

Клиника детских болезней Казанского медицинского института (Директор проф. В. К. Меньшиков).

Распространение рахита в связи с бытовыми условиями татарского ребенка.

(По материалам Мамадышской консультации).

Ассист. Г. Г. Бабинская.

Изучение жизненных условий ранее угнетенных народностей в деле борьбы за здоровый быт, за воспитание физически здорового молодого поколения является большой общественно-политической задачей сегодняшнего дня. Я думаю, что факт огромного влияния бытовых условий на развитие соц. болезней, в том числе и рахита, является бесспорным. В литературе не имеется до сих пор исчерпывающего материала по выяснению роли быта в этиологии рахита среди детей татарского населения. Кроме работ Кревер, Тушнова, Басыр, Агафонова. В 1931 г. в Мамадышском районе Татарской Республики я провела наблюдение над распространением рахита как в консультации г. Мамадыша, так и выезжая для этой цели в соседние татарские деревни для обследования детей на дому и в колхозных яслях. Мною было обследовано 387 детей. Из них 211 мальчиков и 176 девочек.

Выявление рахита основывалось главным образом, на костных изменениях (четки, замедленное зарастание родничка, увеличение его, краниотабес, браслеты, увеличение лобных и теменных бугров, позднее прорезывание зубов, деформации и т. д.) на мышечных, нервно-психических изменениях и изменениях общего состояния ребенка.

При чем я различала 3 степени рахита: I степень (легкий)—без изменений общего состояния, легкий краниотабес, четки, медленное зарастание родничка; II степень (средний) резкий краниотабес, бугры, браслеты, большой родничок, мышечная гипотония; III степень (тяжелый)—резкое изменение в костной, мышечной, нервно-психической системах с отсталостью в развитии, анемией и общим упадком питания.

По возрастным группам и распространению рахита дети распределялись следующим образом:

Возраст	Колич. обл. детей	К-во детей бол.н. рах.
От 3—6 мес.	62	7
„ 6 м.—1 г.	171	32
„ 1 г.—1½ л.	59	19
„ 1½ г.—2 л.	53	5
„ 2 л.—3 л.	42	3

Общее количество детей больных рахитом составляет 17% числа обследованных. Из приведенных цифр видно, что наибольшее количество рахита падает на возраст от 6 м. до 1½ лет. Из выявленных мною 66 случаев рахита 36 случаев (54,6%) относятся к I степени, 25 случаев (37,8%) относятся к II степ. и 5 случаев (7,6%) относятся к III степени. По моему материалу рахит наблюдается чаще среди девочек: из 66 случаев рахита 39 (59%) падает на девочек и 27 случаев (41%) на мальчиков.

Известно, что на развитие рахита влияет целый ряд условий окружающей жизни. Одним из важных факторов является питание ребенка. Обследованные мною дети в возрасте до 1 года все получали грудь. В большинстве случаев приходилось отмечать беспорядочное кормление грудью, так как каждый крик ребенка объясняли голодом. Ребенок в первые месяцы почти в каждой семье получал жевку из черного хлеба с сахаром; изредка давали манную кашу, завернутую в тряпочку вместо соски. Соску применяли редко. Дети старше года были отняты от груди в следующем возрастном порядке:

с 1-го года	33 чел.—21,5%
с 1½ лет	85 „ —55,5%
с 2 лет	35 „ —23%

Обследуя вскармливание детей, пришлось отметить факт раннего введения прикорма. Из общего количества детей 259 ч. (67%) начали получать прикорм раньше года и только 128 чел. (33%) после года. Возрастное распределение детей, получавших прикорм, таково:

до 2-х мес.	3%
от 2 м.—4 м.	44%
с 4-х мес.	53%

Из таблицы видно, что прикорм вводится в большинстве случаев с 4-хмесячного возраста. Характер вводимого прикорма зависел от экономического благосостояния семьи. Наиболее часто употребляемым прикормом являлось коровье молоко, которое давалось в кипяченом (у маленьких)—разведенном виде, обычно без сахара. К 4-м месяцам переходят на цельное молоко. С этого же возраста дают картофель в виде пюре с молоком или со сливочным маслом, каши (гречневая, пшенная), лапшу, супы (как постные, так и мясные). Из мяса больше употребляли баранину. Излюбленным прикормом с этого же возраста (с 4—5 мес.) являлись яйца, чаще в смятку или в виде яичницы, на сливочном масле. Питание ребенка в яслях обстояло более благополучно. Выявляя питание детей, посещающих ясли, можно отметить, что установка ясельной жизни несомненно построена целесообразнее, чем это наблюдается в семье. Дети получали пищу через определенные промежутки времени, достаточную в калорийном отношении и содержащую витамины. Кроме того дети в яслях обеспечены своевременным и правильным введением прикорма.

Учитывая факт влияния питания матери на развитие ребенка, насколько это было возможно, я обратила внимание и на питание кормящей грудью матери. Из расспросов выяснилось, что матери преимущественно употребляли в пищу: картофель, супы (постные и мясные), мясо (чаще баранину) и мучные блюда (пироги, оладьи, блины и т. д.); из жиров употребляли сливочное масло, баранье сало. Во время полевых работ сливочное масло употреблялось в большем количестве, молоко только с чаем; овощи как ребенок, так и мать получали очень редко и то обычно в вареном виде. Немалую роль в развитии рахита играют и жилищные условия. При обследовании выяснилось следующее: в большинстве случаев семья помещается в маленьком деревянном доме, в одну комнату, перегороденном досчатой стеной или занавеской, с площадью,

