

Из Детской клиники Казанского медицинского института (директор проф. В. К. Меньшиков).

Диетотерапия токсических и слизисто-кровянистых поносов.

Приват-доцента Е. Кливанской-Кроль.

Успехи в области питания и ухода за детьми за последние десятилетия сказались на понижении заболеваемости и общей смертности детей. Несмотря на это, нам все же особенно часто приходится сталкиваться с острыми желудочно-кишечными заболеваниями и большой смертностью грудных детей. Чаще всего встречается острое желудочно-кишечное заболевание, именуемое токсической диспепсией (по классификации Всесоюзного педиатрического съезда), пищевым токсикозом (по Czerny), алиментарной интоксикацией (по Finkelstein'y). Токсическая диспепсия чаще бывает алиментарного происхождения в зависимости от нецелесообразного питания; токсическое состояние может возникнуть также во время любой инфекции, причем или инфекция вторично нарушает желудочно-кишечное пищеварение, или же бактерии, непосредственно воздействуя на паренхиму печени, вызывают токсическую диспепсию. Большую роль при этом играет летняя жара, вызывая перегревание младенца. Патогенез токсического симптомокомплекса чрезвычайно сложен. Кроме чисто внешних условий большую роль играет и ненормальная конституция ребенка.

Нормальные дети реже заболевают этим расстройством, чаще болеют пастозные дети с лябильным водным обменом. Во всех случаях токсической диспепсии страдают функции обезвреживания; соединяются явления токсикоза, ацидоза и явления высыхания организма. Внешний вид младенца больного интоксикацией, резко осунувшегося в течение очень короткого времени, с помутненным сознанием, с неподвижным взглядом, с токсическим дыханием и непрерывным поносом и рвотой, настолько характерен, что ясно запечатлевается в памяти.

Лечение токсической диспепсии является неблагоприятной задачей. Лекарственная терапия здесь бесполезна; в диетотерапии до сих пор мы также еще не имеем верного и общепризнанного способа. Приходится руководствоваться главными основными симптомами болезни, требующими обезвреживания организма, восстановления пропитывания тканей жидкостью и приостановки падения веса.

Для изменения патологических процессов в кишечнике и изменения бактериальной флоры естественным является прекращение подвоза пищи. В то же время приходится помнить о введении и задержке в организме ребенка достаточного количества жидкости. Для выполнения этих условий служит водная или чайная диета. При выраженной токсической диспепсии достаточно ограничиться 12—24 часами такой диеты; некоторые авторы предлагают голодание в течение 2—3 и более суток (Монрад). В отношении дальнейшего выбора пищи существует много различных предложений: женское молоко, цельное или обезжиренное (Мейер, Негерат), пахта, белковое молоко Финкельштейна и Мейера; коровье молоко, разведенное известковой водой (Шкарич); 10% кон-

центрированный рисовый отвар (Бессау), а также проводятся опыты с применением безмолочной диеты, питая младенца миндальным молоком (Мюллер).

Лето 1931 года отличалось обилием детских желудочно-кишечных заболеваний. То, доходившая до 45⁰, неполноценное по качеству молоко у искусственно вскармливаемых детей, невозможность хранения его надлежащим образом, незначительная способность лактации у большинства женщин — вот причины, вызывавшие токсические поносы.

В детской клинике Казанского мед. института за июнь, июль и август находилось 30 младенцев *) с токсической диспепсией в возрасте от 1 месяца до 1 г. 8 м., из них 24 мальчика и 6 девочек. По упитанности, судя по весу, нормальных было 10 младенцев, гипотрофиков — 16 и атрофиков — 4; 19 младенцев находились на искусственном вскармливании, 2 — на смешанном и 9 — на естественном, но получали грудь матери беспорядочно, с значительными перерывами между кормлением. У 27 младенцев токсическая диспепсия началась первоначально с симптомов желудочно-кишечного тракта и только у 3-х выразилась как парентеральная инфекция. Эти три младенца были больны до токсической диспепсии: 1 — гриппом, другой — пневмонией и третий — малярией. Во время течения токсической диспепсии у 5 младенцев было осложнение воспалением легких, у двух были тонико-клонические судороги типа эклампсии, у одного младенца — молочница и еще у одного младенца — язвенный стоматит. Из 30 младенцев больных токсической диспепсией умерло 7, т. е. процент смертности выразился в 23,3⁰о.

