

Проф. Е. С. КЛИВАНСКАЯ-КРОЛЬ

Лечение токсической диспепсии

Свердловск

В Свердловской детской клинике Института ОММ и медицинского института за 1938 год прошло 565 детей больных острыми расстройствами питания, т. е. простой и токсической диспепсией и дизентерией. Если в настоящее время лечение простых диспепсий не представляет затруднений для опытного педиатра, то значительно хуже дело обстоит с лечением токсических диспепсий. По материалам детской клиники они составляют 29,91% всех острых расстройств питания.

Несмотря на значительные успехи в изучении патогенеза токсической диспепсии, здесь далеко не все еще ясно. Проф. Маслов говорит, что „с современной точки зрения токсический синдром рассматривается как тяжелое общее расстройство межклеточного обмена, аналогичное диабетической коме“. Рядом работ подтверждено своеобразное нарушение азотистого, углеводного и жирового обменов. Нарушен интермедиарный водный обмен. Наводнение организма патологическими продуктами обмена и токсинами, проникающими через кишечную стенку, ведет к глубокому извращению функции печени и к нарушению проходимости гемато-энцефалического барьера. Кислотно-щелочное равновесие в организме также нарушено и имеются значительные отклонения в сторону ацидоза. Известно, что разнообразные инфекционные факторы тоже могут играть роль в происхождении токсических диспепсий. Нередко под картиной токсической диспепсии в грудном возрасте проходят—дизентерия, паратифы, некоторые сапрофиты кишечника также могут приобретать вирулентность и давать картину токсической диспепсии.

Несмотря на разработанный материал по этиологии и патогенезу, лечение токсической диспепсии представляет до сих пор чрезвычайно трудную задачу. Первой и главной задачей является достижение дезинтоксикации организма. Исходя из патогенеза, это возможно только путем устранения недостатка воды в организме и путем восстановления способности клетки задерживать воду. Первым шагом к устранению токсикоза является назначение голодной или водяной диеты, т. е. полного лишения подвоза пищи и обеспечения достаточного подвоза воды. Первым спорным вопросом всегда является длительность назначения голодной диеты. Необходимо помнить, что дети плохо переносят полное голодание, а потому детям с хроническим расстройством питания, атрофикам и гипотрофикам голодная диета не назначается или назначается не более 8—12 часов. В Свердловской детской клинике при назначении голодной диеты при токсической диспепсии подходили всегда индивидуально, в зависимости от состояния питания ребенка, и назначали голодную диету от 12—

18 до 24 часов. Во время голодной диеты ребенок должен снабжаться достаточным количеством воды—около литра за сутки. Часть этой воды, а именно—одна треть, вводилась в клинику в виде 3%-го раствора глюкозы, в виде измененного Гейм-Джоновского раствора (1,0 соли, 1,0 соды на 1 литр воды), рингеровского раствора пополам с 3% глюкозой. Таким образом, по выбору треть даваемой жидкости вводилась в виде растворов солей и углеводов, остальная жидкость—в виде воды. Эта норма бралась потому, что при расстроенном водном обмене у детей большее количество солей и углеводов могло бы вызвать отеки. В большинстве случаев у детей с токсической диспепсией наблюдалась упорная рвота, и вводить жидкость через рот бывало чрезвычайно затруднительно. Обычно в таких случаях многие авторы рекомендуют делать подкожное вливание солевых растворов. Однако, как показывает опыт, этот метод дает хорошие результаты только в свежих случаях заболевания, когда сохранена всасывательная способность подкожной клетчатки. Этот способ очень неприятен тем, что ребенку наносится травма; у слабых детей жидкость плохо рассасывается, кроме того количество вводимой этим способом жидкости чрезвычайно мало. Введение жидкости интраперитонеально требует технического навыка и может применяться только в стационаре. Исходя из экспериментов Молитора и Пика, указавших на роль печени, как водорегулирующего органа, мы стремились к тому, чтобы вводить ребенку жидкость per os. Этим соображениям вполне соответствовал способ введения жидкости дуоденальным зондом, предложенный проф. Финкельштейном. Асс. Свердловской клиники Шульман проводила наблюдения с введением жидкости по этому методу. Для дуоденального вливания употреблялся обычный нелатонский катетер № 12—14, соединенный посредством стеклянной трубочки с резиновой трубкой, в которую жидкость вводилась 20—40-граммовым шприцем. По наблюдениям Шульман оказалось, что при этом способе имелась возможность вводить сразу от 100 до 300 см³ жидкости. Жидкость удерживается в организме даже в случаях рвоты. Способ этот безболезнен, реакция со стороны ребенка незначительна, и это давало возможность многократно вводить жидкость. Кроме того, способ этот чрезвычайно прост. Изредка в клинике употреблялись капельные клизмы. Они не давали хороших результатов в случаях учащенного стула: часто получается раздражение прямой кишки. Не дает разрешения вопроса метод интравенозного капельного вливания по методу Шика и Карелица.

Ввиду того, что некоторые педиатры (Морев, Хохол и Крайновская) рассматривают ацидоз, как один из наиболее важных симптомов при токсической диспепсии, они предложили антиацидотическую терапию. Асс. Вигдергауз испробовала раствор Ильпе: $\frac{1}{3}$ молярного, первичного, фосфорно-кислого натра—1 часть, $\frac{1}{3}$ молярного, вторичного, фосфорно-кислого натрия—8 ч., хлористого натрия—5 ч., хлористого калия—0,1 ч., дистиллированной воды—до 1000 см³, применяя его внутримышечно при выраженном токсикозе. Однако, результаты дезинтоксикации ребенка были чрезвычайно незначительны.

