

Р. ЛЕДЕРЕР.

Прив.-доцент по детск. болезн. Венского Университета

# ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ

ДЕСЯТЬ ЛЕКЦИЙ  
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

С 3-мя рисунками в тексте

---

Перевод с немецк. д-ра С. А. Бахмутской

С предисл. проф. Е. Л. СКЛОВСКОГО

КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУКА И ПРОСВЕЩЕНИЕ»

1927

КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО

„НАУКА И ПРОСВЕЩЕНИЕ“.

ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ:

Проф. Л. Мейер. — **Болезни грудного возраста** с патологией питания и диететикой.

Перевод с немецк. д-ра С. А. Бахмутской и д-ра Л. Н. Шустовой, с предисл. проф. Е. Л. Скловского. С 20 рисунк. в тексте. Ц. 1 р. 80 к.

Проф. С. Энгель. — **Конституциональные аномалии и болезни обмена веществ** с заболеваниями крови и кроветворных органов и болезнями пищеварения у детей, вышедших из грудного возраста.

Перевод с немецк. д-ра Б. М. Беренштейна. Ц. 1 р.

Проф. К. Байш. — **Гигиена и диететика женщины** во все периоды ее жизни.

Перевод с немецк. д-ра Б. Изаксона, с предислов. проф. Г. Ф. Писемского. С рисунками в тексте. Ц. 80 к.

Проф. П. Матес. — **Конституциональные типы женщины.**

Перевод с немецк. д-ра Б. Изаксона. С 27 рисунками в тексте. Ц. 1 р. 80 к.

К. Шиндлер. — **Конституция как фактор в патологии и лечении сифилиса.**

Перевод с немецк. д-ра А. Я. Лурье. Ц. 1 р. 35 к.

Проф. К. фон-Ноорден. — **Болезни пищеварительного тракта, поджелудочной железы и брюшины.**

Перевод с немецкого д-ра С. А. Бахмутской, с предисловием проф. Н. Д. Стражеско. Ц. 1 р. 50 к.

СКЛАД ИЗДАНИЙ:

МЕДИЦИНСКИЙ КНИЖНЫЙ МАГАЗИН САНПРОСА

Киевского Окргздрава

ул. Ленина, № 12.

**Р. ЛЕДЕРЕР**

Прив.-доцент по детск. болезн. Венского Университета

# **ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ**

ДЕСЯТЬ ЛЕКЦИЙ  
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

С 3-мя рисунками в тексте

---

Перевод с немецк. д-ра **С. А. Бахмутской**

С предисл. проф. **Е. Л. СКЛОВСКОГО**

КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУКА и ПРОСВЕЩЕНИЕ»

1927

akusher-lib.ru

Укрголовлит № 281 (796)

Зак. № 689—3000

---

Трест „Киев-Печать“, 6-я типография, ул. Ленина 19

## Предисловие к русскому изданию.

В то время, как искусственное вскармливание грудных детей считалось и считается не легко выполнимой задачей даже для достаточно опытного врача, принято обычно думать, что вскармливание грудью вещь простая. А между тем это далеко не так. Из опыта мы знаем, как часто даже достаточно опытному педиатру с трудом удается наладить кормление грудью. Как часто мы видим, что дети первых недель жизни при исключительно грудном вскармливании долго не прибывают в весе и начинают прибывать лишь тогда, когда выяснена и устранена причина остановки или падения веса.

Во вскармливании грудью мы привыкли видеть (и совершенно правильно) естественное вскармливание, дающее ребенку защитительные силы для борьбы с болезнями. Но нужно, чтобы ребенок на этом вскармливании поправлялся, а это возможно только тогда, когда ребенок правильно вскармливается. Правильное вскармливание это не значит только кормление через 3 или 4 часа. Это масса мелких деталей, касающихся и техники кормления, и знания конституции ребенка и других кажущихся мелочей, без устранения которых кормление не может быть налажено. Вот такому обучению правильному кормлению грудью и посвящена книжка Ledeger'a.

Ясно, систематически излагает автор на основании своего громадного опыта все вопросы, касающиеся вскармливания грудью, обращая главное внимание на практическую сторону.

В этой книжке имеется то, что напрасно будет искать студент или врач в руководствах или учебниках. Нового в ней мало, но все, что нужно практическому врачу, не имеющему еще достаточно собственного опыта, в ней имеется. А потому я горячо рекомендую ее молодым врачам, начинающим работать в родильных домах, консультациях, яслях.

Но и более опытные врачи найдут в ней также много полезного, особенно в главах о конституциональных расстройствах питания, области, где автор является одним из лучших специалистов.

Проф. Е. Л. Скловский.

12 февраля 1927 г.

## Предисловие автора.

Может возникнуть вопрос, имеется ли в настоящее время надобность в систематическом описании вскармливания грудью здорового и больного ребенка. Почти все известное по этому вопросу изложено в учебниках и руководствах. И если вопреки этому я, уступая многократным настояниям своих слушателей, все же решаюсь изложить пред более широкой аудиторией, под которой я разумею прежде всего практического врача и подготовленного уже несколько по педиатрии студента, эту самую важную, быть может, главу из педиатрии в том виде, как я излагал ее в своих лекциях, то я делаю это потому, что из многократных бесед со студентами и с практическими врачами я убедился, что знакомство с правилами вскармливания грудью не так широко и глубоко, как того требует необходимость. Это обстоятельство объясняется, быть может, тем, что не всякий студент имеет возможность достать большой учебник или руководство; но я скорее допускаю, что, уделяя много внимания более трудным будто бы, более доступным для врачебного вмешательства и дающим более осязательные результаты расстройствам питания у искусственно вскармливаемых детей, адент педиатрии не подходит к вопросам патологии вскармливаемого грудью ребенка с тем вниманием, какого требует практическая необходимость.

К счастью, большинство детей вскармливается в настоящее время грудью и уже одно численное преобладание вскармливаемых грудью детей требует от практического врача усиленного изучения естественного вскармливания. И как раз особенности новорожденного с его разнообразными состояниями, стоящими на границе нормального и патологического, послужили причиной того, что в этих лекциях отведено очень много места питанию новорожденного и что пришлось подробно остановиться на физиологии питания новорожденного и грудного ребенка, без знакомства с которой невозможно понимание патологических явлений. Практический опыт каждый раз снова подтверждает, что из за незнакомства с правилами вскармливания новорожденного и грудного ребенка при нормальных и патологических условиях

совершаются ошибки, которых легко было бы избежать и которые иногда имеют очень важное значение для дальнейшего взращивания ребенка, иной же раз могут даже непосредственно или косвенно ставить в опасность жизнь ребенка. Если в этих небольших лекциях, в которых, конечно, нет ничего нового для научного работника, но в которых практикующий врач найдет, быть может, кое-какие практикой выработанные указания, которых он тщетно будет искать в учебниках и руководствах, мне удастся изложить материал таким образом, что читатель этой книги избегнет грубых ошибок во взращивании своих маленьких питомцев, то цель этой книжки будет достигнута.

Вена. Январь 1926 г.

*Р. Ледерер.*

## Первая лекция.

### Питание нормального новорожденного при достаточном отделении молока.

В первой нашей лекции мы займемся прежде всего питанием «нормального» вскармливаемого грудью ребенка. Замечу тут уже, что под «нормой» мы отнюдь не разумеем определяемую как илгодь цифрами совокупность функций. В последующих лекциях мы убедимся, что цифры эти могут быть весьма обманчивы и побудить нас считать «нормальными» отнюдь не нормальных илгодь детей, обнаруживающих при рождении общеизвестные средние величины длины тела и веса, и наоборот. Да и вообще я ставлю себе задачей внушить вам индивидуализирующий подход к детям и в соответствии с этим и лечение. В дальнейшем мы уделим еще много внимания отклонениям в одну и другую сторону. В настоящее время можно скорее признать следующее, принадлежащее (Zegeny-Keller'у определение «нормальности»: «мы признаем новорожденного здоровым в том случае, если он родился от здоровых родителей средних лет, если он рождается доношенным и свободным от каких бы то ни было серьезных уродств и в состоянии сохранять нормальную температуру тела при содействии илзких проводников тепла».

Представим себе, что нас приглашают в первый же день к поворожденному, тщательнейшее соматическое исследование которого выясняет, что деле идет о нормальном ребенке здоровых родителей; представим себе, далее, что мать первородящая (что в известных отношениях важно) и что есть данные предполагать, что это женщина сумеет удовлетворительно кормить грудью. Что должны мы предпринять? В таких простых случаях требуется собственно илшь определить необходимое для ребенка количество молока. Существуют различные способы вычисления такового, но чтобы понимать исключительные условия у поворожденного, мы уже здесь рассмотрим вообще количество вскармливаемого молока (resp. потребность в илще у вскармливаемого грудью здорового ребенка). Мы можем при этом придерживаться либо волюметрического, илбо

