

Из Детской клиники Казанского государственного университета. (Директор проф. В. К. Меньшиков).

## Конституция, как важный фактор в вопросах питания грудного ребенка.

Прив.-доц. В. Н. Воробьев.

Конституция в вопросах питания детей грудного возраста является весьма существенным и общепризнанным фактором.

Мы хорошо знаем, что под конституцией организма следует разуметь сумму всех его биологических свойств, т. е. морфологических, функциональных и биохимических, поскольку они обусловливаются плазмой и, следовательно, имеют наследственный характер. При этом необходимо помнить, что конституция выражается, главным образом, в способности организма так или иначе реагировать на внутреннее и внешнее раздражение.

Таким образом состояние развития ребенка есть результат суммирования двух факторов,—с одной стороны зародышевых зачатков, с другой—влияния внешней среды.

Кратко замечу, что хорошая конституция ребенка характеризуется следующими условиями: происхождением от здоровых, нестарых родителей, здоровьем прочих детей семьи, отсутствием конституциональных аномалий в семье, хорошим развитием родителей в детстве. Наоборот, происхождение от старых родителей, высокая детская смертность в семье, ненормальное развитие родителей в детском возрасте, частая заболеваемость вообще или нарушение функции какого-либо органа,—все это говорит о малоценностии или, по крайней мере, неполноценности конституции ребенка.

Многочисленные наблюдения убеждают нас, что при самых благоприятных и притом вполне одинаковых условиях питания результаты вскармливания детей получаются весьма различные: одна группа детей развивается нормально, тогда как другие дети, при тех же условиях питания, проявляют самые разнообразные заболевания со стороны пищеварительного канала, кожи, слизистых оболочек, лимфатического аппарата, нервной системы и пр. Как бы мы ни старались изолировать такого грудного ребенка от влияния всех внешних вредностей,—все равно у него рано или поздно в той или иной форме проявится заболевание. Индивидуум выявит свою патологичность, он обнаружит свою ненормальную конституцию.

Нередко приходится видеть, что дети-двойни, пользующиеся одинаковым уходом и одинаковым вскармливанием, различно реагируют на питание: один из близнецов развивается совершенно здоровым ребенком, другой же спустя несколько недель проявляет отсталость в весе или какое-либо желудочно-кишечное заболевание.

Наблюдаются, далее, дети, поставленные в наилучшие условия естественного кормления, которые при правильном пищевом режиме и отсутствии какого-либо желудочно-кишечного заболевания тем не менее недостаточно развиваются, кривая веса стоит у них в течение нескольких недель на одном уровне, или слабо нарастает с большими колебаниями. Если такого ребенка оставить в тех же условиях питания, то в дальнейшем мы можем отметить у него значительное похудание, кожа у него становится дряблой и плохой окраски, нормальный *turgor* ее исчезает. Иногда у таких детей наблюдаются обильные жидкие испражнения, беспокойство и плохой сон.

Причина подобных явлений оставалась долгое время загадочной. Были попытки объяснить подобное состояние ребенка ненормальным составом материнского молока или даже несоответствием между известью и свободными жирными кислотами в желудочно-кишечном тракте самого ребенка. В настоящее время с известной степенью вероятности можно считать причиной такого расстройства дефицит белка в составе тела грудного ребенка. Нам известно, что женское молоко по своему составу бедно белком, и что потребность в последнем со стороны растущего детского организма в первое время жизни, в период кормления грудью, покрывается тем белком, который младенец приносит с собой на свет при рождении. Нормальный ребенок располагает своим депо белка на все время кормления грудью, тогда как дети, появившиеся на свет с недостаточным белковым запасом, скоро утрачивают этот запас и после первых недель правильного развития постепенно начинает отставать в весе. Это обстоятельство с несомненностью доказывает, что причину зла следует здесь искать в организме самого ребенка, а не в молоке его матери.

Безусловное доказательство этого можно бывает получить, как и вообще при распознавании расстройств питания, лишь на основании клинического эксперимента: достаточно бывает в приведенном случае добавить в пасть некоторое количество белка,—и мы получим разительные благоговорные результаты.

