

Роль консультации для детей грудного возраста в диспансеризации населения *)

Ассистента М. М. Левита.

Если в прошлые времена все дело лечебной помощи иногда сводилось к определению и лечению болезни, то в настоящее время во многих областях медицины вся медицинская работа начинает проводиться по линии профилактической, причем это направление работы Отдел Охраны Материнства и Младенчества организовал с самого начала его существования. Консультация для детей грудного возраста со всеми видами помощи со стороны вспомогательных ее учреждений, каковы прием грудных детей, санитарно-просветительный патронаж, молочная кухня, юридическая консультация, социальная помощь,—может являться совершеннейшим видом диспансера. В деле диспансеризации грудного возраста мы стремимся охватить работой консультации по возможности всех детей этого возраста.

Остановимся сперва на общей характеристике имевшегося в нашем распоряжении материала.

Первая детская консультация в г. Казани возникла в марте 1922 г. при Детской клинике Института для усовершенствования врачей; в 1923 г. здесь функционируют уже 3 консультации, а в следующие годы—1924 и 1925, город и его окраины обслуживаются 6 консультациями, работающими и по сие время. Как развивалась работа консультаций за весь этот период, можно видеть из цифр, указывающих, какой % рождавшихся в городе детей обслуживался нашими учреждениями. Если сравнить число детей, проходивших ежегодно через все консультации, с числом детей, зарегистрированных за этот же период в ЗАГС'е, то получим:

в 1922 г.	прошли через	консультации	33,00%	родившихся.
„ 1923 г.	„	„	58,77%	„
„ 1924 г.	„	„	84,48%	„
„ 1925 г.	„	„	89,55%	„

Возможно, что часть детей, посещавших городские консультации, была зарегистрирована в ближайших волостях, что, может быть, несколько увеличивает приведенные %.

Как видно из приведенных данных, около $\frac{1}{10}$ всех родившихся за 1925 ускользнуло от влияния консультации. Эту часть мы относим к более зажиточным классам населения, детей которых мы у себя на приемах не видим. Консультация при Детской клинике Института для усовер-

*) Доложено 11/V 26 г. в научном собрании врачей Казанского Гос. Института для усов. врачей.

шенствования врачей обслуживает ежегодно около 1100 детей, которые и делают около 5000 посещений.

	1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Первичные посещения	824	1090	1069	1110
Всех посещений	2587	4715	4643	4995
Среднее число посещений на ребенка	3,13	4,32	4,34	4,5

Влияние консультации с точки зрения охраны здоровья ребенка тем плодотворнее, чем раньше таковое начинается, т. е. чем ребенок моложе и чем он меньше испорчен упущениями в кормлении и уходе (Мичник).

Следующая таблица дает представление о возрасте детей, впервые попадающих в нашу консультацию:

	1 мес.	2—3 мес.	4—9 мес.	Старше 9 мес.
1922 г.	15,2	16,5	33,9	34,4
1923 г.	62,7	23,7	12,8	0,8
1924 г.	66,7	22,6	10,7	—
1925 г.	56,8	32,97	10,23	—

Особенностью 1922 г. является, т. о., значительное посещение консультации для детей грудного возраста детьми старше 9 мес. (34,4), что объясняется стремлением родителей получить для ребенка паек, который выдавался в то время через консультацию. В последующие годы мы имеем обратные отношения: число детей, приносимых в консультацию в первые 3 мес. их жизни, составляет 90% всей годовой посещаемости. Этого нельзя не признать некоторым достижением, принимая во внимание, что консультации в Казани открыты сравнительно недавно, и что у нас нет строго организованного патронажа. Сравнивая аналогичные данные по отчетам других консультаций, находим: по отчету П/О Охраны Детства и Материнства Саратовского Губздравотдела в первые 3 мес. через консультации прошло в 1924 г. 64,8%, по центральной консультации в Одессе—70,5%. Таким образом наши цифры несколько превосходят указанные.

Состав детей, посещавших консультации, таков:

Детей квалифицированных рабочих	39,32%
„ мелких служащих	30,02%
„ канцелярских служащих	10,84%
„ лиц интеллигентных профессий	10,00%
„ чернорабочих	8,00%
„ инвалидов	1,6%
„ торговцев	0,22%
	<u>100,00</u>

По национальностям дети распределяются (обработаны 2179 санитарных листов) так:

русских	85,74%
татар	12,4%
других национальностей	1,86%
	<u>100,00</u>

Если распределить детей, посещавших консультацию, в зависимости от высоты культурного уровня их родителей, то получим относительно

высокое развитие последних в 20 84⁰/₀ всего числа; остальные родители были малограмотны, или даже неграмотны.