энергетического способа вычисления. При этом в последнем случае безразлично, будем ли мы вычислять на калории или по Pirquet на пет'ы. Самым простым и несомненно вполне достаточным в практике способом вычисления потребности в пище является волюметрический способ. Для нормальных случаев, напр., можно сказать, что здоровому, вскармливаемому грудью ребенку в первые недели жизни необходимо грудное молоко в количестве, равном  $\frac{1}{5} - \frac{1}{6}$ , начиная с 6 недель и до середины второй четверти года —  $\frac{1}{6} - \frac{1}{7}$  и к концу первого полугодия —  $\frac{1}{8}$  веса его тела. Для новорожденного условия, конечно, совершенно другие, ибо новорожденный находится как бы в состоянии выздоравливающего после расстройства питания, у которого мы временно должны стремиться не к органическому построению вещества тела, а к покрытию потребности в воде и солях, каковые он жадно задерживает даже при недостаточном в калорийном смысле питании, если только ему доставляются в изобилии вода и соли. В качестве средней величины при вычислении потребности новорожденного в пище рекомендуется более всего предложенная Finkelstein'ом формула. Согласно последней в день требуется женского молока количество равное  $70 - 80$  гр. (в зависимости от веса ребенка)  $\times$  на число дней жизни с вычетом дня рождения; так, напр., на четвертый день жизни  $(4 - 1) \times 70 - 80 = 210 - 240$  гр., на седьмой день жизни  $(7 - 1) \times 70 - 80 = 420 - 480$  гр. и т. д. Круглым счетом нормальному ребенку в середине второй недели необходимо около 500, в середине четвертой недели 600, в середине восьмой недели 800, в середине двенадцатой недели — 900 гр. молока. В дальнейшем количество это повышается лишь незначительно — до 1000 гр., и на первом году жизни нельзя превышать эту цифру (см. ниже!). Мы подчеркиваем, что все приведенные здесь цифры представляют лишь средние величины, которые в случае отклонения данного ребенка или ницы его от средней величины подвержены, конечно, широким колебаниям, при этом больше вверх, чем вниз. Ребенок, получающий молоко, содержащее значительно меньше жира, чем мы то предполагаем в среднем, должен компенсировать этот недостаток жира увеличением количества молока. Или же ребенок, длина и вес которого значительно превышают среднюю величину (гигантские дети), должен, конечно, получать больше молока, чем мы здесь указали в среднем. Относительное увеличение (хотя и меньшую абсолютно величину) находим мы у недопосков и дебильных, у которых потребность в пище, как доказано, больше, чем у нормальных детей (об этом ниже!). С другой стороны, мы видим, правда реже, детей, которые удовлетворяются поразительно малыми количествами молока и при этом хорошо развиваются; это наблюдается, главным образом, у совершенно

спокойных, много спящих детей, тогда как беспокойные, невротические, много кричащие и много движущиеся дети пугаются в более значительном количестве молока, что объясняется более значительной затратой энергии при движениях.

Применяя энергетический способ вычисления, можно сказать, что нормальный вскармливаемый грудью ребенок обходится в среднем коэффициентом энергии 100, в редких случаях оказывается для него достаточным более низкий коэффициент энергии, тогда как коэффициенты энергии, значительно превышающие 100, наблюдаются далеко не редко. (Под коэффициентом энергии мы понимаем количество калорий, приходящееся на килограмм веса тела, при этом для женского молока средняя калорийная величина считается в 650 кал.). Лишь во втором квартале жизни можно обойтись коэффициентом энергии 90—100, а позже, во втором полугодии, 80 и даже 70. По системе Pirquet для успешного питания требуется — за исключением представляющего необычные условия новорожденного и случаев грубого отклонения от средней величины — число грамм женского молока, соответствующее половине квадрата высоты сидения.

В практике оказался всего более пригодным следующий порядок: в течение первых суток дают матери и ребенку возможность отдохнуть от напряжения при родах. Новорожденный совершенно не обнаруживает желания пить, а проводит почти все время во сне. В крайнем случае ему можно дать немного сладкого чая. Новорожденному ни в коем случае нельзя давать в первые дни жизни коровье молоко, даже если грудь матери совершенно не отделяет молока и ребенок кажется очень жадным и голодным. Это имеет свое огромное биологическое значение. Мы знаем, что в момент рождения желудочно-кишечный канал ребенка свободен от бактерий и что заселение кишечника бактериями начинается спустя несколько часов после рождения ребенка. Так как род поселяющихся в кишечнике бактерий зависит от характера предоставленной им питательной среды, то мы имеем все основания избегать первичного поселения кишечных бактерий, которые соответствовали бы питанию коровьим молоком, и с самого начала заботиться о том, чтобы в кишечнике новорожденного находили благоприятные для поселения условия лишь бактерий, размножающиеся при питании женским молоком. На второй день я обыкновенно вею прикладывать ребенка к груди три раза, на третий день — пять раз, на четвертый — шесть раз. Мы подошли теперь к важному вопросу, как часто в течение суток надо давать здоровому ребенку грудь. «Академия» вскармливания грудного ребенка требует, чтобы давать ребенку грудь пять раз в день с четырехчасовыми промежутками и восьми-

часовым ночным перерывом. Следует, конечно, стремиться к достижению этой цели; у крепких, хорошо выглядящих детей и при обильном отделении молока у матери это легко удается. Надо, однако, сознаться, что в очень многих случаях это идеальное требование пяти кормлений оказывается невыполнимым, что даже у детей, отнюдь не обнаруживающих каких либо патологических отклонений, и при грудях, которые в дальнейшем прекрасно развиваются, часто представляется необходимость в шести кормлениях, и неуклонное придерживание четырехчасовых промежутков между кормлениями иной раз оказывается скорее вредным, чем полезным. Чтобы уразуметь это, мы должны обратиться к физиологии.

Прилив молока наступает у первородящей обыкновенно на 3-й или 5-й день после родов. Начиная с этого дня отделение молока непрерывно и довольно быстро усиливается, вначале даже несколько избыточно,



Рис. 1. Кривая веса на первом году жизни и количество выпиваемого молока в первые полгода (схема).

большой частью превышая в первые дни потребность ребенка. Это постоянное усиление отделения молока длится без перерыва до середины третьего месяца жизни ребенка, останавливаясь затем на раз достигнутом уровне с незначительным повышением, а именно: количество отделяемого в день молока повышается с нуля приблизительно до 900 — 1000 гр. pro die на третьем месяце жизни и остается после этого на том же уровне. Таким образом в случае нормального развития и хорошего отделения молока у матери нормальный ребенок в конце пятого месяца жизни, например, выпивает не больше, чем в конце третьего, и несмотря на это регулярно прибывает в весе.

Поэтому кривые веса и количество выпиваемого молока бывают у нормального, получающего грудь ребенка таковы, как на рис. 1. Необходимо самым точным образом запечатлеть у себя в памяти ход обеих кривых и всегда видеть их перед собою мысленно, чтобы в каждом отдельном случае знать, на какой части кривой мы находимся с питанием ребенка и к чему мы должны стремиться.

Вернувшись к нашему гипотетическому случаю питания нормального новорожденного грудью в первые дни жизни, мы должны

останавливаясь затем на раз достигнутом уровне с незначительным повышением, а именно: количество от-

деляемого в день молока повышается с нуля приблизительно до 900 — 1000 гр. pro die на третьем месяце жизни и остается после этого на том же уровне. Таким образом в случае нормального развития и хорошего отделения молока у матери нормальный ребенок в конце пятого месяца жизни, например, выпивает не больше, чем в конце третьего, и несмотря на это регулярно прибывает в весе.

Поэтому кривые веса и количество выпиваемого молока бывают у нормального, получающего грудь ребенка таковы, как на рис. 1. Необходимо самым точным образом запечатлеть у себя в памяти ход обеих кривых и всегда видеть их перед собою мысленно, чтобы в каждом отдельном случае знать, на какой части кривой мы находимся с питанием ребенка и к чему мы должны стремиться.

Вернувшись к нашему гипотетическому случаю питания нормального новорожденного грудью в первые дни жизни, мы должны

сказать, что целесообразно подождать со введением пяти кормлений до тех пор, пока отделение молока не достигнет своего максимума или хотя бы приблизится к нему, т. е. до конца второго месяца жизни. Исключением являются единичные случаи особого обилия молока. Если же дело идет о вторично- или повторнородящей, относительно которой нам известно, что она хорошо кормила грудью своего первого ребенка или предыдущих детей, т. е. если мы имеем дело с несомненно хорошей кормилицей, то нет конечно препятствий к тому, чтобы уже значительно раньше, а у хорошо сосущих детей даже с самого начала начать проводить режим пяти кормлений.

Для обоснования системы первоначальных шести кормлений надо присовокупить, что, подобно всем другим органам человеческого тела, грудная железа соразмеряет свою функцию с предъявляемыми к ней запросами. Чем больше предъявляется к ней требований, тем больше дает она, и наоборот. А опыт показывает, что у первородящих, особенно если грудь у них туго дает молоко или если дети не особенно хорошо сосут—а сочетание первых родов с легко дающей молоко грудью и хорошо сосущим ребенком встречается редко—более частое прикладывание к груди при шести кормлениях дает лучшие результаты. Таким образом, резюмируя, можно сказать, что в подавляющем большинстве случаев надо с четвертого дня жизни оставаться при шести кормлениях, выжидая, пока лактация достигнет у матери кульминационной точки. При отсутствии в тот момент каких либо других препятствий можно безнаказанно и не подвергая опасности отделение молока перейти на 5 кормлений, к которым нормальное дитя легко привыкает за 2—3 дня.