При поступлении в клинику младенцу с токсической диспепсией обычно промывался желудок раствором *natr. bicarbonici*; в зависимости от состояния обезвоживания вводился под кожу физиологический раствор поваренной соли в количестве 200,0—400,0, смотря по возрасту; если ребенок был сильно обезвожен, подкожное вливание повторялось несколько раз в течение болезни. В случаях, когда со стороны сердечной деятельности не наблюдалось никаких угрожающих симптомов, сердечные средства не применялись вовсе, в противном случае вводилось *ol. camphorae* под кожу.

Затем в течение 12—24 часов, в зависимости от истощения младенца, ему назначался или видоизмененный раствор *Heim-John'a* (*Natr. bicarb. Natr. chlor. aa 1,0, Aq. coctae 1000,0*) или белковая вода — 1 яичный сырой белок на 200,0 холодной кипяченной воды, сахарин по вкусу; в случаях показаний со стороны сердца прибавляли на это количество воды ложку коньяку; иногда назначали то и другое, если ребенок неохотно брал одну из жидкостей. Поили каждые 10—15 минут по 1—2 чайной ложечке; забота ухаживающих заключалась в том, чтобы ребенок в летний жаркий день получал достаточное количество жидкости от 600,0 до 1000,0 за сутки. Так как обычно после 12—24 часов голодной диеты явления интоксикации уменьшались, улучшалось общее состояние ребенка, прекращалась рвота, то переходили на назначение снятого охлажденного женского молока, давая ложечки каждые 1/2 часа 5,0—10,0. Если не наступало ухудшения общего состояния младенца, то на следующий день прибавляли по 10,0 на каждое кормление снятое женское молоко и добавляли нужное количество жидкости или раствором (видоизмененным) *Heim-John'a* или белковой водой. При улучшении общих симптомов, мы имели возможность постепенно прибавлять понемногу женское снятое молоко и увеличивать промежутки между кормлениями. Самое главное тре-

*) Истор. бол. по технич. причинам опущены. *Ред.*

Бование диететики вначале течения токсической диспепсии—не бояться недокармливания, очень постепенно прибавлять количество пищи и заботиться о необходимом и достаточном подвозе жидкости. После того как младенец хорошо переносил около 50,0 женского снятого молока зараз, мы ему прибавляли пахтанье в том же количестве, чередуя женское молоко с пахтаньем.

Так как сильные жары не давали возможности сохранять на сутки пахтанье с определенной кислотностью, то мы были принуждены перейти к такой кислой смеси, которую мы имели бы возможность готовить перед каждым кормлением, и кислотность которой не менялась бы. Такой смесью явилось подкисленное децинормальной HCl коровье молоко. Готовилось оно из расчета; на 1 литр смеси 600,0 коровьего молока, 400,0 N-10 HCl и 5% сахара. Результаты, полученные с подкисленным молоком, не уступали в успешности пахтанью.

После значительного улучшения в состоянии младенца, мы переходили на цельное женское молоко, а затем постепенно прикладывали младенца к груди матери или кормилицы. Чередуя таким образом женское молоко с подкисленным HCl молоком нам удавалось получать хорошие результаты.

Удачным обстоятельством для нас было то, что мы почти всегда имели возможность располагать женским молоком, имея в клинике кормилицу. Однако в случаях заболевания токсической диспепсией детей старше года мы пробовали после голодной диеты назначать постепенно малыми порциями одно подкисленное HCl коровье молоко и получали удачные результаты.

