

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ НАД АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСТРОФИЕЙ У ДЕТЕЙ

А. Ф. Ефимова и Е. З. Элперин

Из клиники детских болезней

Наши наблюдения обнимают 203 случая алиментарной дистрофии у детей в возрасте от 3 до 17 лет. Распределение больных по полу и возрасту приведено в табл. 1.

Мы распределили больных алиментарной дистрофией на две главные группы: с сухой формой и с отеочной. В каждой из указанных форм мы различали три степени дистрофии.

При сухих формах дистрофии мы относили к I степени больных с некоторым истончением подкожного жирового слоя без заметных изменений со стороны мышц и внутренних органов. Ко II степени отнесены

Таблица 1

Возраст	Число детей	И з н и х	
		маль- чиков	девочек
3—7 лет . . .	47	34	13
8—15 лет . . .	119	60	59
16—17 лет . .	37	24	13

Таблица 2

Форма	Степень дистрофии		
	I	II	III
Сухая . . .	19 (9,4%)	66 (32,5%)	70 (34,5%)
Отечная . .	2 (0,9%)	19 (9,4%)	27 (13,3%)

больные с выраженным исчезновением подкожного жирового слоя, начинающейся атрофией мышц и начальными изменениями со стороны внутренних органов. Дистрофией III степени мы считали случаи, в которых имелась резкая атрофия мышц, исчезал жир не только из подкожного жирового слоя, но и (как показывают секционные данные) из всех жировых депо, а также отмечались значительные изменения со стороны внутренних органов и со стороны центральной нервной системы.

При отеочных формах дистрофии мы относили к I степени детей с одутловатостью лица, небольшой отеочностью голеней и стоп. К дистрофии II степени мы относили детей с более распространенными отеками, захватывающими лицо, туловище и конечности. К III степени относились случаи со скоплением жидкости в серозных полостях.

По формам и степени дистрофии больные распределяются следующим образом (табл. 2).

По возрастам дети с дистрофией II и III степени распределялись следующим образом (табл. 3).

Количество мальчиков превышало число девочек: 118 мальчиков и 85 девочек.

В клинической картине дистрофии прежде всего бросалось в глаза исчезновение жира из всех жировых депо, причем замечалась разница между детьми младшего и старшего возраста: у младших детей жир исчезал сперва на животе, затем на бедрах и плечах, у детей старшего воз-

раста исчезновение жира начиналось с лица. При отечных формах исхудание маскировалось отечностью. Исчезновение жира наблюдалось часто даже в местах патологического его скопления (например в липомах). Вследствие исчезновения жира как общее явление наблюдались зябкость больных и более чем у 50% гипотермия, преимущественно при дистрофии III степени.

Изменения кожи выражались в легких случаях в истончении и сухости ее, в более тяжелых — в шелушении, отрубевидном и пластинчатом, изменении цвета до смуглого, коричнево-бурого оттенка. Впрочем, изменения кожи следует скорее отнести за счет авитаминозов.

Таблица 3

А. Сухие формы дистрофии			Б. Отечные формы дистрофии		
Степень	Возраст	Число больных	Степень	Возраст	Число больных
II	3—7 лет	18	II	3—7 лет	4
	8—15 лет	38		8—15 лет	13
	старше 15 лет	10		старше 15 лет	2
III	3—7 лет	17	III	3—7 лет	3
	8—15 лет	33		8—15 лет	20
	старше 15 лет	20		старше 15 лет	4

Следующим обращающим на себя внимание симптомом является атрофия мышц, как поперечно-полосатых скелетных, так и гладких — некоторых полых органов, например сердца, кишечника, мочевого пузыря (секционные данные). Мышцы были истончены, мягки и дряблы. Вследствие атрофии мышц резко падал их тонус.

Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдался ряд изменений. Размеры сердца были увеличены лишь в единичных случаях, обычно границы оставались в пределах нормы. Приглушение тонов наблюдалось в 106 случаях (53%), поровну среди мальчиков и девочек. По возрастным группам изменение сердечных тонов отмечалось несколько чаще в возрасте от 7 до 12 лет. Известное значение в этом отношении имела форма дистрофии. Так, при отечной форме заглушение тонов отмечалось у 45 человек (43%), а при сухой — у 36 человек (34%). Тахикардия наблюдалась у 36 больных, а брадикардия — у 51 больного. При отечных формах учащение и замедление пульса встречались одинаково часто; при сухих же — тахикардия наблюдалась чаще, чем брадикардия. Указанные изменения ритма носили довольно длительный характер. Так, в течение месяца тахикардия пришла к норме только у 6 детей. Точно так же и брадикардия сменилась нормальным ритмом только в 2 случаях. Вместе с тем наблюдалась и лабильность пульса в смысле перехода одного вида ритма в другой. У 19 детей первоначальная брадикардия сменилась затем тахикардией.