Остановимся здесь кстати на одном явлении, о котором я выше упомянул уже вскользь, на словно избыточном отделении молока непосредственно после первого появления его в груди. В таких случаях совершаются иногда ошибки, которые могут нанести стойкий вред материнской груди и серьезно угрожать вскармливанию ребенка грудью. Только у немногих женщин впервые наступившее отделение молока происходит медленно и постепенно, у большинства женщин оно наступает внезапно, молоко «ударяет» в грудь. Грудь матери внезапно набухает, становится твердой, молодая женщина испытывает неприятное ощущение давления и напряжения и иногда отделяется молока много больше, чем нужно новорожденному. Акушеры и акушерки, с которыми нам педиатрам еще приходится в родильную неделю совместно следить за ребенком (в последние годы, с учреждением при родильных домах должностей врачей педиатров для наблюдения за новорожденными, задача эта все больше и

больше возлагается на педиатра, что очень отрадно), пытаются прежде всего принести облегчение женщине и к тому же в факте обильного отделения молока усматривают указание на то, что во избежание перекармливания ребенка можно начать уже проводить режим пяти кормлений. Для достижения первой цели они пробуют ограничить количество принимаемых женщиной жидкостей, дают ей в некоторых случаях слабительное или назначают компрессы на набухшую и болезненную грудь. Я полагаю, что знакомый с физиологией врач едва ли может серьезно допускать, что при помощи нескольких компрессов или путем некоторого уменьшения количества жидкой пищи можно задержать столь могучий процесс, как приток молока. Этим лишь причиняется матери излишнее и крайне тягостное для нее чувство жажды. Ограничивая же питание ребенка из страха перед предполагаемым перекармливанием и увеличивая таким образом переполнение груди, можно содействовать тому, что ребенок совершенно не в состоянии захватить сильно напряженную грудь. В таких случаях жадно сосущие дети в первые же дни причиняют матери трещины, что совершенно излишне, менее же жадно сосущие дети отказываются от груди и только что в избытке отделявшееся молоко вскоре начинает оскудевать вследствие неиспользования, так что возникает опасность для дальнейшего кормления ребенка грудью. В таких очень часто встречающихся случаях не следует, стало быть, полагаться на подобные основанные на незнании физиологических явлений домашние средства; избавьте мать от ненужных мучений жаждой и не подвергайте риску вскармливание ребенка. Изберите единственное, собственно само собой вытекающее из вышесказанного средство: опорожните пред кормлением напряженную грудь. Таким путем удаляется избыток молока, грудь становится мягче и легче может быть захвачена ребенком и в зависимости от количества необходимого в данный день и установленного взвешиванием выпитого из груди молока молоко, удаленное пред кормлением из груди, либо дают ребенку с ложечки, либо просто выливают (в родильных домах его можно иногда использовать для другого нуждающегося в нем ребенка).

Мы остановимся здесь еще на вопросе, с которым также обращаются обычно к педиатру, а именно на вопросе о питании матери во время лактации. Здесь приходится бороться с массой предрассудков, различных в зависимости от места и нравов. В настоящее время мы можем лишь рекомендовать каждой матери, которая желает кормить своего ребенка грудью, если только она здорова, питаться так, как она всегда привыкла, не запрещая и не предписывая ей какой либо определенной пищи, и уверить ее, что возможность перехода каких либо вредных ве-

ищев из употребительных пищевых продуктов в молоко и вреда от них для ребенка совершенно исключена. Относительно пищевого рациона кормящей грудью матери см. стр. 46. Зато каждой кормящей грудью матери, как только она оставляет постель, надо внушить необходимость физических движений и легкой работы.

Мы коснемся здесь кстати вкратце определения количества выпитого ребенком молока и искусственного опорожнения материнской груди. Первое производится, как известно, путем двукратного взвешивания спеленатого (во избежание потерь вследствие выделения мочи и кала!) ребенка до и после кормления и вычисления разницы. Искусственное опорожнение груди может быть произведено двояким образом: либо путем отжимания руками, либо путем опорожнения насосом, лучше всего молокоотсосом *Laschke*. Но и при этих мелочах надо ясно представлять себе физиологические условия, чтобы понимать, что не всегда удается одним или другим путем или обоими вместе опорожнить грудь. Акт сосания ребенка состоит, как известно, в том, что, во-первых, путем присасывания ребенок вызывает в полости рта отрицательное давление и, во вторых, путем стискивания челюстей выжимает скопившееся в преддверии соска молоко. При помощи наших искусственных мер для опорожнения груди мы всегда достигаем лишь одного из этих процессов и поэтому не всякая грудь реагирует на один из этих двух способов опорожнения. Иную грудь можно опорожнить только при помощи насоса, иную опять таки только рукой (для этого необходим между прочим некоторый навык). Насос имитирует лишь ту часть естественного акта сосания, которая направлена на достижение отрицательного давления, отжимание же рукой дает лишь то, чего грудной младенец достигает путем стискивания челюстей. Таким образом в отдельных случаях надо испробовать оба способа, если один из этих способов не достигает цели.

Необходимо, однако, рассмотреть и естественный способ опорожнения груди, технику кормления грудью в более строгом смысле слова. В этой области, которая несколько трудно поддается устному или письменному описанию, все еще совершаются величайшие ошибки. Стоит только видеть, как мучится с ребенком не получившая должных наставлений молодая мать в первые дни и недели после родов, если ребенок не проявляет уже сразу большой ловкости в сосании (а это бывает далеко не у всех детей), как она становится нервной и нетерпеливой, иной раз совсем отказываясь от кормления грудью, и как с другой стороны в доме сразу же наступает успокоение, если даны разумные наставления к кормлению, чтобы понять, что педиатр должен вменить

себе в обязанность знакомить молодую первородящую с техникой кормления грудью, хотя дело идет о чем то чисто механическом, далеком от науки и искусства. Прикладывание ребенка к груди часто представляет величайшие затруднения особенно в первые дни, когда мать вынуждена лежать на спине. Я хочу сделать оговорку, что мы имеем в виду лишь нормальные случаи как в отношении ребенка, так и в отношении матери и что о разного рода случайностях и отклонениях от нормы речь будет ниже. Покуда мать вынуждена лежать на спине, наиболее удобное для кормления положение достигается, если мать слегка поворачивается на бок, а ребенок лежит параллельно с ней. Позже, когда матери можно уже садиться, возможно уже естественное положение при кормлении. Пока мать лежит, она должна брать грудь, к которой прикладывают ребенка, разноименной, позже в сидячем положении одноименной рукой. В сидячем положении надо помимо того позаботиться еще о том, чтобы нога, на которой мать держит ребенка, была приподнята и опиралась о скамеечку или что либо другое. Надо показать матери, что для того, чтобы хорошо сосать, новорожденный должен захватить в рот не только кончики сосков, но и весь околососковый кружок. Далее, надо обратить внимание на то, чтобы надлежащим положением второго и третьего пальцев руки матери так отодвинуть или отдалить назад грудь над ртом ребенка, чтобы оставался свободным нос ребенка и таким образом была обеспечена возможность свободного дыхания во время сосания. Необходимо кроме того обратить внимание матери на разницу в звуке и положении губ ребенка при действительном сосании и при сосании в пустую. Затем надо регулировать продолжительность каждого кормления: в большинстве случаев ребенок слишком долго оставляется у груди. У первородящих не так скоро устанавливается достаточное отделение молока, да и дети еще не ловки и благодаря этому приучаются лениво сосать. Они могут оставаться в таких случаях полчаса и даже час у груди, не высасывая из нее ничего; они усваивают себе благодаря этому плохую привычку, мать же очень утомляется; очень часто мы слышим жалобы на боли в спине, которые вполне объяснимы, если принять во внимание, что женщине, перенесшей беременность, роды и родильный период, приходится еще шесть раз в день около часу проводить в неправильном и напряженном положении при кормлении. Боли эти часто ошибочно объясняются «колотьем в спине» и приписываются грозящему внутреннему болезненному процессу, вводя иногда окружающих в заблуждение относительно возможности для женщины кормить грудью. Надо, поэтому, с самого начала настаивать на том, чтобы ребенок заканчивал свою трапезу за десять, максимум за двадцать минут. Лениво сосущих детей пробуют тогда

обыкновенно похлопывать и поглаживать или же вообще приводит в какое либо движение, что совершенно бесполезно. Существует два способа для побуждения ленивых детей к сосанию: либо делают мнимую попытку забрать у них грудь, тогда они снова присасываются и начинают пить, либо, если это не приводит к цели, что бывает очень часто, отнимают у ребенка грудь и совершенно перекладывают его. Тогда полуспящие дети совершенно просыпаются и, будучи снова приложены к груди, начинают бодро пить. Таким путем вскоре удастся приучить детей к быстрому окончанию трапезы и одновременно к тому, чтобы не слишком утомлять мать. Добиться чего нибудь, как хорошего, так и плохого, от грудного младенца, функции которого происходят еще преимущественно путем рефлекса или условного рефлекса, можно лишь путем постоянного и настойчивого повторения. Насколько быстро новорожденный благодаря неправильной технике кормления грудью привыкает к ленивому сосанию груди, настолько же верно можно — конечно, при наличии необходимых условий — применяя совершенно правильные приемы, добиться уверенного и быстрого сосания.

Пожалуй, здесь будет уместно сказать несколько слов об уходе за материнской грудью. В большинстве учебников мы встречаем указания, что уже беременная женщина должна готовить свою грудь к кормлению при помощи массажа, обтираний и иногда вытягивания кончика соска. Но всей вероятности не бывает вреда, если женщины проделывают все это; но много пользы я от этого еще не видел. Гораздо важнее уход за грудью во время самого кормления. Если только на грудях *resp.* на сосках нет патологического процесса, о чем будет еще речь ниже, то надо следить главным образом за следующим: 1. прежде чем приложить ребенка к груди, надо выпустить несколько капель молока с целью удалить из наружных молочных протоков скопившиеся там бактерии, применяемому же обычно поверхностному обмыванию соска раствором борной кислоты не следует придавать большого значения (для опрятного содержания груди достаточно ежедневного обмывания груди водой и мылом); 2. после кормления надо держать сосок совершенно сухим во избежание ненужной мацерации кожи груди и с тем вместе возможности надрывов и образования трещин. После кормления надо сначала механически обсушить грудь лучше всего хорошо впитывающим, тонким полотном (старый, выстиранный носовой платок!), а так как таким путем мы не проникаем в мелкие складки кожи, то для дальнейшего обсушивания кожи необходимо еще прибегнуть к связывающему воду веществу, лучше всего к спирту или 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> танинному спирту. Но и тогда надо еще дать спирту

испариться на воздухе, т. е. оставить грудь на некоторое время неприкрытой.