Попытки провести токсическую диспепсию на 10% рисовом отваре или на молочной смеси с aq. calcis хороших результатов не давали.

Второе желудочно-кишечное расстройство маленьких детей, с которым приходится также часто встречаться в жаркое летнее время, это слизисто-кровянистый или дизентериеподобный понос. В настоящее время считают, что это инфекционное заболевание вызывается различными микробами, как streptococcus, bac. proteus, bac. pseudodysentericus, bact. coli и многими другими. Очень часто этой кишечной формой проявляется парэнтеральная инфекция. Ослабление иммунитета организма от какой-либо причины делает тот или иной микроб вирулентным, и он становится возбудителем дизентериеподобного поноса. Клинически это заболевание протекает чрезвычайно разнообразно. Наблюдаются случаи бурно протекающей картины болезни с преобладающей интоксикацией и кровянисто-слизистым стулом, иногда общие явления не выражены и главным симптомом является учащенный кровянисто-слизистый стул. Самым характерным симптомом данного заболевания является учащенный до 20—40 и больше в сутки с тенезмами стул. Испражнения содержат слизь, к ней часто примешивается кровь и комки гноя. Общее состояние в одних случаях нарушается сильно, повышается t^0 , помрачается сознание появляется рвота; в других случаях самочувствие нарушается мало.

Лекарственную терапию дизентериеподобного поноса обычно начинают со слабительных, затем назначают касторовую эмульсию с прибавкой дезинфицирующих, затем—висмут, Доверов порошок и т. п.

В отношении же диетотерапии главный принцип лечения заключается в достаточном введении пищи больному ребенку, а отнюдь не

в голодной диете. В отношении же деталей диеты существуют самые различные воззрения. Из опыта известно, что при слизисто-кровянистом поносе плохо переносится молоко. Поэтому многие рекомендуют в первые дни отвары, солодовый суп Кемира, разведенную отваром молочную сыворотку (Лангштейн). Другие назначают белковое молоко Финкельштейна, творог (Меньшиков), кефир и за последнее время предложена яблочная диета (Моро).

Со слизисто-кровянистым поносом за июнь—август в Детской клинике нашего института лежало 39 детей¹⁾. С резко выраженным бурным течением интоксикацией, характерным стулом и тяжелым общим состоянием было 19 детей и с явлениями только со стороны стула, без выраженных общих явлений, 20 детей. Из них 19 девочек и 20 мальчиков, возраст от 6 месяцев до 2 л. 5 м. С нормальным весом было 4 ребенка, с весом ниже нормы—33 и атрофиков—4. На общем столе было 33 ребенка, 5 детей кормилось грудью матери и 1 ребенок находился на смешанном кормлении. Дизентериеподобный понос у 35 детей был первоначальным заболеванием и только у 4 детей вторичным, после общей инфекции. Осложнения наблюдались: в 4-х случаях воспалением легких, в 2-х случаях гнойным заболеванием среднего уха, в 1 случае—воспалением прямой кишки и в 1 случае—парезом лицевого нерва. Из 39 случаев слизисто-кровянистого поноса 9 случаев окончились летально, т. е. процент смертности равняется 23,07%.

В первый день поступления в клинику ребенку со слизисто-кровянистым поносом очищался кишечник дачей большой дозы *ol. ricini* и назначался на сутки 10% рисовый отвар. Так как не все дети его сразу охотно пьют, то заботясь об сохранении воды организмом, нужное количество жидкости (по возрасту) добавлялось или белковой водой, или видоизмененным раствором *Heim-John'a*. На следующие сутки из лекарственных веществ в случае нужды назначалась касторовая эмульсия с висмутом, с прибавкой дезинфицирующих веществ и проводилась диета, предложенная еще в 1917 г. проф. В. К. Меньшиковым и всегда с большим успехом употребляемая в нашей клинике. Диета эта заключается в длительной даче отвара с творогом.