приблизительно равной 20—25 кв. м., окна небольшие, доступа света мало, форточки встречаются в единичных случаях. В этой же избе производится стирка и сушка белья, приготовление пищи. В зимнее время тут же помещаются и телята, и ягнята. Несмотря на тесноту в жилье, стараются сохранить чистоту и порядок. Часто моют полы, протирают окна, спаживают пыль, паутину и т. д. Ребенка содержат тоже опрятно. До 1-го года купают почти каждый день, иногда через день, после года купают раз в неделю. Наиболее распространенным видом постели ребенка служит зыбка. Она представляет из себя раму, обтянутую материей, на дно которой кладется тюфяк—ватный, иногда из соломы или шерсти и большая пуховая подушка. Так что ребенок большей частью своего тела помещается на подушке. Как правило, зыбка закрыта пологом, вследствие чего доступ воздуха и света недостаточен. Ребенок днем спит в зыбке, а ночью, в общей постели с матерью на нарах. Кровати встречаются очень редко. Пеленание ребенка очень распространено, в особенности до 3-х—4-х месячного возраста. Белье состоит из старых, цветных тряпок, но содержится в чистоте.

Вопрос относительно использования воздуха и света ребенком обстоит не совсем благополучно. Детей, родившихся осенью или зимой, не выносят на воздух до наступления тепла, приблизительно до мая месяца. В зимнее время ребенок начинает выходить на воздух только тогда, когда он приобретает уже некоторую самостоятельность (приблизительно к 3-м годам). В летнее время, когда уход за ребенком поручается старшим детям в возрасте 8—9 лет, большую часть времени они проводят на воздухе. Летом, в рабочее время матери берут грудного ребенка с собой на поле, помещают его в специально устроенную тележку, приспособленную для защиты от дождя и солнцепека. Этот обычай является безусловно целесообразным, так как дает ребенку возможность находиться на воздухе, пользоваться солнечным светом и получать молоко матери. Необходимо отметить, что приводимый мною материал не может обрисовать общей картины быта в татарской крестьянской семье, а характеризует лишь быт в условиях данного района. Приходится высказать сожаление, что не представлялось возможным использовать материалы консультации за истекшие годы, в виду отсутствия в них самых необходимых и важных данных, как то: питание ребенка, время введения прикорма, прогулки, начало развития рахита, его течение и т. д.

При проработке темы пришлось использовать в качестве объектов обследования только детей, прошедших через консультацию при моем участии. Следует отметить факт неправильного понимания значения консультации. У большинства населения составилась взгляд на консультацию, лишь, как на чисто лечебное учреждение. Обычно в консультацию приводят только больных детей. Необходима просветительная работа в этом направлении. По показаниям врача консультации, беседы с матерями, проведенные в отдельных колхозах при обследовании детских яслей, дали положительные результаты. После них приходилось отметить рост посещений консультацию матерями со здоровым ребенком с целью получить совет по кормлению и уходу за ним. Отмечено было несколько случаев, когда из-за смерти матери в консультацию приходил отец с ребенком за советом по вскармливанию и уходу. Затем наблюдались такие случаи, когда в отдельных селениях колхозники, не занимающиеся огород-

ным хозяйством, специально делали посадки овощей, как необходимых продуктов питания для детей.

На основании моих, хотя немногочисленных, наблюдений, можно сделать следующие выводы:

1. Процент заболевания детей рахитом среди татарских детей по обследованному мною району значительно ниже, чем процент заболевания рахитом по городу других авторов (Кревер—48,2%, Агафонов 67%).

2. Рахит распространен больше среди девочек.

3. По тяжести случаев рахит распределяется в следующем процентном отношении: легких случаев 54,6%, средних—37,8% и тяжелых—7,6%.

4. Факт огромного значения—консультации в борьбе за здоровый быт.

Причиной незначительного распространения рахита являются по моему естественное вскармливание детей, раннее введение прикорма в виде яиц (желток), сливочного масла, как содержащих витамины. Также более или менее рациональное питание матери (употребление ею сливочного масла, яиц и т. д.); длительное пребывание ребенка в летнее время на воздухе.

Кроме того важно отметить, что обследование мною производилось в летние месяцы (июнь, июль, август) в период, когда тяжелые симптомы рахита увядают.

Таким образом, ясно, что необходимо широко поставить разъяснительную работу в колхозных крестьянских массах, в особенности среди матерей о значении и роли детских консультаций не только как лечебных, но и профилактических учреждений, что проводится еще недостаточно. В целях обеспечения грудных детей питанием, материнским молоком и правильным уходом необходимо на время летних полевых работ широко развить сеть полевых передвижных яслей и обеспечить их подготовленным к этой работе персоналом. Организация таких яслей (что выявлено в беседе с матерями) встречает с их стороны большое сочувствие.

В целях рациональной постановки работы ОММ на участке важно обратить серьезное внимание на подготовку кадров, понимающих всю ответственность этой работы,

Об условном обозначении хирургических операций ¹⁾.

Заведывающий терапевтическим отделением Орловской 1-й 6-цы

В. А. Бекенев.

Как видно из заглавия, настоящее сообщение касается области, в которой одинаково затрагиваются интересы хирурга и терапевта. В настоящее время, когда голоса в пользу более тесного сотрудничества этих двух обширных специальностей раздаются все сильнее, содержание нашей работы ближайшим образом, как нам кажется, отвечает этому направлению. Как часто случается, что больные, обратившиеся за помощью к хирургу и подвергнувшиеся операции, снова обращаются к терапевту с теми же жалобами, но уже с рубцом на животе. Да это и неудивительно. Самый характер недугов подобных больных

¹⁾ Считая поднятый тов. Бекеневым вопрос „Об условном обозначении хирургических операций“ имеющим весьма важное практическое значение, в частности для терапевтов, ред. просит товарищей высказаться по данному вопросу на страницах Каз. мед. журнала.