

Асс. Э. М. САРЕТОК

## К вопросу о диететике при брюшном тифе

Из клиники детских болезней Казанского гос. медицинского института (директор проф. В. К. Меньшиков)

В настоящее время мы еще не имеем специфического средства для лечения брюшного тифа. Предложенная в свое время Шантемесом серотерапия оставлена. Бактериотерапия тоже до сих пор еще недостаточно разработана. Поэтому исход болезни стоит в большой зависимости от мероприятий врача, направленных на поддержание сил организма больного, от лечебного питания. Еще Гревс указывал на необходимость хорошо питать тифозных больных. В этом направлении большой материал, привлекающий особое внимание, имеется в работе Умикова „Диета при брюшном тифе у детей“. Из 429 больных, на которых были проведены наблюдения, 150 чел. получали прежнюю жидкую диету, а 279 смешанную диету, которая в процессе выздоровливания переходила постепенно в обыкновенную общую. Диета эта состояла из чая с белым и черным хлебом, овсяной и рисовой каши, протокваши, супа с рисом, лапшей, вермишелью или перловой крупой, рубленого мяса, картофеля, фруктового желе. Автор указывает, что при указанной диете снизился процент кишечных кровотечений с 2,7% до 0,35%, значительно снизилась смертность. Вместе с этим сокращается процесс реконвалесценции, количества рецидивов и осложнений. Теперь доказано, что при тяжелых инфекциях, сопровождающихся высокой температурой, обмен в организме повышен. Существовавшие раньше взгляды, что усиливается только белковый обмен, совершенно опровергнуты. Работы из области биохимии и физиологии доказали, что повышение расходования падает главным образом на жиры и углеводы, и наряду с этим идет распад и белков. Даже при богатой калориями диете не удастся довести азотистый баланс лихорадящего больного до уровня здорового человека.

Попытка вводить брюшно-тифозному больному достаточное количество пищи, с целью обеспечения необходимого количества калорий, встречает у постели больного ряд препятствий: 1) бессознательное, бредовое состояние больного; 2) пониженный аппетит; 3) и, главное, боязнь за пораженный кишечник.

В детской клинике мединститута и 3-й инфекционной б-це гор. Казани под нашим наблюдением находилось 86 больных с брюшным тифом и паратифом А и В.

По возрасту: от 4 до 16 лет 19 чел., 17 лет и старше — 67. Мужчин — 39 (45,3%), женщин — 47 (54,7%).

По характеру лечебных мероприятий, главным образом по диететике, мы распределяли всех наблюдаемых нами больных на две группы.

Первая группа больных со дня поступления в стационар получала разнообразную питательную диету, которая изменялась только по желудочно-кишечным показаниям (частый жидкий стул, когда до исчезновения указанных явлений давалась диета, применяемая нами для колитиков (рисовый отвар с творогом, смесь „дубо“, молочная смесь с известковой водой с творогом, тертая рисовая каша и т. д., после чего больные вновь переводились на предшествующий общий стол. Общий стол брюшнотифозных больных у нас отличался от обычного общего стола только тем, что избегались грубые блюда (соленые огурцы, кислая капуста), а мясо давалось пропущенным через мясорубку. Возможное разнообразие блюд при такой диете очень благоприятно сказывается на поднятии аппетита больного.

Для наглядности приведу истории болезни.

1. Больная А. П., 10 лет, русская. Заболела 12/IV 1931 г. Появилась головная боль, повысилась температура, запоры; с этими жалобами больная поступила в стационар 21/IV. В дальнейшем появились розеола на нижней части живота, бедрах и единичные на поясничной части спины. Селезенка увеличена на 1½ п. п. из-под левой реберной дуги, мягкой консистенции. Язык резко обложен с корня, по краям и кончик языка красного цвета, чистый. Аппетит плохой. Наклонность к з. прам. Температура держится на уровне 38,3—39,7. Дизуреакция положительная. В крови Eг. 46 000, Hb — 73%, цв. п.к. 0,79. л — 2337. Реакция Видаля положительная, с *b. typhus abd.* в развед. 1:5 0 Моча — N. Мялярийные плазмодии не найдены.

Со дня поступления в стационар назначен общий стол, за исключением грубых блюд, добавочно получала 100 г. творога в сутки из неснятого молока. Стул все время нормальный. Вес при поступлении 24,2 кг. Выписалась 30/IV с весом 23,9 кг. В весе убыла всего на 300 г.

Аналогичная картина наблюдалась и у других больных, получающих со дня поступления общий стол.

Другая группа больных проводилась на щадящей диете брюшнотифозных больных, в виде слизистых супов, жидких молочных каш, главным образом из манной крупы, яиц, киселей ягодных и молочных и т. д.

Приходится отметить, что эта группа больных больше теряла в весе за время болезни, и у них медленнее проходил период выздоровления.

2. История болезни Р., 4 лет С 7/IX 1930 г. поднялась температура, по ночам она стала бредить, потеряла аппетит. Стул нормальный. С этими жалобами девочка поступила в стационар 11/IX. Объективно: стенки живота несколько напряжены, живот болезнен при пальпации. Прощупывается край селезенки на ½ п. п. из-под реберной дуги. В легких единичные рассеянные сухие хрипы. Розеол нет. Язык резко обложен, больше с корня. Стул нормальный, временами сменяющийся полужидким. Плазмодии малярии не найдены. Лейкопения — при поступлении лейкоцитов 6 44, при повторном исследовании с 1/IX — 5377.

Дизуреакция положительная. Реакция Видаля положительная с *bac. typhus abd.* в разв. 1:6 0. Со дня поступления в стационар ребенок получает слизисто-молочную диету: рисовый отвар, творог, рисовую протертую кашу, яблоки. В дальнейшем в период выздоровления прибавляется каша рисовая, смесь Моро, кисель, белый хлеб и т. д.

Ребенок поступил с весом 15200 г.; по назначении щадящей диеты 26/X вес ребенка 17750 г., 2/X — 17 377 до 38,2°; назначается общий стол и 2/X ребенок выписан с весом 15400 г в хорошем состоянии.

Подобные истории болезни в этой группе больных преобладают, что указывает на нецелесообразность применения без особых показаний со стороны желудочно-кишечного тракта особой тифозной диеты, т. к., несмотря на возможность дать больному и здесь достаточно калорийную пищу, мы не в состоянии преодолеть плохой аппетит, что в значительной мере достигается дачей больному разнообразной пищи в виде общего стола.

Следующая таблица показывает эффективность лечения I и II группы больных:

Название диеты	Число больных	Из них		Из них	
		выздор.	0/00/0	умерло	0/00/0
Общий стол (полноценная разнообразная пища)	51	50	98,0	1	2,0
Щадящая диета . . . . .	35	33	94,3	2	5,7
Всего . . . . .	86	83	96,4	3	3,6

К сожалению, наш материал слишком недостаточный по количеству для того, чтобы отсюда сделать обобщающие выводы, но он может послужить моментом, побуждающим ту часть врачей, которая еще до сих пор не решается применять в диететике тифозного больного полноценную питательную пищу, к более решительным шагам в их практике у постели больного.

Необходимо указать также на сокращение периода выздоровления у тех больных, которые получали общий стол. Если сравнить среднее количество койко-дней на одного больного первой и второй группы, то больной I-й группы в среднем занимает 17,4 койко-дней, а больной II-й группы занимает в среднем 23 койко-дня. Надо добавить, что больные как I-й гр., так и II-й гр. поступали в стационар в среднем на 8—9-й день болезни.

Поступила 14.VII. 1939.