Далее, мы нередко встречаем явления т. н. экссудативного диатеза— себоррею, экземы и т. д.—у детей, окруженных безупречным уходом и поставленных в наилучшие условия естественного вскармливания. Результаты эксперимента с питанием несомненно доказывают, что эти явления со стороны кожи находятся в непосредственной и тесной причинной связи с питанием, т. к. дети, которым несвойствен экссудативный диатез, при одинаковых условиях питания такими проявлениями не страдают. Если таких детей поставить в иные условия питания, устранив у них один и введя другой ингредиент пищи, то мы увидим значительное улучшение кожных явлений.

Эти два примера наглядно показывают значение конституциональных моментов в вопросах питания детского организма. Необходимо, однако, оговориться, что далеко не всегда легко бывает точно установить критерий существования или отсутствия конституционального дефекта.

Мы знаем, что физиология грудного ребенка существенно отличается от физиологии взрослого человека, а отсюда, естественно, и патологические проявления будут весьма неодинаковы. Конституциональные аномалии, которые типичны для взрослых, крайне редко наблюдаются

у детей. Поэтому в своем дальнейшем изложении я буду касаться лишь конституциональных аномалий, свойственных раннему детскому возрасту.

В настоящее время мы можем уже с значительной степенью вероятности выделить некоторые конституциональные группы детей и в соответствии с этим установить принципы наилучшей системы питания. В основу своего изложения я поставлю классификацию, предложенную Сзернью, который различает 5 конституциональных типов детей грудного возраста: 1) конституционально-нормальные грудные дети, 2) грудные дети с экссудативным диатезом, 3) нервно-психопатические дети, 4) рахитические дети и 5) гипотрофические и гипертрофические грудные дети.

Таким образом здесь группе нормально предрасположенных, евгенических детей противопоставляется группа ненормально предрасположенных, дисгенетических детей, причем в эту последнюю группу входят 4 весьма характерных типа. Принадлежащие к этой группе дисгенетические дети обладают, по Клотзу, двумя кардинальными свойствами: ненормальным предрасположением и зависимостью от питания. Несоответствующий выбор пищи может выявить латентную конституциональную аномалию, и наоборот, надлежащий пищевой режим, в качественном и количественном отношении, может задержать или уменьшить конституциональные проявления.

Руководствуясь вышеупомянутой группировкой, мы можем среди всех детей грудного возраста, по предложению Клотза, различать, с одной стороны, таких, которые подходят под понятие нормальных,— назовем их трофостабильными.— с другой—трофолябильных детей.

Здесь я позволю себе воспользоваться характеристикой нормального ребенка, данной Сзернью-Келлером: „Мы признаем новорожденного здоровым, если он родился от здоровых родителей средних лет, если он рождается доношенным, свободным от каких бы ни было серьезных уродств и в состоянии бывает сохранять нормальную температуру тела при содействии плохих проводников тепла“. В дальнейший период своего развития нормальные дети отличаются хорошим качеством тела, выражаящимся в нормальной окраске покровов, нормальном тургоре кожи, нормальном тонусе мышц, прогрессивном нарастании веса и роста и, наконец, колебаниях температуры тела, которая проявляет свою закономерность в периоде здоровья, а при возникновении случайной инфекции дает характерную кривую, свидетельствующую о надлежащем иммунитете и о непарашенной сопротивляемости организма ребенка.

Сумма всех этих признаков: тургор, тонус, рост, вес, иммунитет и сопротивляемость, своевременное проявление статических функций (сидение, хватание, стояние и т. д.)—дает характеристику здорового, нормального ребенка, свидетельствующую об его гигиене или нормотрофии.

Нормальный ребенок хорошо развивается как в условиях естественного, так и при искусственном кормлении. Его нормальная конституция весьма легко приспособляется к условиям питания и хорошо справляется со всеми погрешностями диететики. Пределы выносливости его весьма велики не только в количественном отношении, но и в отношении отдельных компонентов пищи. Роль врача здесь сводится лишь к наблюдению за регулярностью кормления и соответствием его, по количеству и качеству, возрасту ребенка.

