

## Диетотерапия при дизентерии и колитах у детей.

Проф. Е. С. Кливанская-Кроль (Свердловск).

Для лечения дизентерии до сих пор нет общепризнанной схемы, так как при всех применяющихся методах получаются и хорошие и плохие результаты. Специфическая терапия сывороткой до сих пор не всегда дает твердо установленный эффект; то же самое следует сказать и о бактериофаготерапии. Само собой понятно, что медикаментозное лечение при дизентерии может быть только симптоматическим. Доминирующее значение, по мнению большинства педиатров, при лечении дизентерии—острого слизисто-геморагического колита—имеет диетотерапия. Легкие случаи дизентерии, в большинстве своем, протекают хорошо на различных диетах; случаи же более тяжелые заставляют нас выбрать диету, дающую наибольшую эффективность. В грудном возрасте при дизентерии с явлениями токсикоза диетотерапия проводится так же, как при токсической диспепсии.

При дизентерии отмечается значительное падение веса ребенка. Потеря веса объясняется потерей азота, стоит в связи с потерей гликогена, исчезновением подкожного жирового слоя, потерей воды путем *perspiratio insensibilis*. Потеря веса, связанная с учащенным стулом, с пониженной способностью переваривания и всасывания, с повышенной температурой стоит на втором месте. Отсюда ясно, что, как и при всяком инфекционном заболевании, диетотерапия при дизентерии должна занять одно из главных мест. Потери организма должны возмещаться, несмотря на наличие анатомических изменений в толстых кишках.

Что же касается диетического лечения при дизентерии, то оно до последнего времени сводилось к щажению больного органа. Острый инфекционный, слизисто-геморагический колит—дизентерия—рассматривался как местное заболевание и, в силу общепринятого взгляда—щадить больной орган, ребенка держали на „щадящей диете“. Эта щадящая диета, состоящая из мучных и слизистых отваров, киселя из черники и бульона, была по существу голодной диетой. На этой диете ребенка держали до улучшения стула, и она приводила к прекращению процессов брожения, исчезновению возбуждающих перистальтику летучих кислот. Стул становился реже, но одновременно с этим длительная голодная диета приводила ребенка к атрофии, к глубоким нарушениям обмена, к необратимым реакциям в организме. Погоня за изменением качества стула вела к тому, что забывали об общем состоянии ребенка. В настоящее время все педиатры должны принять указание проф. Г. Н. Сперанского, что кормить ребенка нужно не по стулу, а по аппетиту, по его общему состоянию. Полноценность лечебной пищи, кроме калорийности, определяется также соотношением пищевых ингредиентов, из всех предложенных диет наиболее распространенными явились преимущественно углеводная и преимущественно белковая.

Экспериментальная работа Патушинской и Куфаревой на взрослых собаках и щенках была построена на выяснении быстроты перехода

пищевых веществ по кишечнику и на выяснении количества поступающих в толстый кишечник пищевых масс. По Патушинской и Куфаревой, при выборе пищевого рациона в терапии колитов (дизентерии) должна занимать главное место быстрота перехода пищевого вещества по кишечнику и количество поступающих в толстый кишечник пищевых масс. Из опытов с молоком выяснились следующие его особенности: значительная скорость переброски из желудка в толстый кишечник и значительное наличие белка в виде неизменных хлопьев в толстом кишечнике; этот факт должен способствовать усилению там ферментного и бактериального расщепления белка. Далее, были поставлены опыты с белковым молоком, предложенным Финкельштейном при лечении колитов, и творогом. Из экспериментов видно было, что белковое молоко развивает значительный сокогонный эффект в тонких кишках и переброску в толстый кишечник значительных количеств белковых сгустков, что вряд ли ставит последний в условия покоя. Свежий творог, благодаря отсутствию молочной сыворотки, ускоряющей моторную функцию кишечника, задерживаясь в тонком кишечнике, подвергается там расщеплению и всасыванию, и лишь небольшая масса перебрасывается в толстые кишки. Поэтому, по мнению авторов, творог теоретически более пригоден в диетотерапии колитов, чем белковое молоко, отличающееся, кроме того, низким калоражем. На основании ряда последующих опытов было найдено, что 10% концентрированный рис, один или со сливками, различные мучные и рисовые каши на воде и на сливках, всасываясь в верхнем отделе кишечника и отличаясь высокой калорийностью, могут быть с успехом применены при лечении колитов (дизентерии).

Исходя отчасти из этих соображений, а также из того, что концентрированная углеводная пища, в особенности при комбинации различных углеводов, не вызывает бродильных процессов, Фридман и Винокур предложили для лечения дизентерии преимущественно углеводную диету. Они считают также, что такая диета обладает преимуществом в смысле возможности приготовления более разнообразных и вкусных блюд с достаточной калорийностью.

Указанная диета состоит из разнообразных блюд, причем количество белка в течение первых шести дней незначительно и лишь на седьмой день больной впервые получал богатое животным белком блюдо в виде пудинга из рыбы, курицы, мяса или творога.

Основой к употреблению преимущественно белковой диеты при дизентерии послужило предложение проф. Меньшикова — употреблять белок в диететике расстройств питания у детей („Русский врач“, 1917, № 15). Он отметил, что творог показан особенно в случаях усиленного брожения в кишечнике. Влияние творога сказывается быстрым изменением характера испражнений: через несколько дней они делаются плотными, оформленными. Творог обладает большой калорийностью. Применение смеси с творогом, по простоте ее приготовления, доступно и вне клинической обстановки. Разнообразие блюд при такой диете достигалось тем, что прибавлялись также белки в виде яичного белка и измельченного мяса, и кулинарная комбинация этих продуктов разнообразила диету.