Способ Морева, состоящий в введении в синус гипосульфита в рингеровском растворе (0,3 гипосульфита на 1 кг веса в рингеровском растворе с 5% глюкозы), дал уменьшение токсикоза в двух из 10 случаев, проведенных Вигдергауз.

После дня голодной или водной диеты в клинике проводилась диетотерапия маленькими, постепенно увеличивающимися дозами грудного молока. Клиника имела достаточно женского молока из сливного пункта при консультации Института ОММ. Кроме того, клиника использовала молозиво, которое для этой цели собиралось в родильном отделении Института ОММ.

Несмотря на целый ряд смесей, предложенных для диетотерапии токсических диспепсий, ни одна из них не дает того положительного успеха, который достигается применением женского молока. Это должно заострить внимание врачей на том факте, что для борьбы с токсической диспепсией, для борьбы с летними детскими поносами необходимо беречь каждую каплю женского молока. Нужно развешивать сливные пункты женского молока, нужно использовать молоко родильниц, нужно в консультациях и яслях собирать остатки молока у кормящих матерей. Только таким путем мы сумеем обеспечить детей, больных токсической диспепсией, необходимым для них женским молоком.

После голодной, водной диеты, когда у ребенка уменьшался токсикоз, назначалось сцеженное, охлажденное женское молоко по 5—10 см³ через два часа. Остальное количество жидкости до 1 литра ребенок получал частично водой, частично—растворами солей или глюкозы. В последующие дни количество женского молока постепенно увеличивалось с тем, что к 6—7-му дню ребенок прикладывался ненадолго к груди. С 10-го дня ребенка кормили смеее, прибавляя к женскому молоку другие смеси. В случаях, когда в начале кормления сцеженным женским молоком рвота не прекращалась, в клинике никогда не повторяли голодной диеты, старались найти причину токсикоза (отит, пневмония). Необходимо помнить, что часто повторные голодные дни приводят ребенка к гипотрофии.

В случаях недостатка грудного молока, часть детей в клинике проводилась на миндальном молоке. Миндальное молоко (по Молю) не так быстро портится летом, стоит сравнительно дешево (из 75,0 миндаля получается 1 литр миндального молока) и достаточно калорийно (65—68 кал.). Давали его также малыми дозами—одно или вместе с женским молоком. Общее улучшение в состоянии ребенка и весовая кривая получились не хуже, чем с одним женским молоком.

Вместо пахтанья, быстро изменяющего летом свою кислотность, в детской клинике с успехом применялась смесь Шеера (65 кал.). Давалась она также малыми порциями, при постепенном увеличении в каждый из последующих дней.

От применения в диетотерапии токсической диспепсии концентрированного рисового отвара клиника хороших результатов не получала. В дальнейшей диетотерапии после 7—10 дней в клинике всегда, помимо женского молока, прибавлялась какая-нибудь из смесей, содержащая углеводы. На одном женском молоке дети не дают ни достаточной прибавки веса, ни нормального стула. С первых дней поступления дети, больные токсической диспепсией, получали достаточное количество витамина С в виде отвара шиповника. В более тяжелых случаях им давался концентрат шиповника.

Кроме диетотерапии, при лечении токсической диспепсии необходимо обратить самое большое внимание на уход за больным ребенком. За последнее время особенно много внимания уделяется микро-

климату, который необходимо создать ребенку с токсической диспепсией. Повышение внешней температуры связано с потерей воды, что для организма больного несомненно невыгодно. В стадии эксикоза ребенок не может бороться против перегревания при помощи физической регуляции, так как теплоотдача через кожу при уменьшении количества циркулирующей крови снижена (Т. Абрамсон).

Опыт Свердловской детской клиники показывает, что дети с токсической диспепсией лучше боролись с токсикозом, когда клиника имела возможность летом, с раннего утра до полудня и с 3—4 часов дня до вечера, держать детей в саду на затененных площадках. Душные жаркие комнаты с плохой вентиляцией ухудшают состояние ребенка. Исключительно важное значение имеет введение больному ребенку каждые 10—15 минут жидкости; необходимо почаще подмывать и перепеленывать ребенка, следить за тем, чтобы не остывали ножки ребенка, обкладывать его грелками. Ввиду того, что ребенок с токсической диспепсией требует тщательного индивидуального ухода, в клинику нередко допускалась мать, проводившая этот уход под руководством медицинской сестры.

Единственным показанием для фармакологической терапии является упадок сердечной деятельности. В таких случаях в клинике назначался кофеин и адреналин.

В период выздоровления от токсической диспепсии применялся иногда панкреатин 0,1—0,15 на прием (Тур). Особенного эффекта от дачи его не наблюдалось.

Хорошие результаты получались в некоторых случаях от стимулирующей терапии—гемотерапии.

Трансфузия крови, проводившаяся многократно, улучшения в состоянии ребенка не давала.

Выводы

1. Терапия токсической диспепсии должна базироваться на патогенезе заболевания.
2. Первым шагом к дезинтоксикации организма является голодная водная диета, назначаемая не дольше 24 часов.
3. Борьба с эксикозом ведется подвозом жидкости: воды, солевых растворов, растворов глюкозы.
4. Введение жидкости желательно проводить ретро; удобным способом является введение в дуоденум.
5. Антиацидотическая терапия пока не дает хороших результатов.
6. Диетотерапия токсической диспепсии должна проводиться малыми частыми порциями сцеженного женского молока. Необходимо организовать сливные пункты женского молока.
7. Миндальное молоко по Моллю, смесь Шеера, в случаях отсутствия женского молока, могут явиться его заменой.
8. Большое значение в терапии токсической диспепсии играет уход и обстановка, окружающие больного.
9. Лекарственная терапия употребляется только в случаях сердечной слабости больного.

Поступила 14. VII. 1939.