Определить потребное количество молока для ребенка, получающего естественное кормление, при достаточной способности лактации у кормящей, не представляется затруднительным. В дозировании количества молока можно пользоваться волюметрическим или энергетическим способами вычисления, причем в последнем случае можно вычислять по калориям или на Nem'ы по Pirquet.

Нормальные дети не проявляют расстройств питания, за исключением случаев парентеральной инфекции; они остаются здоровыми и хорошо развиваются, если в надлежащем возрасте им будет предоставлен прикорм и устранена исключительность молочного, естественного или искусственного, питания. Эта естественная потребность в прикорме совпадает с началом второй половины первого года жизни ребенка, когда прирожденные запасы истощаются, и организм ребенка нуждается в дополнении извне теми или другими компонентами пищи. В качестве прикорма в конце второй четверти года жизни ребенка можно пользоваться бульоном из кореньев с прибавлением какой-либо крупы, киселем, кашей, свежими овощами и фруктами. Введение витаминов в виде различных фруктовых соков следует назначать уже с 3-месячного возраста.

В последней четверти первого года жизни ребенок уже полностью отлучается от груди и в своем ежедневном меню должен располагать киселями, кашами, сухарями, картофельным пюре, различными супами, овощами, рубленым мясом и фруктами.

Несколько сложнее обстоит дело с искусственным вскармливанием детей, которые по тем или иным условиям лишены возможности пользоваться материнской грудью. Здесь мы начинаем с различных разведений молока, применяем различные смеси, предложенные Schick'ом, Czerny-Kleinschmidt'ом и др., до конца второй четверти первого года, когда мы постепенно переводим ребенка на пищу, указанную для детей, естественно вскармливаемых.

Главный принцип прикорма заключается не в том, чтобы доставить ребенку добавочное питание, причем качество пищи должно быть надлежащим образом согласовано с растущим организмом.

Таким образом мы видим, что система питания детей с нормальной конституцией не ставит нам каких-либо трудных дилемм для разрешения, так как состояние обмена веществ превосходно уживается со всяkim, даже нерациональным видом вводимой пищи, и в каких-либо специальных назначениях нет необходимости.

Совершенно иные условия имеют место, когда предстоит задача назначения пищи для детей, имеющих ту или иную конституциональную аномалию,—тогда выбор пищи для ребенка является серьезным моментом в его жизненном благополучии. Вся интенсивность проявления конституциональных моментов в значительной степени зависит от условий питания. Отсюда понятно, что надлежащим дозированием и подбором соответствующих компонентов пищи мы можем не только поставить ребенка в условия целесообразного питания, но и предсказать, в большинстве случаев, конечный результат. Характерным примером тесной зависимости между проявлениями конституциональной аномалии и питания служат дети с эксудативным диатезом. Czerny совершенно справедливо указывает, что подобно тому, как при диабете взрослых, так и при эксудативном диатезе детей с помощью питания мы всецело управляем терапией патологического состояния.

Я не буду останавливаться на симптомокомплексе данного заболевания, считая его достаточно общезвестным. Себоррея, опрелость, молочные корки, сухая и мокнущая экзема, географический язык, гидролябильность и т. д.—таковы главные симптомы экссудативного диатеза. Следует, впрочем, оговориться, что такие симптомы в первые 3 месяца жизни ребенка не всеми авторами считаются указывающими на наличие экссудативного диатеза, а выделяются или в особую форму дерматозов детей (Finkelstein), или относятся к эритемам новорожденных (Leiner). Поэтому в первые 3 месяца жизни ребенка трудно сказать, имеем ли мы перед собой настоящую аномалию конституции, которая будет присуща ребенку в течение всего грудного периода и дальше, в течение детского возраста, или же перед нами—лишь физиологическая реакция чувствительной, легко повреждаемой и богатой водой клетки ребенка (Меуге).