Как правило, надо давать детям при каждом кормлении только одну грудь. Этого вполне достаточно, если мы имеем дело с хорошо сосущими детьми, с достаточным количеством молока в груди и правильной техникой кормления. Прикладывание к обоим грудям при каждом кормлении надо оставить для других случаев, о которых будет речь ниже. Будучи применяемо без должных показаний, оно может повести к преждевременному прекращению отделения молока.

Еще один вопрос, с которым к нам обращаются почти у каждого новорожденного, это — надо ли будить ребенка для кормления. В приютах, где приходится соблюдать известную экономию в деле и где все дети должны получать грудь одновременно, приходится согласиться на этот несколько военный принцип. В частных домах, в которых грудные дети пользуются более индивидуальным уходом, не следует очень строго придерживаться этого, ибо разбуженные от глубокого сна дети обыкновенно плохо сосут. Главное это с самого начала ввести строгое расписание дня. Не имеет, конечно, значения, если крепко заснувшему ребенку дают когданибудь грудь с опозданием на четверть или полчаса или же если когданибудь ребенку, выспавшему при предыдущем кормлении несколько меньше молока и сильно проголодавшегося раньше положенного времени, дают грудь немного раньше положенного срока кормления, ибо накричавшиеся до утомления дети мало пьют. Грудной младенец не автомат, а живой человек, и приходится немного считаться с мелкими желаниями и страданиями его, которые невозможно еще подавлять каким бы то ни было образом. Как уже сказано было, главное это, чтобы царил порядок и чтобы сохранить за собой руководство кормлением.

Урегулировав таким образом с самого начала кормление грудью, нетрудно — при условии достаточного отделения молока и нормальном ребенке — обеспечить нормальное развитие ребенка и при непрерывном усилении отделения молока провести кормление грудью до середины третьего месяца жизни. Я хотел бы здесь еще раз обратить внимание на то, что в любой момент кормления грудью надо знать требующееся количество молока, указанное мною в начале этой лекции, дабы избежать отклонений от него в одну или другую сторону.

Вопроса о числе и свойствах испражнений нормального грудного ребенка, которым обыкновенно приписывают преувеличенное значение, мы коснемся в другом месте.

## Вторая лекция.

**Затруднения при кормлении грудью.**

Не всегда так легко бывает наладить кормление грудью, как я это описал в предыдущей лекции. Намереваясь заняться в предстоящей лекции различными затруднениями при кормлении грудью, мы должны сделать оговорку, что пока не будем касаться тяжелых патологических изменений у матери или у ребенка. Ясно, что уродства или же врожденные и вскоре *post partum* приобретенные заболевания у матери или ребенка также будут создавать затруднения при кормлении и притом довольно серьезного характера. По механическим причинам заячья губа будет, быть может, временно, *glossoschisma* же постоянно затруднять кормление грудью; так, напр., непосредственно *post partum* приобретенная пневмония новорожденного, отражаясь на деятельности сердца и дыхания и ухудшая общее состояние, несомненно будет неблагоприятно влиять на сосание новорожденного. Случайно присоединившееся тяжелое заболевание при известных условиях также является препятствием к обильному отделению молока. Но, как мы уже говорили, мы лишь позже рассмотрим эти тяжелые изменения и заболевания, пока же займемся теми факторами, которые являются полным или частичным препятствием к правильному кормлению грудью, но в то же время стоят на границе между физиологическим и патологическим и при этом необычайно часто встречаются.

Затруднения к кормлению грудью могут быть обусловлены как ребенком, так и матерью или же обоими вместе. Обратимся сначала к тем, причиной которых являются отклонения от нормы у новорожденного. Они могут быть анатомического и функционального характера. Сюда относятся прежде всего образующиеся иногда при родах ранения полости рта у ребенка (особенно при тазовом предлежании). Ясно, что ранения слизистой оболочки губ или рта, надрывы или коптузии, могут затруднять сосание. Такого рода препятствие, конечно, легко распознать, но излечить его недолго и тогда бывает устранено и затруднение к кормлению. Но одно небольшое препятствие к кормлению, которое очень часто приходится наблюдать у новорожденных, нередко ускользает от внимания: речь идет об одной или нескольких мелких эрозиях на небе, которые, повидимому, причиняют ребенку боль, побуждая его бросать грудь после первых же сосательных движений. Эти эрозии бывают вызваны либо также пальцем проводящего роды врача при родовспомогательных манипуляциях, либо же, что бывает чаще, при нормальных родах пальцем самого ребенка. Очень часто можно видеть, что новорожденные тотчас же после рождения всовывают в рот один или несколько паль-

цев, вызывая эрозии на необычайно легко ранимой слизистой оболочке твердого или даже мягкого неба. Внимательный осмотр зева тотчас же выявляет наличие таких мелких дефектов слизистой оболочки. Необходимо, конечно, сейчас же прийти на помощь. Такому ребенку связывают на несколько дней ручки и маленькая эрозия сама собой заживает.

Другим, значительно более тяжелым и часто от внимания ускользающим, но, к счастью, значительно реже встречающимся препятствием к кормлению грудью является неправильное положение нижней челюсти у ребенка. Нижняя челюсть новорожденного расположена настолько далеко сзади, имеется стало быть настолько значительный прогнатизм, что при значительных степенях этого состояния невозможно полное смыкание челюстей и губ при сосании. Поразительно, насколько часто ускользает от внимания эта деформация, относящаяся к области аномалии *habitus'a*. Я видел такого рода случаи: аномалия ускользнула от внимания, многократно приложенный к груди ребенок не в состоянии был сосать, и отделение молока у матери за бездеятельностью груди совершенно прекращалось; приглашали затем кормилицу, у которой через несколько дней наступало то же явление, в некоторых случаях «портили» даже одну за другой 3 — 4 кормилиц только потому, что пользовавшийся ребенком врач проглядел прогнатизм. В более или менее легких случаях ребенок приучается сосать и при таком патологическом положении челюсти, в тяжелых же случаях естественный акт сосания у таких детей просто невозможен и остается лишь либо кормить их сцеженным женским молоком с ложечки или из рожка, либо вообще искусственно вскармливать их. Однако, при внимательном наблюдении и тщательном исследовании такое состояние не может, конечно, ускользнуть от внимания.

Еще одним, крайне неприятным анатомическим препятствием является у некоторых новорожденных то обстоятельство, что при вдохе они втягивают крылья носа, т. е. не в состоянии надлежащим образом дышать чрез нос, что, конечно, необходимо для правильного сосания. В печати было много споров о том, зависит ли это от расстройства иннервации или от анатомической аномалии хрящевой части носа. Принимая во внимание, что во многих случаях состояние это чрез некоторое время улучшается, приходится допустить скорее первое. Как бы то ни было, такое затруднение правильного дыхания при кормлении представляет в некоторых случаях довольно неприятное препятствие к кормлению грудью, которое едва ли собственно удастся устранить, так что в таких случаях передко приходится прибегать опять-таки к упомянутым уже способам питания, обеспечивающим менее затруднительное проглатывание пищи.

Совершенно не являются препятствием к кормлению, как это часто предполагают профаны, естественные пузырьобразные отслоения поверхностного эпителия слизистой оболочки, встречающиеся на губах, особенно у хорошо и жадно сосущих детей. Они представляют почти регулярное явление и никоим образом не затрудняют сосания.

Слишком короткая или слишком длинная уздечка языка также не служит, конечно, препятствием к сосанию и пора бы уже перестать перерезывать этот безобидный кусочек слизистой оболочки, который, по мнению бабушки и акушерки, не только служит препятствием к сосанию, но впоследствии затрудняет и речь.

Существующие уже при рождении или очень рано развившиеся зубы также не служат препятствием к сосанию, они лишь неприятны иногда тем, что острым краем своим они вызывают эрозии на соске у матери. Их следует либо подпилить, либо вырвать, благо они в большинстве случаев очень слабо укреплены.

Молочница (soor) также едва ли является серьезным препятствием к кормлению грудью, если она только не достигает гажелых степеней. Мы должны, однако, стоять на точке зрения, что развитие молочницы само по себе является признаком того, что у пораженного ею ребенка имеется какое-либо расстройство питания или вообще какое-либо соматическое расстройство и что ослабление аппетита объясняется не столько самой молочницей, сколько вызывающим ее расстройством питания или каким-либо другим расстройством.

Само собой понятно, что препятствием к кормлению грудью могут служить Венергар'овские афты, довольно редко уже, между прочим, встречающиеся в настоящее время, когда, наконец, искоренен уже предразсудок вытирания рта.

Сильный насморк или затруднение акта сосания вследствие сопровождающегося сильным кашлем заболевания дыхательных путей у новорожденного могут, конечно, временно затруднять кормление грудью. В таких случаях не следует, конечно, никогда отказываться от вскармливания грудью, надо позаботиться о том, чтобы путем сцеживания основательно опорожнить грудь матери и предотвратить застой молока, и кормить ребенка сцеженным молоком. По миновании заболевания снова вступает в свои права нормальное сосание груди.

Стойкое препятствие к кормлению грудью могут создать некоторые врожденные расстройства сосательного рефлекса у детей. Рефлексу этот либо вызывается с необычно далеко сзади расположенного места, либо совсем отсутствует. В первом случае нельзя давать ребенку грудь, а надо кормить его сцеженным женским молоком при помощи глубоко введенной

соски, во втором случае остается лишь кормить при помощи зонда. Чаще всего отсутствие сосательного рефлекса встречается при идиотии. При врожденной микседеме и при монголоидной идиотии отсутствие сосательного рефлекса настолько характерно, что считается диагностическим симптомом. При других формах слабоумия, при последствиях мозговых кровоизлияний, уродствах головного мозга и т. п., связь между отсутствием сосательного рефлекса и вызывающим его центральным расстройством распознается лишь много позже. И в этих случаях питание чрез зонд часто является единственно возможным способом.