Выдвинутая за последнее время проблема оздоровления труда и быта потребовала от врача активного подхода к населению и его работы в профилактическом направлении. Так как предупредить болезнь можно только тогда, когда лечащий врач знает ту обстановку, в которой протекает жизнь данной группы населения, то для достижения правильного распределения профилактической помощи должен вестись учет как условий труда и быта, так и физического состояния населения. С этих точек зрения нас интересует прежде всего вопрос о состоянии жилища посещавших консультацию детей. Как показывают обследования патронируемых детей и данные о детях, посещавших консультацию, имеют:

	дети посещающ. консультацию (1500 семейств)	дети патронируе- мые (310 семейств)
светлое, сухое помещение	67,57 ⁰ / ₀	51,22 ⁰ / ₀
комнату, не удовлетворяющую мини- мальным требованиям гигиены в од- ном каком-нибудь отношении	25,33	27,1
неприемлемые для жилья условия.	7,1	21,68
	<hr/> 100,00	<hr/> 100,00

Независимо от качества помещения занимают, т. о., одну комнату 78⁰/₀ всего числа семейств. Это обстоятельство имеет очень большое значение в смысле заболеваемости детей: данные по гор. Лейпцигу (цит. по Гранату) указывают, что, если на одну комнату приходится один жилец, то смертность детей с средним равняется 12 на 100, если — от 1 до 1,5, то умирает 26 на 100, если от 1,5 до 2 ч. — 27 и т. д. В наших семьях чаще всего в помещении живут 4—5 человек и никогда не менее трех.

Гигиеническое обслуживание детей, впервые пришедших в консультацию, складывается из следующих моментов:

купают детей от 3—7 раз в неделю	63,21 ⁰ / ₀ матерей,
” ” 1—2 ” ”	20,61 ⁰ / ₀ ”
” ” реже 1 раза в неделю или вовсе не купают	16,18 ⁰ / ₀ ”
	<hr/> 100,00

Свивают своих детей около половины (47,52⁰/₀) матерей, заворачивают без свивальника — немного более половины (52,48⁰/₀). Вредный обычай протирать рот каждому младенцу, основательно укоренившись, держится и по сие время, и матери наших детей, пользуясь опытом прошлых лет, протирают им рот в 42,84⁰/₀, оставили этот навык 57,16⁰/₀. К пустышке, как к предмету успокоения, прибегают $\frac{4}{5}$ (82,52⁰/₀), не дают таковой остальные (17,48⁰/₀).

Как известно, несмотря на продолжительное кормление грудью, у нас в России одними из главных причин детской смертности являются ранний нерациональный прикорм и неправильное грудное кормление. Как рано переводятся дети на смешанное или искусственное кормление в условиях нашей жизни, можно заключить из данных подсчета, по которым на смешанном кормлении находилось к 2 мес. 16⁰/₀, а к 3 мес. — 21⁰/₀.

всего числа детей этого возраста. Одновременно на искусственное кормление переведено было около $1\frac{1}{2}$ 0/0. Из всех видов прикорма наибольшую симпатию завоевала манная каша, за ней следуют молоко и его разведения и сухари.

Так как необходимость тех или иных профилактических мероприятий диктуется с одной стороны теми условиями, в которых человек живет, а с другой физическим его состоянием, то мы теперь подойдем к рассмотрению физического состояния обслуживаемых нами детей, причем приведем некоторые данные, характеризующие их развитие. Известно, что жизнеспособность ребенка зависит от степени развитости его, которая выражается, главным образом, в весе. Устанавливая наичаще встречающийся вес у наших детей в первые 2 недели жизни, находим, что 38,4⁰/₀ всех детей двухнедельного возраста составляли у нас дети в $8\frac{1}{2}$ —9 фун. весом, а именно, от 1250 до 1600 грм. весил 1 реб., от 1700 до 2000—4, от 2100 до 2400—10, от 2500 до 2800—30, от 2900 до 3200—49, от 3300 до 3600—96, от 3700 до 4000—31, от 4100 до 4400—27, от 4500 до 4900—2. Такой же вес, как наичаще встречающийся, отмечает и д-р Райнес по консультации гор. Астрахани.