С первых дней болезни ребенок получает все пищевые ингредиенты: углеводы—в виде отвара и сахара, жир—из творога, так как он готовится из цельного молока, большое количество белка из творога и витамины. С 3—4-го дня добавляются другие виды белка, а с 5—6-го дня меню обогащается жиром в виде сливок.

Эти диеты не разрешают целиком вопроса диетотерапии острого инфекционного слизисто-геморагического колита-дизентерии. Для правильной оценки применения той или иной диеты необходимо критически подойти к оценке клинической картины. При назначении необходимо учитывать возраст ребенка, его конституцию и степень расстройства питания. При выраженном токсикозе, когда резко нарушена функция печени, белковая диета не показана, обильное введение углеводов может повысить обезвреживающую функцию печени, способствуя отложению гликогена. Эффективность преимущественно углеводной диеты проверена Фридман и Винокур, а также и нашей клиникой. Применение этой диеты в ряде случаев дало хорошие результаты. Дети с плохим аппетитом охотно едят пищу из этого меню. В особенности эта диета подходит в случаях нерезкого токсикоза, когда назначение белковой пищи не показано. Приходится, однако, отметить, что у детей на углеводной диете испражнения долго сохраняют жидкую консистенцию, что зависит от свойства самой пищи и раздражения кишечной стенки; восстановление веса идет медленнее при углеводной диете, чем при белковой.

Результаты, полученные при лечении дизентерии преимущественно белковой пищей, учитывались на материале Казанской детской клиники и врачом С. К. Гольдбурдт—на материале Свердловской детской клиники. В том и другом случае получены хорошие результаты в смысле нарастания весовой кривой, в смысле уменьшения частоты стула и улучшения его качества, улучшения, появляющегося на этой диете раньше, чем на углеводной.

Для того, чтобы иметь возможность подвести теоретическую базу под назначение той или иной диеты при дизентерии, Леенсон и Генкина определяли азотистый обмен при углеводной и белковой диете у детей, больных дизентерией<sup>1)</sup>. Они нашли, что у детей, больных дизентерией, находящихся на белковой диете, высокий процент креатинина в моче к моменту выздоровления понижается. На углеводной диете процент остается на высоком уровне или даже повышается в период выздоровления. Ход кривых аммиака аналогичен ходу кривых креатинина. Так как исследования показали (Палладин), что образование креатина (креатинин—ангидрид креатина) не находится в зависимости от интенсивности общего распада белковых веществ в животном организме и что нет прямого соотношения между общим содержанием в моче азотистых веществ и количества в ней креатина, то это привело к заключению, что креатинин является продуктом эндогенного распада белка. Может быть можно, таким образом, сделать вывод, что при углеводной диете мы имеем белковое голодание, вследствие длительности углеводного режима, и увеличение креатинина происходит за счет эндогенного белка—

1) „Казанский медицинский журнал“, 1938 г., № 4.

белка организма больного. В отношении высоких цифр аммиака мочи приходится вспомнить, что не всегда весь аммиак, освобождающийся при дезаминировании аминокислот, превращается в мочевины. Если в животном организме образуется избыток кислот, то на нейтрализацию этих кислот идет аммиак, и тогда он, не подвергаясь дальнейшим превращениям, выделяется в моче. Возможно, что при углеводной диете значительная часть аммиака идет на нейтрализацию кислых продуктов, образующихся при расщеплении углеводов и эндогенного белка, и поэтому его уровень в моче повышен.

Все эти выводы являются пока только предварительными и нуждаются в дальнейшей проверке. Разобранные нами две диеты для лечения дизентерии дают наибольший эффект. Белковое молоко, ацидофильные смеси, концентрированное кислое молоко, кефир, „дубо“ и друг. диетические смеси дают очень различный эффект.

Хорошие результаты получились от яблочной диеты; она была предложена вначале врачом Гайслером и широко применена в клинической обстановке проф. Моро. Яблоки должны быть очищены от кожицы и сердцевин и натерты на стеклянной терке. Количество натертых яблок на прием колеблется от 100 до 300 г в зависимости от возраста ребенка. В течение дня проводилось пятикратное кормление. Во время яблочной диеты никакой другой пищи больные не получают. Количество жидкости вводилось по потребности. После яблочных дней Моро рекомендует давать смешанную пищу, лишенную овощей и молока: сухари, масло, чай, творог, мясо, суп, картофельное пюре, каши. Благоприятное действие яблочной диеты Моро объясняет тем, что при прохождении яблочных масс через кишечник адсорбируется вредное токсическое содержание кишечника, дубильные вещества и яблочная кислота оказывают благоприятное влияние. Яблочная диета пока не имеет широкого применения, несмотря на то, что все, кто ее применял, подчеркивают очень хорошие результаты.

Из вышесказанного можно сделать следующие выводы: 1. При диетотерапии дизентерии пища должна быть достаточно калорийна.

2. При дизентерии с выраженным токсикозом диететика проводится как при токсической диспепсии.

3. При дизентерии с умеренным токсикозом не показана белковая диета, так как продукты распада белка усиливают токсикоз, а следует назначать углеводную диету.

4. При дизентерии без токсикоза лучшие результаты получаются при белковой диете.

5. Длительная углеводная диета, лишая организм полноценных белков, способствует распаду эндогенного белка.

6. Кислые продукты распада углеводов пищи, действуя на кишечную стенку, дольше поддерживают жидкий стул.

7. Яблочные дни по Моро дают хорошие результаты диетотерапии дизентерии.

8. Диетотерапия колитов должна опираться на дифференцированный подход в каждом отдельном случае.