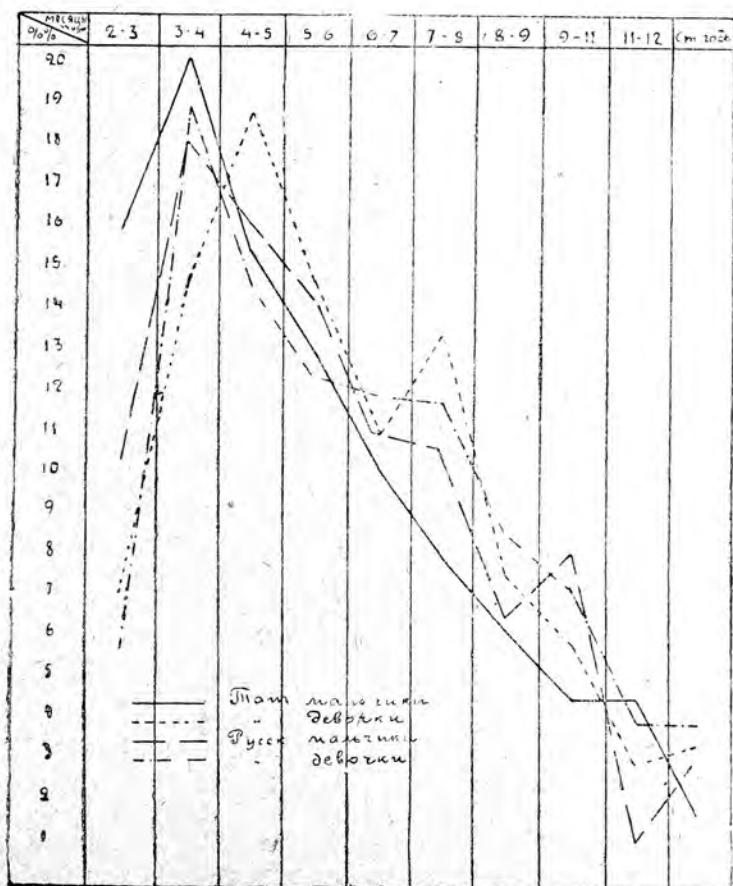
Данные этой таблицы определенно показывают, что грудное вскармливание имеет несомненное профилактическое значение и что при нем появление рахита более чем в $1\frac{1}{2}$ раза реже, чем на искусственном.

Для сравнения привожу данные других авторов.

Фельдман	гр. корм. 43 ⁰ /о;	см. корм. 64 ⁰ /о;	иск. корм. 77 ⁰ /о.
Selters	„ „ 50,4 ⁰ /о;	— — „ „	61,8 ⁰ /о.
Siegert	„ „ 31,5 ⁰ /о;	— — „ „	81 ⁰ /о.
Sinka	„ „ 67,8 ⁰ /о;	— — „ „	86,9 ⁰ /о.
Румянцев	„ „ 40,5 ⁰ /о;	— — „ „	70 ⁰ /о.
Дукельский	„ „ 56,8 ⁰ /о;	— — „ „	60,4 ⁰ /о.
Антонов	„ „ 62 ⁰ /о;	— — „ „	91 ⁰ /о.
Наши данные	„ „ 46,3 ⁰ /о;	см. корм. 67 ⁰ /о;	„ „ 82,7 ⁰ /о.

Такое же предрасположение к рахиту, как и искусственно вскармливаемые, по нашим данным даже несколько большее, имеют двойни и недоноски. Из общего количества наших случаев двоен было 49 (один ребенок умер вскоре после рождения), из них рахит развился у 46, т. е. у 93,8⁰/о (у русских 89,2⁰/о, у татар 100⁰/о).

Из числа 46 недоносков рахит был константирован у 40, т. е. 86,9⁰/о (у русских 85,7⁰/о, у татар 100⁰/о). На появление рахита у недоносков, несомненно, имеет влияние срок недоношенности. Чем моложе



родится ребенок, тем больше шансов, что со времени у него разовьется рахит.

Перейдем к рассмотрению времени появления первых признаков рахита, что особенно удобно изучать на материале Консультации. (См. диагр. на стр. 955).

Из приведенной диаграммы видно, что рахит в довольно значительном % встречается уже между 2 и 3 месяцами жизни ребенка. Встречается он, несомненно, и в возрасте до 2-х месяцев, но значительно реже. Кроме того в более раннем возрасте учсть его появление труднее в виду того, что многие дети начинают посещать Консультацию позднее 2-х месяцев; в то же время определить с уверенностью, отчего происходит мягкость швов или краев родничка у месячного ребенка, зависит ли это от рахита или это явление врожденное, очень часто представляется затруднительным. Существование же вообще врожденного рахита в настоящее время подвергается большому сомнению (Сомбу, Арлюк, Медовиков). Поэтому нами наблюдались лишь единичные случаи несомненного рахита в этом возрасте и в статистику они не вошли.

Чаще всего, по нашим данным, рахит начинается между 3—4 и между 4—5 месяцами, затем кривая появления его быстро падает с каждым месяцем. После года рахит начинается редко—у нас всего в 3,2%. Из этой диаграммы можно еще установить, что у девочек рахит начинается очень часто в более позднем возрасте, чем у мальчиков; кривая рахита у девочек падает более медленно.