Значительно чаще всех этих анатомических препятствий к кормлению грудью вместе взятых встречаются функциональные, поскольку они обусловлены самим младенцем. Дело идет о слабо сосущих, лениво сосущих и боящихся груди детях. О слабососущих мы пока здесь говорить не будем, как как о причинах слабого сосания—недоношенности, хилости и заболеваний—будет речь ниже. Чтобы назвать ребенка лениво сосущим или боящимся груди, надо, конечно, предварительно исключить возможность какого-либо соматического расстройства; недопустимо, чтобы ускользнула от внимания глубже лежащая, иногда очень трудно поддающаяся распознаванию аномалия (*vitium cordis*, аномалия пищевода или трахеи, врожденное сужение желудка или кишек). Если исключить подобную ошибку, то можно наблюдать различнейшие степени нежелания сосать. Иногда дети отказываются сосать только при отдельных кормлениях, в другие же разы они довольно хорошо сосут; иной раз дети хорошо сосут только в начале кормления, но, утолив первое ощущение жажды, они бросают грудь или сосут впустую. Это и есть настоящие лениво сосущие. В других случаях дети как будто очень голодны, кричат в течение всего промежутка времени между двумя кормлениями, но едва их прикладывают к груди, как они отказываются от нее и их никак не заставить сосать. Это, строго говоря, и есть боящиеся груди. Во всяком случае, идет ли это дело о лениво сосущих или о боящихся груди детях, требуется много терпения и большое влияние врача на мать, чтобы не дать матери впасть в отчаяние и побудить ее продолжать кормление грудью.

У лениво-сосущих детей необходимо прежде всего самым точным образом контролировать при помощи весов количество выпиваемого молока. При отсутствии такого контроля неопытная мать легко удовлетворяется самопроизвольно выпиваемыми детьми количествами молока, а так как такие дети в большинстве случаев бывают спокойны и не возмущают криком о фактически имеющемся у них дефиците пищи, то в результате наступает состояние голодания в формах, о которых будет речь подробнее при

изложении недостаточного питания при грудном вскармливании. У таких детей действителен упомянутый уже в предыдущей лекции способ разбуживания детей, заключающийся в том, что ребенка перекалдывают, как только он перестает пить. Зато именно у таких детей (заметьте, только у таких, у которых мы имеем дело не с недостаточным отделением молока у матери, а с ленивым сосанием, что можно установить при помощи весов) я настойчиво предостерегаю против прикладывания детей к обоим грудям при каждом кормлении. Ибо тогда неизбежно понижается предъявляемые к груди требования, происходит неполное опорожнение ее, застой молока, а с ним вместе быстро прогрессирующее ослабление отделения молока. Можно, впрочем, при помощи простого приема установить, идет ли дело о лениво-сосущем ребенке или о недостаточном отделении молока. Прием этот — г. н. д р о б и о е в з в е ш и в а н и е выпитого количества молока. Предположим, что средняя продолжительность отдельного кормления 15 минут. Если взвешивать ребенка каждые пять минут, то лениво-сосущий ребенок выпивает приблизительно одинаковое количество молока в каждый из этих пятиминутных периодов. Если же мы имеем дело с недостатком молока у матери, то за первые пять минут ребенок выпивает все или почти все количество молока, какое мы определяем после 15-минутного сосания груди, во вторые пять минут самое ничтожное количество, а за третьи пять минут он совершенно ничего не выпивает. Установив ленивое сосание, мы ни в коем случае не должны прибегать к кормлению из обеих грудей, еще менее того к увеличению продолжительности кормления, так как это лишь усугубляет зло и еще больше портит ребенка и грудь. Наоборот, буди каждый раз ребенка и перекалдывая его, мы побуждаем его к ревностному сосанию и не даем ему засыпать. Если это не приводит к цели, то оставленное ребенком в груди молоко надо удалять из груди при помощи молокоотсоса или ручным способом и давать его ребенку с ложечки (не из рожка!), чтобы приучить ребенка к большим количествам молока. Этого легко добиться в несколько дней. И здесь полезен один простой прием. Представьте себе только, как утомительно и тягостно для матери, если ленивый ребенок сначала пьет, затем засыпает у груди. Приходится тогда опорожнить грудь, затем подогревать молоко, будить ребенка и подкормить его. Каждое кормление длится тогда около часа, мать становится нервной и петерлицивой, а промежуток между отдельными кормлениями нежелательно укорачивается. Поэтому лучше делать так: после кормления ребенка надо опорожнять грудь, отцеженное молокоотсосом или ручным способом молоко сохраняют в холодном и закупоренном виде и при ближайшем кормлении, непосредственно после того, как ребе-

нок сосали немного грудь и не успел еще заснуть, дают его ребёнку, предварительно разогрев его. После этого снова сцеживают молоко, сохраняя его опять таки до ближайшего кормления. Таким путем выгадывается много времени, устраняется волнение, и ребенок вскоре приучается выпивать более значительное количество молока, так что обыкновенно по истечении 1—2 недель он выпивает полагающееся ему количество молока, которое, как уже сказано, всегда надо строго контролировать и сравнивать с требующимися теоретически количествами.

У болящихся груди детей также безусловно необходим контроль количества выпитого молока. При наличии терпения и здесь в более легких случаях удастся постепенно приучать детей к груди. От простых домашних средств, в роде смазывания материнской груди сахарным раствором и т. п., я мало видел пользы. И у таких детей недостаток выпитого из груди молока надо восполнять путем прикармливания. В тяжелых случаях, в которых дети никак не приспособляются к схватыванию грудного соска, можно временно сделать попытку заставить детей сосать с помощью колпачка (лучшим образом такого является в настоящее время *infantibus*). Однако, обычно вкус резины еще больше отпугивает детей, чем грудь, к тому же при применении колпачка раздражение груди все же настолько слабо, что вскоре замечается ослабление отделения молока. Итак, в таких тяжелых случаях иногда остается лишь кормить детей только с ложечки или из рожка сцеженным молоком. Я знаю не одного ребенка, который никогда не брал груди и в течение всего трудного периода питался только сцеженным женским молоком. При достаточной твердости и терпении со стороны матери дело вполне ладится и во многих детских случаях ввиду опасности сифилиса детей кормят исключительно таким образом женским молоком.

У немногочисленной категории детей, а именно у таких, которые лишь относительно мало пьют, но несмотря на наличие молока совершенно отказываются от дополнительного приема пищи, в качестве крайнего средства рекомендуется увеличение числа кормлений до 7—8 в сутки. То же относится и к детям, которые слабо сосут и которым приходится пить из туго идущей груди. У этих обеих групп детей наблюдается что общее количество выпитого молока у них резко повышается, если их кормят много раз за день; этим надежно предотвращается относительное голодание. У таких детей можно, впрочем, чрез более или менее продолжительное время вернуться к желательным 5—6 кормлениям в сутки.

Часто наблюдающимся у вскармливаемых грудью детей функциональным расстройством является еще глотание воздуха.

Дети сосут грудь, делаются внезапно беспокойными, бросают грудь, начинают кричать и ни за что не хотят продолжать сосание. Если привести такого ребенка в вертикальное положение, так что воздух в желудке, как вещество более низкого удельного веса поднимается кверху и выделяется путем отрыжки, то дети успокаиваются и продолжают пить. Беспокойство чаще наступает не во время кормления, а после него. В этих случаях также надо удалить проглоченный воздух путем приведения ребенка в вертикальное положение и таким образом устранить причину беспокойного состояния. В некоторых случаях, когда не удается путем приведения ребенка в вертикальное положение вызвать у него отрыжку, достигаются благоприятные результаты, если после кормления положить ребенка на животик. Однако, в таких случаях извергаемые вместе с воздухом количества молока бывают значительнее, чем при приведении ребенка в вертикальное положение, что является ущербом.

Среди затруднений к кормлению грудью, которые исходят от матери, функциональные, естественно, не особенно многочисленны. Значительно преобладают затруднения анатомического характера. Что касается первых, то на первом месте стоит повышенная чувствительность некоторых женщин, которые при прикладывании ребенка к груди испытывают боль, не оправдываемую совершенно анатомическими данными. Это наблюдается особенно у истерических женщин, которые не желают кормить грудью. Этому можно легко помочь, слегка ослабив на некоторое время чувствительность кожи грудного соска путем смазывания его за четверть часа до кормления 10 % раствором анестезина и укрепив свой врачебный авторитет для убеждения матери в необходимости кормления грудью.

Вторым функциональным затруднением к кормлению со стороны женщины, наступающим, однако, большей частью уже во время лактации, является т. н. внезапное прекращение отделения молока. В публике широко распространен взгляд, что под влиянием какого либо сильного психического впечатления, боли, страха, испуга, женщина может «внезапно потерять молоко». В таких случаях дело идет не столько об ослаблении отделения молока, не говоря уже о внезапном полном прекращении его, сколько о спазме смыкательного мышечного аппарата молочных желез под влиянием нервных или психических факторов. Таким образом молоко продолжает выделяться, но вследствие спастического смыкания не может быть выделено. Если опорожнить подобную грудь искусственно при помощи молокоотсоса и таким образом прежде всего наглядно показать женщине, что молоко в действительности имеется, ознакомив ее при этом с генезисом всего

состояния, то легко удается устранить это обыкновенно некоторую тревогу внушающее состояние, часто служащее поводом для внезапного приглашения врача.

