

Клиническая и теоретическая медицина

Заслуженный деятель науки
проф. Е. М. ЛЕПСКИЙ
(Казань)

О расстройствах пищеварения и питания у детей

За последние годы в Советском Союзе удалось значительно снизить заболеваемость взрослых и детей от многих болезней, в особенности от инфекционных. Но расстройства пищеварения у детей во многих местах все еще не обнаруживают должного снижения и потому требуют специального внимания. Вопрос этот касается не одних только детских врачей уже потому, что дети составляют около $\frac{1}{3}$ населения, и лечить их приходится многим врачам даже там, где имеются педиатры, не говоря уже о сельских местностях, где специалистов часто вовсе нет. Кроме того, расстройства пищеварения у детей отчасти эпидемиологически связаны с подобной же заболеваемостью взрослого населения, с санитарным состоянием жилищ и населенных мест вообще. Поэтому без содействия участковых, санитарных и других врачей трудно рассчитывать на полный успех.

Мы рассмотрим здесь важнейшие мероприятия, которые требуются для успешной борьбы с расстройствами пищеварения и питания у детей, и остановимся на некоторых упущениях, которые нередко делаются при профилактике и лечении этих заболеваний.

С течением времени, под влиянием накапливаемых новых данных наши представления об основных причинах расстройств пищеварения меняются. Вместе с тем отчасти меняются также лечебные и профилактические меры против них.

Оставим пока в стороне так называемые хронические расстройства питания (о них скажем ниже) и разберем причины острых, учащающихся летом, расстройств пищеварения у детей раннего возраста.

Этиологически это — не однородная группа заболеваний. Только в сравнительно небольшой части случаев причиной желудочно-кишечных расстройств бывает погрешность в диете. Для детей очень раннего возраста, в особенности летом, даже однократное грубое нарушение правил питания может иметь роковое значение. Однако массовых заболеваний на этой почве обычно не бывает. Взгляд, согласно которому причины чисто алиментарного характера часто вызывают у детей серьезные острые заболевания („пищевую интоксикацию“), теперь оставлен большинством педиатров.

Чаще острые расстройства пищеварения вызываются в раннем возрасте парэнтеральными инфекциями, например, грипом, отитом и т. п. Но такая этиология преобладает в холодное время года. Летом же важнейшей причиной детских поносов являются у нас кишечные инфекции.

Воззрения педиатров на роль микробов в этиологии расстройств пищеварения у детей пережили несколько этапов. Около полувека

тому назад, в период расцвета бактериологии, искали специфических возбудителей детских поносов и, казалось, даже нашли их для некоторых клинических форм. Так, Эшерих и его ученики придавали этиологическое значение разновидностям кишечной палочки и стрептококка при колите, Мечников и Циклинская — вульгарному протее при „детской холере“.

Впоследствии, с улучшением микробиологической техники и с развитием более критического отношения к наличию микробов при том или другом заболевании, первоначальным микробиологическим находкам стали придавать все меньше значения. Доминирующее значение стала занимать, особенно в Германии, алиментарная теория, связывающая основную причину расстройств пищеварения с питанием (Финкельштейн, Черни и другие). Но затем постепенно стали возрождаться теории, придающие большое значение роли микробов в физиологических и патологических процессах, происходящих в кишечнике (Моро, Адам и др.).

В разных местах, в разное время года значение патогенных микробов среди других причин детских поносов не одинаковое. По данным современной советской литературы (Гартох, Розен, Кучер и многие другие) процент положительных находок (главным образом — дизентерийных микробов, отчасти — паратифозных и других) при летних детских поносах сравнительно очень высок. Так, при колитах некоторые авторы находят палочки дизентерии в 70—80% случаев. Значителен, хотя и не так высок процент детей, у которых находят патогенные микроорганизмы при токсической диспепсии. При заражении маленьких детей палочками дизентерии, брюшного тифа, паратифа и др. часто не развивается типичная для данной инфекции клиническая картина, но преобладают общие явления отравления, и заболевание протекает поэтому в виде токсикоза.

Даже при заболеваниях, клинически протекающих как простая диспепсия, приблизительно $\frac{1}{3}$ случаев дает при бактериологическом исследовании на патогенные микробы положительный результат (Якоби, „Вопр. мат.“ № 9, 1940 г.).

Большая часть опубликованных данных о патогенной флоре при детских поносах получена при однократном исследовании и не всегда в первые дни болезни. Если исследования производятся повторно, материал берется в самом начале болезни и засеивается немедленно, процент положительных находок бывает еще выше.