Склонность к проявлению экссудативного заболевания обнаруживают 2 типа детей. Наиболее часто приходится встречать тип ожиревших, пастозных детей, у которых отложение жира иногда кажется больше, чем это есть на самом деле, вследствие богатства тканей водой. Такие дети особенно склонны к проявлению опрелостей и экзематозных сыпей; они часто страдают от присутствия мокнущих участков кожи за ушами или на шее, часто рецидивирующих, упорных катарров верхних дыхательных путей и т. д. Необходимо помнить, при назначении питания таким детям, что всякий вид откармливания почти неизбежно ухудшает данный диатез, причем особенно неблагоприятное влияние оказывают жиры. Отмечается, что пастозные дети, оставаясь исключительно на материнской груди, с обильной лактацией и большим содержанием жиров в молоке, особенно страдают проявлениями экссудативного диатеза. В подобных случаях необходимо ограничить количество выпиваемого молока, сократив продолжительность каждого кормления или увеличив промежутки между приемами пищи. Самой лучшей точкой опоры в установлении назначаемого количества молока может служить кризая наростания веса тела ребенка: если, не взирая на значительное ограничение грудного кормления, все же вес ребенка наростиает, и экссудативные явления не уменьшаются, тогда приходится, в возрасте 3—4 месяцев, грудное кормление заменить прикормом, содержащим углеводы, в виде отвара различных круп или супа из овощей.

Нерациональный пищевой режим в подобных случаях поведет к прогрессивному выявлению конституциональной аномалии.

Главной задачей пигания детей с экссудативным диатезом является остановка или уменьшение веса ребенка за счет излишнего жира, а у пастозных детей—за счет выведения из организма излишка воды. Отсюда, естественно, вытекает стремление уменьшить в пище количество потребляемого жира воды и солей пищи.

Опасность перекорма у грудных детей более старшего возраста устраняется назначением скучной пищи с большим содержанием белка, но бедной жирами и углеводами. На этом именно принципе и построено лечение экземы супом, предложенное Finkelstein'ом. В Детской клинике Казанского университета в подобных случаях применяется творог с отваром, причем одновременно назначаются и витамины. Меню может пополняться овощами, фруктами и мясом.

При назначении надлежащего питания все явления экссудативного диатеза у детей данной группы идут на улучшение вплоть до полного

исчезновения перечисленных симптомов. При этом, однако, достигнутое улучшение отнюдь не является стойким, и случайное нарушение диеты нередко сопровождается рецидивом заболевания.

Полную противоположность приведенному типу представляет другая категория детей с эхсусудативным диатезом,—категория детей, которые не отличаются наклонностью к отложению жира в подкожной клетчатке, а напротив, представляются плохо упитанными, плохо развивающимися. Такие дети рождаются как бы нормальными, однако вследствии, даже при наилучших условиях питания и ухода и при отсутствии каких-либо острых кишечных заболеваний, обнаруживают отсталость в наростании веса тела и роста. Малая прибыль веса чередуется у них с небольшой убылью, или кривая веса остается на одной высоте.

Такие дети вначале не проявляют признаков эхсусудативного диатеза, но анамнез нередко указывает на наличие такого диатеза у их родителей или родственников. До выявления конституциональной аномалии подобные дети третируются, как жертвы непригодности материнского грудного молока или неподходящей кормилицы. Отсюда бесконечная смена кормилиц или еще хуже—полное отлучение от груди и переход на искусственное кормление. При этом отнятие от груди такого ребенка нередко заканчивается катастрофически, так как в самом конституциональном предрасположении подобных детей лежит опасность всякой инфекции, перевод же на искусственное вскармливание усугубляет шансы на последнюю.

Наиболее целесообразной системой питания детей, имеющих подобную конституцию, является назначение смешанного кормления, вводимое в возрасте 3 или 4 месяцев жизни ребенка. При этом здесь иногда бывает уместно назначение богатых в калорийном отношении смесей (солидовый суп, смеси Сегриу-Келлерга и пр.). В иных случаях естественное вскармливание таких детей следует заканчивать ранее общепринятого срока с непременным условием наблюдения за весом тела ребенка, варьируя в связи с этим введение прикорма.

Нужно заметить, что гастроство питания, обусловленное наличием эхсусудативного диатеза, находится в тесной связи с жиром молока. Если это исходное правило заставляет уменьшить количество молока, то естественно будет пополнять калорийную убыль назначением белков или углеводов. Но и здесь надо быть осторожным, так как излишнее введение углеводов может ухудшить проявление диатеза. В качестве индикатора надлежащего выбора прикорма может служить интенсивность молочной корки.