Из 1000 детей, посещавших консультацию в течение 9 мес., у 69,5⁰/₀ вес удвоился к 5 мес., что соответствует максимальным требованиям, предъявляемым к хорошему развитию, у 18,5⁰/₀ вес нарастал удовлетворительно и у 12⁰/₀—плохо. Касаясь статических функций, мы можем отметить, что, если принять за норму, как указывает Lust, держание головки на 4-м мес., а самостоятельное сидение—на 6-м, то только 65⁰/₀ из всего числа наших детей начали держать голову и 58⁰/₀—сидеть в означенные периоды времени.

Костные рахитические изменения наблюдались в 1924 г. у 55⁰/₀, в 1925 г.—у 45⁰/₀ всех детей. Соответственно такому большому 0/0 рахитиков можно отметить, что у $\frac{1}{3}$ из наших детей к 9 мес. зубы еще не прорезались.

Таким образом мы видим, что как условия, в которых живут наши дети, так и данные их физического развития в значительном числе случаев настоятельно заставляют желать большего. Консультация пытается внести сюда улучшение, с одной стороны, путем дачи советов во время врачебного приема матерей, с другой—при помощи патронажа. Этот патронаж, или, другими словами, обучение матерей уходу и воспитанию ребенка в условиях домашней обстановки, является важным моментом диспансерной работы. Вопрос об уходе за детьми при наших условиях играет первенствующую роль. Создание гигиенической обстановки и является делом патронажной сестры, на обязанности которой лежит обучить мать правильному кормлению ребенка в пределах тех возможностей, которые имеются у семьи, приучить ее к правильному уходу, к опрятному содержанию жилища, к нормальному режиму. В виду того, что наша консультация не располагает большим штатом патронажных сестер, а в ее распоряжении имеется лишь одна сестра (патронаж введен с 1 октября 1924 г.), то и дети, которые подлежат взятию в патронаж, предварительно отбираются, именно, берутся дети, матери которых служат и оставляют их на попечение родственников и, нередко, малолетней няньки, дети наискусственном вскармливании, дети с расстройством питания, заболеваниями неинфекционного характера и дети из материально мало

обеспеченных семей. Число посещений, которые делает патронажная сестра, на каждую семью в среднем равняется 4, что следует признать недостаточным.

Подходя к оценке результатов работы патронажной сестры путем сравнения условий ухода при ее первом и последнем посещении (материал—310 записей), мы можем отметить, что нам удалось обучить технике ухода за детьми и повысить частоту их купания на 25%. Гигиеническая кровать введена при первом посещении у 25%, при последнем—у 65%. Пеленались при первичном посещении 40% детей, при последнем—6%. Однако, если матери легко подчинялись нашим требованиям в смысле купания, прекращения прогираания рта и отказа от пеленания, то в смысле оставления соски дела наши подвигаются туго, — в этом случае нам приходится уступать, принимая во внимание тяжелые квартирные условия семьи, занимающей нередко лишь угол или живущей в одной комнате с другой семьей. В данном случае пустышка является успокаивающим ребенка средством, менее вредным, нежели жовка, или бобровая струя. Нужно заметить, что в этом вопросе даже и среди врачей нет согласного мнения, и такие видные авторитеты, как Czerny и Langstein, допускают соску. Правильное кормление с полным перерывом в 5—6 час. при первом посещении могло быть констатировано в 50%, при последнем—в 75% всего числа патронируемых семейств.

Более подробные данные о влиянии консультации и патронажа мы можем привести в виде следующей таблицы, дающей представление о том, в каком возрасте дети, посещавшие консультацию в течение 1925 г., были переведены на смешанное или искусственное кормление:

	на I мес.	II м.	III м.	IV-V	VI-VII м.	VIII-IX м.
грудь . . .	96,04	86,95	79,23	55,8	14,46	3,16
смешан. . .	3,07	11,77,	19,43	42,08	89,99	93,3
искусствен. .	0,89	1,28	1,34	2,12	2,55	3,54

Как видно из этой таблицы, количество детей, получающих ранний прикорм, остается сравнительно велико и среди детей, посещающих консультацию. Из причин, заставляющих ввести прикорм до 3-месячного возраста, нужно отметить:

гипогалактию в	45,77%
службу матери в	22,88
общую болезнь матери в	9,33
грудницу	7,34
ребенок сам не сосет	7,34
матери кажется, что	
ребенку не хватает	7,34
	<hr/>
	100,00

Ранний прикорм проводился под контролем консультации, и часть детей получала прикорм из нашей молочной кухни, которая при диспансеризации раннего детского возраста играет такую же роль, как диетическая столовая в системе профилактических учреждений для взрослых. За последний год своей работы наша молочная кухня выдала 27,360 порций молочных смесей

С целью привлечения матерей в консультацию ежемесячные пособия выдаются страховыми кассами на основании удостоверений консультации.

На вопрос о целях посещения консультации 75% матерей заявили, что интересуются развитием ребенка. И действительно, если, согласно произведенным в 1924 г. обследованиям, только 10% женщин, получая пособие, тратили его на ребенка, то в 1925 г. эта цифра повысилась до 75%.

В общей системе диспансеризации у нас имеется, однако, один крупный пробел: в то время, как через наши учреждения проходит около 90% детей грудного возраста, группа детей до 3-х лет не находится ни под нашим наблюдением, ни под наблюдением детского сада. Если диспансеризация детей раннего возраста необходима для того, чтобы предупредить различные заболевания, зачатки которых, может быть, в этом периоде и закладываются, то и группа детей до 3-летнего возраста, как более подверженная заболеваниям, также должна быть взята на учет. Таким образом расширение деятельности консультации на всю группу детей 3-летнего возраста составляет ближайшую задачу. В этом направлении нами уже сделаны первые шаги: при Детской клинике Института открыт прием для детей дошкольного возраста.

При опросе матерей, приходящих в консультацию, и обследовании бытовых условий жизни детей нами собираются, между прочим, и некоторые данные, касающиеся самих матерей. Приводим некоторые из них.

Как показывает разработка 2100 санитарных листов, наши матери вступают в брак довольно рано:

до 20 лет	660 чел.
от 20 до 25 лет	840 ..
от 25 до 30 лет	420 ..
от 30 до 35 лет	126 ..
от 35 до 40 лет	54 ..
	2100

Таким образом 72,38% матерей вступают в брак до 25-летнего возраста. Такое раннее начало материнства, как указывает Вигдорчик, не может не иметь большого значения для будущей пролетарской семьи, потому что теоретической подготовки к материнству женщина рабочей среды не получает, и, кроме того, при раннем вступлении в брак она не успевает получить и житейской подготовки, которая, при всех своих недостатках, все же может дать матери руководящие начала.

Что касается рождаемости, то мы можем отметить, что при продолжительности брачной жизни в 10 лет, независимо оттого, служит мать или нет, рождается приблизительно одинаковое число детей, причем в мало-культурных семьях, при продолжительности семейной жизни в 10 лет, рождается на 2 ребенка больше, чем в высоко-культурных.

Рождаемость.

	Неслужащие матери.	Служащие матери.
Длительность брака до 3 лет	1,44 реб.	1,23 реб.
" " " от 4 до 6 лет	1,97 ..	1,96 ..
" " " от 6 до 10 "	4,16 ..	3,69 ..
	Малокультурные семьи.	Высококультурные семьи.
При брачн. жизни до 3 лет	1,56 реб.	1,18 реб.
" " " от 4 до 6 лет	1,99 ..	1,69 ..
" " " от 6 до 10 "	4,27 ..	2,7 ..

Относительно детской смертности нужно заметить, что в нашем материале она выше всего стоит в семьях, где мать служить, и ниже всего в культурных семьях.

Смертность.

		Неслужащие матери.	Служащие матери.
Брачн. жизнь	до 3 лет	1,04 реб.	1,06 реб.
" "	от 4 до 6 лет.	1,37 "	1,73 "
" "	от 6 до 10 "	1,86 "	2,35 "
		Малокультурные семьи.	Высококультурные семьи.
Брачн. жизнь	до 3 лет	1,09 реб.	0,93 реб.
" "	от 4 до 6 лет	1,44 "	1,01 "
" "	от 6 до 10 "	1,93 "	1,5 "

Обращаясь далее к вопросу о частоте аборт, как естественных, так и искусственных, в нашем материале мы должны констатировать факт, что матери, связанные службой, чаще прибегают к аборт, нежели матери не служащие, и что аборт значительно чаще встречаются в интеллигентных семьях, чем в неинтеллигентных.