Встречается иногда аномалия, которая требует вмешательства лишь в тех случаях, когда она достигает высоких степеней и отражается на состоянии сил женщины. Речь идет о галакторрее, явлении, обусловленном состоянием повышенного нервного раздражения в нервномышечном аппарате груди, который регулирует отделение молока. Истечение молока наступает либо только на одной стороне, если ребенок пьет из другой груди, либо молоко может выделяться одновременно из обеих грудей еще в течение некоторого времени после кормления. Это состояние едва ли можно назвать болезненным и встречается оно иногда у женщин, вовсе не избылующих особенно молоком. Неприятным становится такое состояние лишь в том случае, если из-за него страдает общее состояние женщины. В таких случаях часто достигаются хорошие результаты фардизацией грудных сосков.

Обусловленные анатомическими и физиологическими причинами препятствия к кормлению со стороны матери бывают самого разнообразного характера. Сюда относятся прежде всего отклоняющиеся от нормы величина и форма сосков, слишком малые соски, расщепленные соски, *mamilla fissa* (сосок прорезан поперечной щелью, так что он разделен на две дольки), плоский и втянутый соски. Слишком малый, инфантильный или остроконечный сосок также служит иногда препятствием к кормлению грудью благодаря тому, что он легко выскользает изо рта ребенка. Для таких сосков рекомендуется упомянутая уже выше мера — уже во время беременности подготавливать материнскую грудь к предстоящему кормлению грудью. При этих формах, особенно если дело идет только о плоских сосках, действительно удается кое-что достичь путем систематического вытягивания сосков. Многое в таких состояниях улучшается фактически с началом лактации и без этих мероприятий, так как с началом кормления грудью грудные соски и нормальным образом становятся более выпуклыми и легче могут быть захвачены. Во всяком случае при плоских сосках можно с наступлением лактации достичь многого путем систематического вытягивания сосков пальцами или с помощью молокоотсоса непосредственно перед прикладыванием ребенка к груди. Если не удается сделать сосок таким, чтобы ребенок мог его захватывать, то рассчитывать на что либо от постоянного кормления грудью с применением колпачка можно лишь в случаях с обильным отделением молока. Это в еще в большей мере относится к втянутым соскам. Но так как такого рода явления сами по себе представляют признаки патологической конституции,

которые сопровождаются обыкновенно понижением функции всего органа, стало быть гипо- и агалактией конституционального происхождения, то в тяжелых случаях не приходится возлагать слишком большие надежды на вскармливание ребенка грудью.

Дальнейшим затруднением при кормлении грудью являются ссадины и трещины, значительная болезненность которых при прикладывании ребенка к груди и первых сосательных движениях его может являться иногда у чувствительных женщин довольно серьезным препятствием к кормлению грудью. Уже в первой лекции я указал на то, что надо прежде всего предотвращать возникновение трещин, что надо главным образом избегать слишком сильного наполнения груди в первые дни появления молока в груди. Здесь я отмечу еще, что особенно надо следить за блондинками с нежной кожей и мало пигментированными околососковыми кружками, у которых в силу конституциональных свойств их кожи значительно легче могут возникать надрывы. Ясно, что полусферическая, переполненная грудь, захваченная жадно стискивающим челюсти ребенком, легче даст разрывы в поверхностных слоях, чем дряблая грудь. Надо поэтому позаботиться в таких случаях о том, чтобы путем опорожнения груди пред кормлением ребенка хотя бы отчасти уменьшить напряжение груди. Но раз дело дошло уже до образования трещин, больной груди надо предоставить частичный или полный покой. В течение 2—3 дней надо воздерживаться от прикладывания ребенка к больной груди, в более легких случаях надо давать ребенку лишь 1—2 раза в сутки пить непосредственно из груди с целью опорожнения последней, вообще же надо прибегать к колпачку или молокоотсосу, при употреблении которого недостаток его — он лишь содействует развитию отрицательного давления — становится преимуществом и предотвращает сдавливание груди. Кроме того при образовании трещин надо при помощи описанных в первой лекции мер помогать, чтобы грудь была сухой; сверх того можно способствовать заживлению трещин применением ускоряющей эпителизацию мази. Это достигается при помощи *arg-nitr.*, *pellidol'*я или айрола

Rp. Arg. nitric.	0,2	Pellidol	0,4
Balsam peruv.	2,0	Vaselini	20,0
Vaselini	20,0		
	Airol	0,4	
	Vaselini	20,0	

Против широкого же применения палочки ляписа я предостерегаю. Раньше часто случалось, что после применения

ее развиваются поверхностные или даже глубокие воспаления грудной железы. Повидимому, плотный струн, образующийся от палочки Ляисса, отрезает от внешнего мира бактерии, всегда имеющиеся на коже груди, и заставляет их уйти вглубь ткани, или же после отделения струна образуется большая раневая поверхность, приводящая в конце концов к таким же последствиям.

Сейчас мы подходим к описанию мастита, как препятствия к кормлению. Приходится различать две формы мастита. Легкая, поверхностная форма не служит препятствием к кормлению грудью. Она была описана Mathes'ом под названием секторовидной. Имеется секторовидная краснота кожи груди с вершиной сектора на грудном соске, обыкновенно у основания, без значительного уплотнения ткани и большею частью без значительного повышения температуры. Это собственно даже не мастит, т. е. не воспаление паренхимы или межтканочной ткани грудной железы, а довольно поверхностный лимфангит. Он не служит препятствием к кормлению грудью и излечивается при предоставлении груди покоя (лучше всего продержат женщину 2—3 дня в постели) и под влиянием противовоспалительных компрессов, не вызывая нагноения. Неприятнее настоящий мастит. Если очаг велик и повышение температуры незначительно, то помогают покой для груди, компрессы: в течение нескольких критических дней воздерживаются от прикладывания ребенка к груди, сцеживая молоко при помощи молокоотсоса, и нагноение предотвращается. В легких случаях или в начальных стадиях весьма рекомендуется застой по Виет'у. Последний вызывается дважды в день на 2—4 час, после него опорожняют грудь при помощи молокоотсоса. После этого можно спокойно допустить вновь лактацию. Если дело доходит до нагноения, то приходится, конечно, делать инцизию. В более легких случаях, когда очаг невелик и расположен достаточно далеко от соска, можно после разреза наложить часто перемняемую мастизольную повязку, которая полукругами обходит сосок, оставляя его на свободе, и продолжать кормление грудью. При более или менее значительных или близко к соску расположенных очагах судьба лактации обыкновенно предрешена. Не следует односторонне отстаивать интересы ребенка и пытаться насильственно продолжать кормление грудью в случаях угрожающего серьезного мастита. Ибо если дело доходит до больших очагов, пронизывающих всю грудную железу и требующих повторных и больших разрезов, болезнь бывает очень упорной и мучительной для женщины, иногда даже опасной для жизни, и я полагаю, что мы не имеем права подвергать женщину такому риску ради кормления ребенка грудью. Наконец, достаточно, если ребенка кормят одной грудью (иногда удается даже получать из одной груди все необходимое количество молока) или же

Если недостаток возмещают искусственным питанием. В таких случаях требуется, конечно, большой опыт для того, чтобы заранее предвидеть судьбу грудной железы, которой угрожает мастит, и взвесить все за и против для продолжения кормления грудью или отлучения от груди.

Продолжая рассматривать заболевания матери, которые могут являться абсолютным или относительным, постоянным или временным препятствием к кормлению грудью, надо отметить следующее. Абсолютным препятствием к кормлению грудью является туберкулез матери или же подозрение на него, основанное на тщательном, повторенном и во время лактации исследовании (рентген!). Во-первых, это угрожает серьезной опасностью для ребенка вследствие заражения через дыхательные пути, во-вторых же под влиянием лактации возникает опасность ухудшения состояния матери, которое мы не вправе вызывать (см. последнюю главу!). Дальнейшие абсолютные препятствия к кормлению грудью представляют все те заболевания матери, которые сопровождаются тяжелым течением, тяжелый диабет, нефрит, декомпенсированные пороки сердца, злокачественные опухоли, Базедова болезнь и др.; эпилепсия и психозы тоже являются абсолютным препятствием к кормлению грудью не столько из за физического состояния матери, сколько из за опасности для ребенка. Впрочем, решающее значение должен иметь, конечно, не род заболевания, а тяжесть его. Сzegeu — Keller вполне справедливо отмечают, что всегда делают различие между матерью и кормилицей. Вполне понятно, собственно, что больной кормилице всегда дают расчет, тогда как матери иногда разрешают дальнейшее кормление грудью. Это относится главным образом к нижеследующим заболеваниям, которые представляют относительное препятствие к кормлению грудью. При кормлении грудью можно всегда продолжать, так как малые грудные дети всегда почти обладают абсолютным иммунитетом в отношении кори. С известной уверенностью то же можно сказать и о скарлатине, конечно, если только дело не идет об очень тяжелых случаях, при которых сильно страдает и общее состояние матери, что между прочим относится и к случайно присоединяющимся заболеваниям матери (цистит, параметрит). При родах надо быть уже осторожнее ввиду довольно большой восприимчивости грудных детей к этому заболеванию, то же и при дифтерии, при которой также существует большая вероятность заболевания для ребенка. В меньшей мере это относится к брюшному тифу. Очень восприимчивы, напротив, дети к гриппу resp. ко всем острым, а также хроническим заболеваниям дыхательных органов, которые иногда причиняют большие опустошения среди новорожденных, даже если заболевание