Таким образом путем урегулирования питания, изменяя и подбирая соответствующим образом компоненты пищи, мы можем улучшить состояние детей с эхсусудативным диатезом, причем лишь случаи упорно рецидивирующей экземы вынуждают иногда прибегнуть к назначению более строгой вегетерианской диеты.

Другая конституциональная аномалия, где диететика также оказывает большое влияние,—это ракит. Среди различных крайне многочисленных и самых разнообразных гипотез патогенеза этой болезни взгляд на ракит, как на природенный дефект известковых солей в организме, главным образом в его костной системе, имеет свой *raison d'être*. Известно, что ракит наблюдается не только у детей, получающих коровье молоко, но и

у детей, пользующихся естественным питанием в условиях рационального вскармливания. Далее, отмечается, что иногда двойни при самом целесообразном диетическом режиме неодинаково проявляют свои конституционные особенности в данном отношении, — тогда как один из близнецов конституционально-нормальный, свободно компенсирует недостаток в извести своим прирожденным запасом последней в костной системе и не обнаруживает признаков рахита, другой ребенок, рахитически предрасположенный, рано или поздно проявляет свой дефект.

Встав на почву такой гипотезы о конституциональной недостаточности извести в тканях ребенка, можно было бы, казалось, думать, что такие дети должны лучше развиваться и проявлять меньшую склонность к рахиту при питании коровьим молоком, более богатым неорганическими компонентами. Однако, опыт показал, что искусственное кормление не только не гарантирует от рахита, но напротив, создает более благоприятные условия для его проявления. Отсюда надо думать, что рахитическая конституция кладет на ребенка отпечаток не только в смысле малости врожденных известковых резервов, но и в смысле нарушения способности использовать пополнения извне. Естественно было бы думать, нельзя ли внести некоторый корректив в данную аномалию путем усиленной доставки известковых солей самой кормящей женщине, дабы этим путем пополнить запасы рахитического ребенка. Но и этот способ не ведет к цели, так как молоко женщины при этом не обогащается извнешью.

Здесь необходимо вспомнить, что рахит наблюдается чаще у двойней, недоносков, а также детей, рожденных очень слабыми и молодыми матерями, которые не могли снабдить их необходимым минеральным запасом. Таким образом надо думать, что для проявления рахита необходимо наличие двух моментов: 1) конституции с рахитическим предрасположением и 2) расстройства питания ребенка, которое легко может наступить при всяком роде кормления.

Отсюда становятся понятными и те принципы, которыми мы должны руководствоваться при назначении питания рахитическому ребенку. Прежде всего здесь следует избегать всякого перекармливания и одностороннего питания. При назначении диеты необходимо помнить, далее, что обычное наличие расстройств питания побуждает при рахите ограничивать потребление богатого жиром женского молока, а тем более пользование коровьим молоком. Хорошие результаты получаются здесь при назначении в конце первого полугодия прикорма с введением белковой или углеводной пищи в виде прибавляемых к молоку отваров из круп, жидкой каши, творога, фруктов, фруктовых соков. Кроме этого 5—6-месячным детям можно назначать бульон с прибавлением различных кореньев. В возрасте 11—12 месяцев допустимо назначение ребенку мелко изрубленного мяса, причем можно не дожидаться появления у ребенка достаточного количества зубов.

Перейдем теперь к вопросу о питании детей, имеющих невро-психопатическую конституцию. Эта группа детей появляется на свет с особой повышенной чувствительностью к слуховым и зрительным раздражениям. Достаточно какого-либо шороха, громкого разговора, света и т. д., чтобы ребенок встрепенулся и пробудился от сна. Такие дети долго не засыпают, причем обычно сон наступает у них под укачивание, убаю-

живание, напевание песен и т. д. Этот тревожный сон часто прерывается криком. Втечение дня ребенок также выражает свое беспокойство. Во всем его поведении оказывается сильная раздражительность. Невропатические дети весьма легко привыкают видеть удовлетворенными все свои требования и настойчиво добиваются этого. Для успокоения ребенка окружающие прилагают все старания отвлечь его внимание на восприятие внешних впечатлений, все время занимаются с ребенком, исполняют его каждое желание и беспрерывно заботятся о новых сменах представлений. Повышенная способность детей этой группы реагировать на внешние впечатления, преждевременно развитая способность производить наблюдения и воспринимать впечатления — активируется этим еще сильнее, и психическая функция начинает работать более напряженно, чем это допускает развитие мозга ребенка в данном возрасте.