При измерении кровяное давление оказалось нормальным у 21 ребенка, пониженным — у 20 детей, а повышенным — у 9. Впрочем, это повышение следует рассматривать как физиологическое явление, обусловленное возрастными особенностями данной группы больных. Это были все девочки в возрасте от 12 до 15 лет, т. е. в периоде полового созревания.

Указанные изменения сердечно-сосудистой системы находятся в прямой зависимости от тяжести дистрофии, что наглядно иллюстрируется табл. 4.

Со стороны органов дыхания наблюдались замедление дыхания и склонность к катаральным явлениям.

Со стороны пищеварительного аппарата отмечалась сухость слизистых, очевидно вследствие понижения секреции желудочно-кишечного тракта. Одновременно наблюдались и дискинезии, что сказывалось в появ-

лении запоров. В ряде случаев имелись поносы. Поносы были частично инфекционного происхождения (дизентерия, колиты). Печень обычно была уменьшена (секционные данные) и не пальпировалась при жизни, хотя в младшем детском возрасте, как правило, она выступает из-под ребер. Это явление, связанное с исчезновением гликогена из печени, отражается на барьерной функции ее, почему и токсины, попадающие из кишечника в кровь, обуславливают различные токсические процессы в организме.

Таблица 4

	Дистрофия I		Дистрофия II		Дистрофия III	
	число больных	‰	число больных	‰	число больных	‰
Заглушение тонов сердца	5	24	35	41	66	68
Нарушения ритма	5	24	39	46	43	44

Со стороны крови мы имели анемию, но слабо выраженную. При дистрофиях II и III степени отчетливо была выражена лейкопения. Лейкоцитарная формула обнаруживала нейтрофилию со сдвигом влево и высокое РОЭ.

У 30% обследованных в отношении диуреза детей наблюдалось обильное выделение мочи. Кроме полиурии, отмечалась обычно полакиурия, нередко и никтурия и очень часто невозможность подавить позыв на мочеиспускание. Все эти явления объясняются нарушением иннервации мочевого пузыря и ослаблением тонуса его сфинктеров. Анализ мочи в 45% случаев при тяжелых формах дистрофии обнаруживал следы белка и единичные форменные элементы.

Копрологические исследования, произведенные в 20% случаев, не дали ничего характерного.

Остается сказать несколько слов об изменениях со стороны центральной нервной системы. Выделялись две большие группы детей, довольно резко отличавшиеся друг от друга по характеру нервного расстройства. В одной группе отмечалось повышение нервной возбудимости: дети отличались раздражительностью и болтливостью. В этой группе 5 случаев вылились в форму постоянного психоза с явлениями маниакальной возбудимости. Вторая группа детей, наоборот, характеризовалась апатичностью, безучастным отношением к окружающей обстановке, малоподвижностью. Обычное положение этих детей — лежачее, в постели, укутавшись с головой. Только вид пищи вызывал оживление у части этих детей. Со стороны периферической нервной системы наблюдались невралгии, парестезии, парезы, которые мы относим к проявлениям авитаминоза В₁.

В табл. 5 приведены наиболее часто встречающиеся у наших дистрофиков осложнения.

Пневмонии по возрастам распределялись следующим образом: в возрасте 3—7 лет — 7, в возрасте 8—15 лет — 17, в еще более старшем — 7. Пневмонии в большинстве случаев протекали при нормальной температуре. Только в 3 случаях мы наблюдали повышение температуры. Кашель по своему характеру напоминал глухой старческий кашель и был нерезко выражен. Ухудшение общего состояния, а чаще данные перкуссии и аускультации позволяли все же диагностировать пневмонию. Несмотря на от-

Таблица 5

Осложнение	Число случаев
Пневмония	31
Энтериты	46
Энтероколиты	30
Гемоколиты	13
Разного рода отиты	11

существование повышения температуры, пневмонии в общем протекали тяжело: 13 случаев из 31 окончились летально.

Без температурной реакции протекали и отиты, и только жалобы на боли в ушах и выделение гноя из ушей позволяли ставить соответствующий диагноз. Осложнения со стороны пищеварительного аппарата протекали, как правило, длительно и дали большой процент летальности. На 89 случаев желудочно-кишечных осложнений 21 закончился летально (23,6%).