А б о р т ы.

		Неслужащие матери.	Служащие матери.
Брачн. жизнь	до 3 лет	1,28 реб.	1,33 реб.
" "	от 4 до 6 лет	1,29 "	1,39 "
" "	от 6 до 10 "	1,36 "	1,75 "
		Малокультурные семьи.	Высококультурные семьи.
Брачн. жизнь	до 3 лет	1,11 реб.	1,37 реб.
" "	от 4 до 6 лет	1,26 "	1,51 "
" "	от 6 до 10 "	1,33 "	2,81 "

Что касается того, какой процент аборт в нашем материале падает на искусственные аборт, то при подсчете мы получили искусственный аборт у служащих матерей в 61,54%, самопроизвольный—в 30,46%; среди неслужащих женщин естественный и искусственный аборт встречаются одинаково часто. Далее, в интеллигентных семьях искусственные выкидыши преобладают (52,94%) над естественными (47,06%), в малограмотных, наоборот, самопроизвольные выкидыши встречаются в 4 раза (79,72%) чаще, чем искусственные (20,28%).

Для судьбы ребенка имеет большое значение, зарегистрирован брак родителей, или нет, потому что, по нашему материалу, среди зарегистрированных браков отцы бросают своих детей в 1¹/₂% случаев, а среди незарегистрированных—в 15,02%. Помимо того, что вся тяжесть материнства во всех подобных случаях ложится на слабые плечи женщины, эта часть населения представляет интерес в том отношении, что она дает ничтожную рождаемость. В качестве статистической иллюстрации (В и г д о р ч и к) можно привести данные, относящиеся к Саксонии, согласно которым плодовитость замужних женщин в 5¹/₂ раз больше, чем плодовитость незарегистрированных браков. В нашем материале таких брошенных матерей-одиночек оказалось 105.

Итак роль консультации для детей грудного возраста в ее диспансерной работе сводится к изучению быта детей, к учету их физического

состояния и вытекающим отсюда профилактическим мероприятиям, к обучению матерей уходу и воспитанию ребенка в условиях домашней обстановки и к наблюдению над некоторыми сторонами жизни самих матерей. Нужно упомянуть еще о том, что консультации не увязаны с общей системой диспансерной работы. Ребенок пребывает под наблюдением консультации до 1 года, затем весь материал о нем пропадает, и дальнейшее наблюдение или обрывается, или переходит в руки других учреждений. При проведении диспансеризации рабочих и членов их семейств необходимо увязывать эту работу с работой консультаций для детей грудного возраста.

Резюмируем, в заключение, еще раз имеющиеся в нашем распоряжении данные.

1) Около 90% рождающихся детей гор. Казани обслуживаются консультациями.

2) 90% всех детей попадают в консультацию Института для усовершенствования врачей в первые 3 месяца их жизни.

3) 41,1% всех семей живут в плохих квартирных условиях.

4) Половина всех детей является рахитиками.

5) К 3-месячному возрасту около 1/5 всех детей переводится на смешанное кормление.

6) Главные причины такого перевода—гипогалактия и служба матери.

7) 75% матерей, взятых в патронаж, усвоили правильные гигиенические приемы и ввели правильное кормление грудных детей.

8) Служба матери оказывает влияние на увеличение смертности детей, интеллигентность—на увеличение числа абортгов.

9) При незарегистрированных браках дети покидаются отцами в 10 раз чаще, чем при зарегистрированных.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Вигдорчик. Проблема материнства.—2) Гершензон. Ж. по изуч. р. д. возраста, т. III, № 1.—3) Гранат. Наши дети и туберкулез, 1925.—4) Лепский. Консультация для детей грудн. возраста, 1925.—5) Lust. Диагностика и терапия детских болезней.—6) Мичник. Руководящие указания к организации просветительного патронажа над грудн. детьми, 1917.—7) Отчет о деят. Саратовского п/о. Охр. Матмл. Ж. по изуч. р. д. возр., т. III, № 4-5. 8) Райнес. Ibid., т. II, № 6.—9) Czerny. Цит. по руководству детск. болезней Feer'a.