Все это доказывает, что очень большая часть острых желудочно-кишечных расстройств, протекающих летом у детей в виде эпидемических заболеваний, вызвана инфекцией пищеварительного тракта патогенными микробами. В пользу такого предположения говорит также и то обстоятельство, что случаи заболевания, при которых не удается обнаружить в испражнениях патогенную флору, по своим проявлениям, по течению и исходам часто ничем не отличаются от случаев с патогенной флорой.

Важнейшей профилактической мерой против детских поносов является поэтому ограждение детей от кишечных инфекций. Основной резервуар этих инфекций образуют, как известно, дизентерийные, брюшнотифозные, паратифозные и т. под. больные; их своевременная и возможно полная госпитализация или изоляция — необходимая мера профилактики. Гартох подчеркивает профилактическое значение до-лечения хронических больных, которые рассеивают инфекцию.

Кроме изоляции, госпитализации и общих санитарных мероприятий, как правильное удаление нечистот, безукоризненное водоснабжение, надзор за приготовлением, хранением и продажей пищевых продуктов и т. под., для ограждения детей от поносов имеют большое значение меры личной гигиены. Нередко кишечная инфекция распространяется не вследствие загрязнения источника водоснабжения, продуктов и т. под., а путем контакта. Поэтому для профилактики детских поносов медицинский персонал может очень много сделать путем разъяснения взрослым, ухаживающим за детьми, какое большое значение имеют такие элементарные меры как мытье рук после грязной работы, содержание в порядке квартиры, двора, чистота в приготовлении пищи, борьба с мухами и т. п.

Из специфических профилактических мероприятий в последние годы, кроме прививок подкожных или принимаемых внутрь по Безредка, все больше распространяется применение бактериофага. У нас применялся преимущественно противодизентерийный бактериофаг, и еще сравнительно мало применялся бактериофаг против других кишечных инфекций. Почти все имеющиеся в советской литературе последние лет сообщения о профилактическом действии бактериофага против дизентерии говорят о благоприятных результатах (см. печатающийся в этом же номере обзор). Так как профилактическое действие бактериофага непродолжительно, его следует давать повторно, с промежутками в 7—10 дней, в особенности тем детям, у которых в семье или в квартире имеются больные дизентерией или колитом.

Немаловажное профилактическое значение имеет и правильный уход за детьми, в особенности ограждение детей от перегревания. Длительное пребывание в душных, плохо проветриваемых помещениях, слишком теплая одежда в жаркое время года, закрывание маленьких детей в клеенку и т. п. еще очень часто наблюдаются там, где санитарная грамотность населения недостаточна. Клиническими наблюдениями и экспериментально доказано, что перегревание ослабляет пищеварительные функции организма и содействует развитию желудочно-кишечных расстройств. Вызывая повышенные потери воды через кожу, перегревание, кроме того, ускоряет переход легких расстройств пищеварения в тяжелые токсикозы.

Давно и широко известно, какое решающее значение имеет для профилактики расстройств пищеварения у маленьких детей правильное вскармливание грудью и как опасны несвоевременный прикорм или преждевременное отнятие от груди, в особенности в жаркое время года. Однако так много наблюдается в этой области погрешностей и так часто врачи относятся к этим погрешностям слишком спокойно, что приходится каждый раз снова об этом напоминать.

Этим замечанием мы затронули другую группу профилактических мероприятий, не менее важную, чем рассмотренные выше. Эти мероприятия складываются из гигиенических мер, ведущих к поддержанию на высоком уровне способности ребенка сопротивляться инфекциям и усваивать пищу. Для этого в большинстве случаев бывает достаточно неуклонно соблюдать основные правила гигиены детского возраста, как правильное кормление грудью, не слишком раннее начало прикорма, полноценное питание после отнятия от груди — с достаточным содержанием овощей и животных белков и жиров, регулярное и длительное пребывание на свежем воздухе и т. п.

От острых расстройств пищеварения страдают больше всего именно те дети, у которых под влиянием частых нарушений основных гигиенических требований развилось хроническое расстройство питания в виде гипотрофии, атрофии, тяжелой анемии и т. под. Уменьшить количество таких хронических больных среди детей раннего возраста — значит понизить также и число детей, предрасположенных к острым желудочно-кишечным заболеваниям. Но этого можно добиться не сезонными кампаниями, а только путем постоянной оздоровительной и разъяснительной работы.

В лечении летних детских поносов почти повсеместным серьезным недочетом является слишком поздняя госпитализация. По данным Савельевой за 1939 г. по Ленинграду более половины детей, лечившихся в стационарах от острых расстройств пищеварения, поступили после 3-го дня болезни (см. „Вопр. пед.“ 1940 г. № 7—8). В других местах значительная часть больных поступает в лечебные заведения еще позже, когда успели развиться тяжелые общие явления интоксикации и когда эффективность важнейших лечебных мероприятий уже не велика. Происходит это далеко не всегда из-за недостатка коек; нередко причиной бывает недооценка серьезности заболевания врачом при первом осмотре больного или из-за того, что врач не сумел или не постарался убедить родителей больного в необходимости немедленной госпитализации заболевшего ребенка.