Такую преждевременную зрелость ребенка можно бывает отметить уже с первых месяцев его жизни, — он уже на 3-й неделе жизни начинает фиксировать предметы и значительно раньше нормы достигает развития своих статических функций. Наличие общей повышенной возбудимости, естественно, не может не отражаться на направлении желудочно-кишечного тракта грудного ребенка, что оказывается часто рвотой вне зависимости от погрешности в диете; соматическое же развитие ребенка с патологической конституцией данного рода не страдает. В дальнейшей жизни у таких детей рвота становится привычной, и терапия ее оказывает здесь мало влияния. Рвота эта может самостоятельно прекратиться при переходе ребенка на твердую пищу.

Диететика ребенка с чистой, не осложненной расстройствами питания, невро-психопатической конституцией не отличается особенно от вскармливания нормального ребенка. Здесь необходимо отметить, что дети невропатической конституции крайне неохотно привыкают к прикорму и иногда совершенно отказываются от него, учитывая мягкость и бесхарактерность окружающих. Оттого нередко случается, что они продолжают получать грудь матери даже на втором и более году жизни. Перед врачом здесь встает, стало быть, вдвойне трудная задача, так как необходимо бывает сломить не только сопротивление ребенка, но и безвольность матери. В таких случаях приходится терпеливо и настойчиво проводить прикорм, умело выбирая надлежащую пищу.

С другой стороны можем видеть невропатичных детей, которые сами отказываются от груди матери. Здесь диететика несравненно проще и легче, — введение различных прикормов соответственно возрасту ребенка может дать желаемые результаты.

Надо сказать, что невропатия детей очень часто комбинируется с экссудативным диатезом, рахитом, а в более тяжелых случаях наблюдается одновременное наличие и всех трех конституциональных аномалий. В подобных случаях следует раньше установленных сроков вводить смешанное вскармливание, все же оставляя грудное кормление до обычного срока.

При назначении диеты ребенка невропатической конституции необходимо всегда помнить о возможном наличии спазмофильного диатеза. Здесь ранняя постановка диагноза и своевременное диетическое питание могут предотвратить грозное явление спазмофилии. Спазмофильный диатез чаще проявляется у детей, получающих искусственное питание, в част-

ности коровье молоко; поэтому первою мерою в подобных случаях является—возможно скорее заменить искусственное питание назначением женского молока. При этом не распознанная своевременно, давшая уже резкую картину болезни спазмофилия невсегда поддается и назначению естественного вскармливания. В большинстве случаев, однако, регулируя качественно и количественно питание невропатического ребенка, мы можем не только уменьшить проявления спазмофильного диатеза, но и достигнуть полного излечения.

Мне остается упомянуть еще о двух конституциональных аномалиях, а именно о гипотрофозе и гигантизме, но обе эти конституции еще весьма недостаточно изучены, и знания о патологической физиологии крайне малы.

Если конституция, со всеми ее патологическими проявлениями, действительно имеет такое колоссальное значение в вопросе питания грудного ребенка, то естественно, что весь центр тяжести этого вопроса заключается, главным образом, в профилактической диете ребенка. Мы всегда должны при этом счиgаться с возможностью латентного состояния той или иной конституциональной аномалии, для выяснения чего должны учитывать семейный анамнез. Знание анамнеза, со всеми вытекающими отсюда предположениями о возможности конституциональной аномалии, дает нам возможность правильно проводить питание с первых же дней жизни ребенка.

В конечном итоге приходится согласиться с положением, что центр тяжести вопроса о детском питании лежит не в данной пище, а в самом ребенке, в его индивидуальных особенностях. „Знание конституциональных аномалий, изучение которых становится в центре врачебного интереса и изучения, является ключем как для понимания многочисленных патологических явлений у ребенка, так и для успешного их лечения“ (Klotz).

---