матери относится к легким. При всех заболеваниях дыхательных органов рекомендуется, чтобы мать носила маску на лице или же завязывала платком рот и нос во избежание аэрогенной инфекции, причем меру эту надо проводить не только в течение всей длительности острых лихорадочных явлений, но и долгое время после минования их. При перечисленных выше заболеваниях, при которых мы условно разрешаем кормление грудью и при которых иногда не был доказан переход бактерий или токсинов чрез молоко к ребенку, мы приходим себе на помощь тем, что во избежание контактной инфекции кормим ребенка в течение болезни матери сцеженным молоком. Сифилис же матери не служит препятствием к кормлению грудью, наоборот, сифилитическая мать обязана сама кормить своего ребенка, кормилицы же к ее ребенку приглашать нельзя. Т. н. *Collés*—матери безусловно должны сами кормить своих детей грудью. Не так прост вопрос с законом *Profeta*. Многие авторы держатся взгляда, что сифилитические матери могут рождать клинически и серологически здоровых детей даже в тех случаях, в которых заражение сифилисом произошло не в последние недели беременности. В таких случаях следует, конечно, воспрепятствовать кормлению грудью. Но если заражение произошло уже раньше, а ребенок непосредственно *post partum* серологически и клинически здоров, то это еще не значит, что он таким останется и впредь, ибо реакция Вассермана часто становится положительной только несколько дней или недель спустя. Таким образом и в этих случаях надо либо с самого начала запретить кормление грудью и в случае возможности изолировать мать и ребенка друг от друга, или же, если разрешают кормление грудью, надо дать матери подробные наставления относительно бдительнейшего наблюдения за ребенком в первые недели жизни. Не выяснено еще, следует ли экламптической матери кормить ребенка грудью. В общем надо считать за правило, что если у матери еще после родов имеются экламптические или токсические явления, то надо запретить кормление грудью и не допускать также кормления сцеженным молоком. Если мать остается в живых, эти явления вскоре исчезают и чрез несколько дней ребенка можно опять приложить к груди. Наконец, препятствием к кормлению грудью может послужить новая беременность, поскольку она, начавшись после непродолжительной лактации, хотя и не меняет состава молока, но влечет за собой такое понижение отделения молока, что оказывается необходимым отлучить ребенка и прибегнуть к искусственному вскармливанию.

## Третья лекция.

**Питание малых и гигантских детей, недоносков, дебильных и двойней.**

Прежде чем приступить к изложению названной в заглавии темы, мы должны выяснить некоторые ошибки, часто имеющие место, когда оперируют этими понятиями.

До сих пор мы постоянно предполагали, что в нашем изложении, главным образом когда дело касалось чисел, определяющих длину тела, вес, количество вышываемого молока и т. д., речь идет о т. н. нормальных случаях, вернее говоря о средних случаях. Но наш долг индивидуализировать и не каждого ребенка с низкими абсолютными величинами относить к категории с размерами и функциями ниже принятых средних величин. Так, напр., многих детей, рождающихся с весом значительно ниже принятых обыкновенно 3000 гр., рассматривают как недоносков, что совершенно несправедливо. Вес при рождении значительно ниже 3000 гр. может являться признаком того, что дело идет об индивиде расово или семейно малом, т. е. о ребенке, который происходит от очень малых родителей, или у которого хотя бы один из родителей ростом значительно ниже нормы, или у которого в силу расовых особенностей малая длина тела является наследственной, как мы это и наблюдаем у некоторых карликовых племен. Или же дело может идти о ребенке, у которого имеется т. н. гипоплазия, причем мы по восходящей линии не находим отсталости в росте и за отсутствием каких бы то ни было вредных для зачатка или плода моментов должны допустить недостаточную длину тела конституционального происхождения. Здесь не место детально излагать все эти иногда несколько трудно поддающиеся изложению и пониманию вещи. Интересующиеся этой темой найдут подробное изложение ее в моей книге «Konstitutionspathologie in der Kinderheilkunde» (Berlin, 1924). Здесь нам достаточно указать, что существуют дети с очень малой длиной тела и низким весом, которые рождаются вполне нормально в конце беременности и у которых нельзя, стало быть, говорить о недоношенности. Последнюю можно допустить лишь в том случае, когда нам либо совершенно точно известен момент зачатия, что бывает лишь в исключительных случаях, либо же налицо имеются прочие известные признаки недоношенности на ногтях и lanugo. Среди недоносков опять таки отнюдь не следует каждого такого ребенка считать дебильным или недостаточно жизнеспособным. Недоношенность понятие чисто хронологическое, дебильность — функциональное. Дебильным ребенок бывает в тех случаях, когда он не удовлетворяет в функциональном отношении вышеприведенным

требованиям «нормальности», т. е. если он не в состоянии поддерживать температуру своего тела, если его сердечная и дыхательная деятельность не могут удовлетворять внеутробным требованиям, если его пищеварительная деятельность далеко не достигает нормы. Из сказанного само собой вытекает, что порой бывает трудно разграничивать эти понятия, что недоноски, естественно, в большинстве случаев, но отнюдь не всегда бывают и дебилями, что гипопласт ни в коем случае не должен непременно быть дебилым и т. д.

После этих предварительных замечаний мы при решении вопроса о вскармливании детей, родившихся с пониженным весом, должны прежде всего определить, какой из перечисленных причин объясняется отсталость в весе и длине тела, задача, которую в большинстве случаев нельзя сразу разрешить, так как, как уже упомянуто было, для разрешения этого вопроса необходимо знакомство с некоторыми функциями маленького тельца. Функциями, несуществующими еще непосредственно *post partum* или же проявляющимися лишь некоторое время спустя после рождения, как это бывает при более легких степенях дебильности.

Мы должны прежде всего твердо помнить, что у каждого слишком малого ребенка абсолютная потребность в пище меньше, относительная же больше, чем у нормального ребенка. В этих случаях особенно удобно применение системы Pirquet. Мы измеряем высоту сиденья ребенка, возводим ее в квадрат и, считая, что для нормального, хорошо физически развивающегося ребенка оптимумом является количество молока, равное половине полученного числа, мы у дебильных или недоношенных детей должны определять суточное количество пищи в 6 или 7 десятых квадрата высоты сиденья. Но при вскармливании таких детей необходимы кое-какие изменения изложенных выше правил питания, зависящие от положения дела и главным образом от того, дебильный ли данный ребенок или нет. Конечно, различные выше описанные затруднения при кормлении грудью проявляются в таких случаях в более сильной и иной форме. Прежде всего рекомендуется увеличить у таких детей число кормлений в сутки. В этих случаях уместны 7 и 8 кормлений с трехчасовыми промежутками, считая таковые от начала одного кормления до начала следующего кормления. Благодаря этому каждое отдельное кормление становится, конечно, абсолютно и относительно меньше и для ребенка менее обременительным. Далее, от слишком легкого ребенка, особенно если он дебильный и дело идет о первородящей, нельзя требовать, чтобы он сразу привел в действие трудно идущую грудь, и если мы у «нормальных» детей требовали известной строгости, то с такими слабыми детьми мы

должны быть несколько уступчивее. Приходится широко применять отжимание или отсасывание молока из материнской груди. Нельзя однако, отрицать — и этим определяется между прочим понятие дебильности resp. недебильности — что встречаются многие дети с весом ниже нормального, недоноски, как и гипопласты, которые с самого начала хорошо сосут и очень энергично пускают в ход дело кормления грудью. Но в более тяжелых случаях дебильности этого ожидать нельзя. здесь можно, пожалуй, даже опасаться, что несмотря на молокоотсос и отжимание молока руками опорожнение груди слабым ребенком настолько несовершенно, что отделение молока вскоре прекратится и для ребенка создается довольно опасное положение. В родильных домах (а в настоящее время женщины как состоятельного, так и несостоятельного населения во многих случаях рожают в родильных домах) можно помочь делу тем, что матери ребенка с таким низким весом несколько раз в день прикладывают к груди нормального, хорошо сосущего ребенка, а ее собственному ребенку дают с ложечки или из рожка сцеженное молоко матери нормального ребенка. Благодаря этому грудь бывает вполне опорожнена хотя бы в первое наиболее тяжелое время, работает хорошо и остается поэтому работоспособной. В самых тяжелых случаях абсолютной невозможности самопроизвольного приема пищи для мало жизнеспособного ребенка остается лишь искусственно кормить ребенка при помощи зонда (*gavage*). Ручкой или молокоотсосом добывают искусственно молоко матери, подогревают его и вливают ребенку через жемудочный зонд (*категер*), который вводится через рот или нос. Ввести грудному ребенку зонд отнюдь не трудно и при достаточном навыке удается вводить зонд, не будя ребенка; конечно, такое вскармливание требует необычайно много труда и терпения, так как приходится кормить через зонд много раз за день.

Я хочу здесь отметить, что при таких детях надзор за питанием, конечно, не составляет единственного предмета забот врача. Строгое наблюдение за температурой, согревание при помощи грелок, теплых ванн или сложных греющих аппаратов, заботливейшее наблюдение за деятельностью сердца и дыханием, конечно, также — пожалуй даже еще больше — входят в нашу обязанность в подобных случаях. Подчеркнем здесь также блестящие результаты врачивания дебильных детей при помощи освещения кварцевой лампой и прекрасное действие *Czer u - Klei n s c h m i d t*'о в е к о й масляно-мучной смеси в разбавленном виде при *allaitement mixte* или в качестве единственной пищи при отсутствии грудного молока. Но так как все это не относится собственно к нашей теме, то мы лишь вскользь касаемся этого.