Как указано выше, микробиологическими исследованиями обнаружены были палочки дизентерии не только в большом проценте случаев колита, но и при токсической диспепсии и даже при простой диспепсии. Поэтому следует шире применять противодизентерийную сыворотку не только при лечении типично протекающей дизентерии, но и при других желудочно-кишечных расстройствах, где имеются хотя бы некоторые клинические или эпидемиологические основания подозревать дизентерийную этиологию: значительное количество слизи в испражнениях, тенезмы, выраженная интоксикация, наличие эпидемии в данной местности, контакт с дизентерийными больными и т. п. Благоприятные результаты, полученные некоторыми авторами (напр., Петряевой, Афанасьевой; см. „Вопр. пед.“ 1940 г. № 7—8) от такого лечения, подтверждают правильность подобного образа действия.

Благоприятны также результаты, полученные от лечебного применения бактериофага, хотя они и не такие повсеместные, как от фагопрофилактики.

Простокваша, кефир, ацидофильное молоко, которые ведут к подавлению патологической и установлению нормальной флоры в кишечнике, заслуживают более широкого применения в лечении желудочно-кишечных расстройств у детей, чем это имело место до сих пор. Простота приготовления этих диетических средств и относительная безвредность делает их особенно ценными там, где более сложные способы лечения почему-либо трудно осуществить.

При лечении желудочно-кишечных расстройств у детей нередко повторяются одни и те же ошибки. Так, при колите некоторые врачи все еще назначают длительную голодную или резко ограниченную и однообразную диету, напр., рисовый отвар, кисель, сухари. В результате мы видим, к сожалению, слишком часто резкое истощение заболевших детей, падение иммунитета и ухудшение процесса или, по меньшей мере, задержку в ходе выздоровления. Между тем,

теперь уже стало общепризнанным правилом, которое вошло в учебники, что при колите не только допустимо, но и необходимо полноценное и разнообразное питание, соответствующее возрасту больного и содержащее сливки, овощные пюре, ягодные соки, протертое мясо и т. под.

Другая типичная ошибка касается доставки больному воды. При простой и токсической диспепсии у детей раннего возраста полагается всеми возможными путями (через рот, капельной клизмой, парентерально) вводить больному до 150 см³ жидкости на килограмм веса, чтобы противодействовать развивающемуся токсикозу. Но этому не всегда уделяется достаточно внимания, и дети, не получая достаточно жидкости, быстро впадают в состояние интоксикации.

Иногда приходится слышать от практических врачей вопросы, показывающие, что они все еще возлагают слишком много надежд на лечебный эффект при детских поносах от внутреннего употребления различных вяжущих и дезинфицирующих средств. В современной педиатрии эти лекарства почти совершенно вытеснены диетотерапией и другими методами лечения.

С целью обеспечить требуемое количество коек для детей, страдающих расстройством пищеварения, нередко устраиваются временные стационары в каких-либо специально освобождаемых для этой цели учреждениях, как ясли и т. под. Между тем, согласно приказу НКЗ от 5 до 15% коек в общих лечебных заведениях должны быть в случае необходимости отводимы для детей.

Использование уже функционирующего лечебного заведения, где имеются наготове работники и оборудование, дает гораздо более быстрый и лучший эффект, чем организация нового учреждения.

Очень целесообразным учреждением оказались устраиваемые у нас в последнее время небольшие дневные стационары, где заболевшие дети проводят время с утра до вечера, возвращаясь на ночь домой. Не требуя значительного количества персонала и не занимая большого помещения, так как могут быть устроены даже в садовой беседке, под навесом или в палатке, дневные стационары дают прекрасные результаты. Благодаря тесной организационной связи между дневным стационаром и детской консультацией, а часто — и благодаря территориальной их близости, нуждающиеся дети немедленно попадают на койку и под постоянное медицинское наблюдение; в этом, вероятно, — основная причина успеха. Имеет значение и то, что в дневном стационаре дети почти все время проводят на воздухе.

Различные широкие организационные мероприятия, как подготовка персонала, мобилизация внимания снабжающих организаций с целью возможно лучше обеспечить детские учреждения денежными средствами, диетическими продуктами, медикаментами так же, как и общие санитарные меры имеют, конечно, большое значение в деле борьбы с летними детскими поносами. Однако основа успеха лежит во внимательной и правильной профилактической и лечебной работе каждого отдельного врача.