В связи со временем начала рахита стоят и первые признаки, в которых проявляется заболевание.

Таблица № 5.

Первые признаки	Голова		Грудь		Конечн.	
	Число	%	Число	%	Число	%
Русские мальчики	443	51,3	368	42,6	53	6,1
„ девочки	302	47	291	45,4	49	7,6
Татары мальчики	125	52,5	93	39,1	20	8,4
„ девочки	89	38,2	136	58,4	8	3,4
Всего	956	48,5	888	44,9	130	6,6

Из таблицы № 5 мы видим, что первыми признаками у мальчиков в преобладающем количестве являются изменения в костях черепа, в то время как у девочек в связи с более поздним появлением рахита и первыми признаками являются чаще не изменения черепа, а изменения со стороны грудной клетки.

Изменения в костях конечностей констатируются как первые признаки рахита уже в сравнительно небольшом % случаев.

Подводя итоги, можно сказать, что:

1. Искусственно вскармливаемые дети, недоношенные, двойни несомненно имеют предрасположение к рахиту; по всей вероятности в возникновении рахита играют роль и расовые особенности (большее распространение рахита среди татарского населения сравнительно с русским).

2. Рахит бесспорно является социальной болезнью, широко распространенной среди детского населения, охватывающей более половины всех детей (по нашим данным 51,2%). Такое значительное распространение рахита не может не влиять на смертность детей, на увеличение их заболеваемости, а, следовательно, и на общий уровень здоровья населения.

3. Поэтому необходимо проводить всеми возможными мерами, главным образом пропагандой в консультациях, грудного кормления, свежего воздуха и солнечного света,—профилактику рахита, и начинать по возможности рано лечение уже появившегося заболевания. Для этого желательна бесплатная выдача рыбьего жира через Консультацию, что мы не всегда имеем возможность делать, и учреждение при Консультациях кабинетов для бесплатного или сравнительно дешевого лечения светом больных рахитом.

Литература: 1) Фельдман. Журн. по изучению раннего детск. возр., т. VI, № 2, 1927.—2) Егерова и Михлина. Каз. мед. журн. 1926, № 6.—3) Проф. Медовиков. „Рахит и его лечение“. 1927.—4) Проф. Маслов. „Основы учения о ребенке и об особенностях его заболеваний“. Т. I, 1926.—5) J. Comby. Arch. d. Méd. d. Enfants. 1926, № 2.—6) Проф. Кусков. Педиатрия. 1912, №№ 10, 11.—7) Арлюк. Труды IV Съезда педиатров, стр. 674.—8) Проф. Кусков. Журн. по изуч. раннего детск. возр. №№ 3 и 4, 1928.—9) Антонов. Труды 3-го Съезда педиатров, стр. 328.—10) Проф. Кусков. Журн. по изуч. раннего детского возр. 1928, т. VIII, № 2.—11) Левит и Михлина. Там же.—12) Егерова и Басыр. Там же.—13) Богданов. Журн. по изучен. ранн. детск. возр. 1928, т. VIII, № 3.—14) Домбровская. Педиатрия. 1929, № 4.—15) A. v. Bosanyi. Jahrb. f. Kind. Bd. 109.—16) W. Lasch и M. Mietz. Ibid.—17) Kramer. Amer. jour. of. Dis. of Child. vol. 30 (реф. Сборн. детского бол. 1925).—18) A. F. Hess. Zeitsch. f. Kind. 1925. Bd. 39, H. 4.—19) H. Buschmann. Ibid.—20) P. György. Kl. Woch. 1925, H. 23.—21) Marfan, Dorlencour, Furquety. Nourrisson, 1925, № 1 (реф. Сборн. Дет. бол. 1926).—22) Власов. Вестн. совр. мед. № 3, 1927.—23) Дулицкий. Моск. мед. журн. 1927, № 11.—24) Дамье. Вестн. совр. мед. 1928, № 9.—25) Кревер. Каз. мед. журн. 1924, № 5.—26) Мошквич. Журн. по изучен. ранн. детск. возр. Т. VI, № 1, 1927.—27) Дейч. Ibid.—28) Савватимская. Журн. по изуч. ранн. детского возраста. Т. II, № 3—4.—29) Лепский, Егерова, Михлина. Журнал эксперим. биологии и медицины. 1928. Т. X, № 27.

Из хирург. клиники (директор проф. Ф. Ю. Розе) Харьковск. госуд. института для усовер. врачей и 10-й сов. больницы (главрач В. М. Саратикова).

К вопросу о травматическом стриктурах тонкого кишечника.

А. Г. Киселева.

Рубцовое сужение тонкой кишки, развивающееся после тупого повреждения живота,—крайне редкое явление. Н. Küttner, просматривая по этому вопросу мировую литературу, в своей работе мог привести только 21 случай, из числа которых 19 приходится на тонкий кишечник и 2 случая на двенадцатиперстную кишку. Такая редкость заболевания при значительно возросшем травматизме объясняется, с одной стороны, тем, что эти повреждения кончаются летально в самом непродолжительном времени после травмы вследствие внутрибрюшного кровоизлияния или полного разрыва кишки, а с другой—подвижностью и „вертли-