Сущность действия творога заключается в том, что белок молока является антагонистом брожения; вода белки при чрезмерных процессах брожения мы достигаем изменения кишечной флоры, понижая процессы брожения и исключая их вредные продукты, мы тем самым достигаем изменения качества и количества испражнений. Употребляемый творог изготовлялся в молочной кухне клиники путем створаживания коровьего молока при помощи или лактобациллина (соединения *bas. acidii lactici* с *bas. bulgaricus*), или только одной молочной-кислой палочкой. Таким образом возможно, что приходится также считаться с воздействием на организм большого и молочнокислых бактерий. Творог употребляется из вскипяченного молока. У детей старше года его можно назначать *per se*, у маленьких же в виде смеси с рисовым отваром в пропорции двух столовых ложек на стакан рисового отвара.

При назначении этой диеты всегда высчитывалось необходимое количество калорий для данного ребенка, так как недоедание при слизисто-кровянистом поносе приносило бы вред и необходимо, чтобы ребенок питался в достаточном количестве; недостающее количество жидкости добавлялось белковой водой или видоизмененным раствором *Heim-John'a*. В тяжело протекавших случаях с явлениями интоксикации мы с успехом применяли также женское молоко, стимулирующее сопротивляемость организма ребенка, и назначали его независимо от возраста ребенка. Хорошо также действует в тяжелых случаях внутримышечное введение

¹⁾ Истор. бол. по технич. причинам опущены.

крови. При упорных поносах приходилось прибегать к вливанию под кожу физиологического раствора.

После получения к концу 1—2-й недели у больного ребенка оформленного стула мы осторожно переводили его на обычную диету, давая в самом начале белки в виде яичного белка, мелко изрубленной вареной говядины; постепенно переходили к углеводистой пище и позднее всего давали суп и молоко. Суп, содержащий экстрактивные вещества, часто обостряет течение болезни и скорее вызывает рецидивы, обычные и вообще при этом заболевании. В конце лета при появлении яблок мы довольно рано и охотно прибавляли к белковой диете пюре из сырых яблок, которое хорошо усваивалось и являлось желательным, как носитель витаминов.

У некоторых детей, больных слизисто-кровянистым поносом, приходилось наблюдать резкую анорексию, что сильно затрудняло проведение желательной диеты. Ввиду опасности голодания приходилось пробовать назначение других смесей, как, напр., подкисленное N/10 HCl коровье молоко, разбавленное Aq. calcis молоко и некоторые другие смеси, но ни при одной диете не получалось таких быстрых и хороших результатов, как при отваре с творогом.

В заключение мы позволили себе следующим образом резюмировать наши наблюдения.

1. Основной задачей при токсическом поносе является обезвреживание организма, достигаемое голодной диетой.

2. Для восстановления пропитывания тканей водой необходим достаточный подвоз жидкости, в виде видоизмененного раствора Heim-John'a или белковой воды.

3. Женское молоко, даваемое вначале снятым и холодным, является необходимым при лечении токсического поноса.

4. Одно женское молоко вследствие бедности солями не является достаточной пищей при токсическом поносе, а потому необходимо его комбинировать с пахтаем или подкисленным N/10 HCl молоком, которое хорошо усваивается.

5. Лечение слизисто-кровянистых поносов нужно проводить назначением достаточного количества пищи.

6. Как при легких, так и при токсических случаях получают хорошие результаты при назначении рисового отвара и творога.

7. Творог, вызывая в кишечнике процессы антагонистические брожению, изменяет флору кишечника и тем самым меняет качество и количество стула.

Спинно-мозговая анестезия по данным хирургического отделения Охлебининской сельской больницы, Уфимского кантона.

Заведующего отд. В. И. Варсобина.

Участковому хирургу Башкирии посвящаю
свою работу.

За 40 лет спинно-мозговая анестезия сделала значительные успехи и является в данное время большим соперником общего наркоза. При со-