При питании и уходе за дебильными детьми надо твердо

придерживаться следующего. Некоторые дебильные дети проявляют себя, как таковые, непосредственно *post partum*; это случаи, дающие с самого начала плохой прогноз, дети, которые сразу же в первый или на второй день становятся синими, обнаруживают плохую сердечную и дыхательную деятельность, имеют субнормальную температуру и непрерывно спят. Если мы замечаем это сейчас же после рождения, то от таких детей обыкновенно нечего много ждать. Они умирают в первые же дни жизни, строго говоря, не живши даже. У второй, значительно более многочисленной группы в первые дни не замечается собственно никаких признаков дебилности, только плохое поддержание температуры тела должно направлять наше внимание на то, что дело идет, быть может, о дебильном ребенке. Укажем здесь кстати на то, что строжайший контроль за температурой тела требуется собственно у каждого ребенка, даже у родившегося со средним весом (дети весом в 3000 гр. тоже могут быть дебильными), тем более у детей с весом ниже среднего. В родильных домах, где все еще матери уделяется больше внимания, чем ребенку (у каждой родильницы температура измеряется, разумеется, несколько раз в день), я неоднократно наблюдал, что субнормальная температура ребенка ускользала от внимания ухаживающего персонала и ее замечали лишь тогда, когда другие тревожные симптомы (посинение, плохое сосание), указывали, что не все благополучно с ребенком. Возвращаясь к нашей теме, надо сказать, что собственно критическая пора наступает для дебильных не непосредственно *post partum*, а значительно позже, так что строго говоря мы лишь чрез много дней после родов уясняем себе, что мы имеем дело с дебильным ребенком. Когда же наступает этот критический момент? Это момент максимума физиологического снижения веса.

Чтобы понять физиологию этого периода и одновременно добавить необходимое относительно физиологического падения веса нормального ребенка, мы должны здесь несколько отклониться в сторону. Известно, что нормальный ребенок претерпевает после рождения наступающее нормальным образом снижение веса, размеры которого зависят как от веса ребенка при рождении, так и от количества выпиваемого в первые дни жизни молока. Многолетнее изучение сущности первоначального падения веса новорожденных дает нам в настоящее время право признавать, что хотя мы и предполагаем, что молозиво обладает особо высокой питательной ценностью, тем не менее в первые дни жизни новорожденного имеет место некоторое недоедание. Потеря воды, связанная с физиологическим снижением веса, объясняется, повидимому, тем, что как говорит P f a n d l e r, чрез внезапно открывшиеся после родов новые пути—через кожу и легкие—теряются большие количества

воды, и потеря их, конечно, тем сильнее заметна, чем меньше жидкости вводится в организм. Этим мы отнюдь не хотим сказать, что желательно было бы воспрепятствовать этому физиологическому снижению веса; оно прежде всего «физиологическое». Сейчас мы услышим, каково значение этого снижения, если оно принимает слишком большие размеры или бывает слишком продолжительным и не выравнивается.

В общем ребенок тем больше теряет в весе после рождения, чем тяжелее он был при рождении. Кроме того, на степень снижения веса, особенно же на скорость, с какой восстанавливается первоначальная потеря в весе, оказывает влияние главным образом количество выпитого в первые дни молока. Чем тяжелее ребенок, тем больше убывает он в весе, чем он легче, тем меньше убыль в весе. Он восстанавливает свою потерю в весе тем быстрее, чем раньше начинается правильная лактация и чем больше первоначальные количества выпиваемого молока, так что встречаются иной раз хорошо и с самого начала же много пьющие дети, особенно дети повторнородящих, которые не претерпевают никакой или почти никакой «физиологической» потери в весе. Кривая веса нормального ребенка такова, что физиологическое снижение веса происходит быстро, круто, поворот же кривой под острым углом происходит в определенный день, приблизительно на 4-й или 5-й день жизни, после чего начинается быстрое, крутое восхождение кривой, достигающей на 7—12 день жизни своей первоначальной высоты. С этого момента начинается дальнейшее крутое и не прерываемое в начале колебаниями нарастание веса. Убыль в весе можно заметить на нормальном ребенке при чисто клиническом исследовании и при внимательном внешнем осмотре. Наблюдая ежедневно нормального новорожденного, можно заметить в момент максимума физиологического снижения веса у него, что ребенок похудел и — особенно у брешких детей, стало быть при значительной, абсолютной потере в весе — выглядит несколько осунувшимся. Однако, нормальный ребенок не обнаруживает никаких других тревожных клинических симптомов и при достаточном количестве выпиваемого молока быстро и легко преодолевает такое длящееся лишь 1—2 дня состояние. Иначе бывает у недоноски и особенно у дебильного ребенка. В этих случаях мы имеем дело с много меньшими абсолютно потерями в весе. В то время как ребенок весом в 3000 гр. убывает в весе быть может на 200 гр., а т. н. тяжелое дитя на 250—350 гр., ребенок с весом субнормальным теряет в общем, быть может, лишь 100 гр. Но это снижение в весе не происходит внезапно и быстро, в несколько дней, а совсем медленно и постепенно, достигая максимума лишь по истечении 7—10 дней. Кривая не делает также сразу поворота под острым углом, в за-

зависимости от состояния ребенка и количества выпитого молока минимальный вес остается в течение нескольких дней на равномерной горизонтальной, нарушаемой лишь минимальными колебаниями вверх и вниз, и начинает затем столь же медленно и постепенно повышаться. Первоначальный вес при рождении восстанавливается не чрез 7—12 дней, а значительно позже, приблизительно недели через три, иногда еще позже. То, что мы у нормального ребенка наблюдаем клинически при максимальном снижении кривой веса, то мы видим у дебильного ребенка не только в более сильной степени, но и в течение значительно более продолжительного времени. Все внешние симптомы дебильности, ослабление сердечной и дыхательной деятельности, посинение, заметное лишь по слегка цианотической окраске вокруг рта, плохое поддержание собственной теплоты тела, развитие ателектазов, ухудшившаяся еда

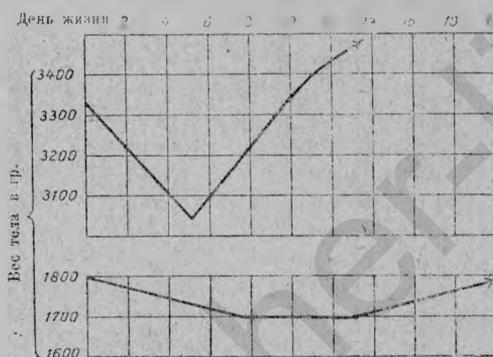


Рис. 2. Ход физиологического снижения веса у нормального (вверху) и дебильного, недоношенного (внизу) ребенка. (Схема).

достигают наивысших степеней именно в период наибольшего снижения (о точке здесь говорить нельзя) кривой веса тела. Таким образом 2-я и 3-я недели жизни являются критическим временем для дебильного новорожденного и такого ребенка можно считать избежавшим опасностей периода новорожденного лишь по миновании этого времени и после того как у него восстановился хотя бы бывший у него при рождении вес. Кто не знает этого и на основании вполне удовлетворительного внешнего вида недоношенка тотчас после рождения поставит сразу благоприятный прогноз и благодаря этому пренебрежет, быть может, необходимыми предосторожностями и требуемым уходом, тому придется в некоторых случаях понести разочарование и потерять иной раз по истечении 2—3 недель недоношенного или дебильного ребенка, которого можно было бы несомненно спасти при заботливом уходе и наблюдении.

В связи со сказанным мы должны остановиться на другом явлении, которое считают обыкновенно «физиологическим» и которое действительно встречается и у некоторых нормальных детей, в более сильной степени, однако, у недоносков и дебильных — т. е. н.

«преходящей лихорадке новорожденных» Reuss'a, Как сказано уже, у некоторых совершенно нормальных в соматическом отношении детей через несколько дней после рождения, обыкновенно около 4-5 дня, наступает более или менее значительное повышение температуры, которое при отсутствии лечения держится несколько дней, бесследно исчезая после этого и, для объяснения которого не находят никакой органической причины. Значительно чаще и в более сильной степени наблюдаем мы это у недоносков и дебилных. Явление было уже давно известно и после многочисленных попыток объяснения его все согласны в настоящее время в том, что мы имеем дело с «лихорадкой от недостатка воды», с усилением процессов горения, которое обусловлено глубокими процессами обмена веществ после родов или с недостаточное введение воды. Уже из этого объяснения ясно, что этой лихорадкой можно ожидать прежде всего у детей, которые в начале получают недостаточно пищи, а стало быть и воды. Это случается, конечно, и у детей нормального веса, но в более сильной степени, естественно, у недоносков и дебилных, у которых недостаточное количество принятой жидкости обусловлено отсутствием у них желания пить. Так как повышение температуры при преходящей лихорадке может быть иногда довольно значительным, то легко представить себе, что общее состояние таких детей может довольно сильно страдать и клиническая картина может представляться тяжелой. Различие между детьми нормального и субнормального веса заключается между прочим в следующем: преходящая лихорадка наблюдается ко времени максимума кривой веса и у нормального ребенка ее следует ожидать, если она вообще у него появляется, около 4-5-го дня, у недоноска же значительно позже, у нормального ребенка она быстрее проходит, у недоноска же держится дольше, заставляя несколько тревожиться в виду возможности, что лихорадка эта все же обусловлена начинающимся инфекционным процессом, который не так уж сразу уловим для нашего клинического исследования. Необходимо, конечно, исключить все прочие возможные причины лихорадки, например, перегревание слишком в комнате, далее возможность лихорадки мозгового происхождения при уродствах головного мозга и кровоизлияниях в нем. Но раз проникшись убеждением, а при тщательном исследовании это всегда удается установить с некоторой уверенностью, что у ребенка преходящая лихорадка, мы этим самым знаем уже, конечно, и лечение. Последнее может заключаться только в усиленном введении воды. У нормального ребенка это достигается тем, что ребенку дают пить много чая, у недоносков и дебилных, у

которых введение значительных количеств жидкости per os встречает серьезные препятствия, прибегают к ректальному и лишь в самом крайнем случае к подкожному способу введения жидкости в организм. При этом целесообразно применять в этих случаях не чистый чай или воду, а жидкость, которая одновременно доставляет и соли, связывая и задерживая в организме воду. При ректальном способе для этой цели хороша смесь жидкостей, которая в несколько более концентрированном виде была предложена Peim и John'ом и которую мы применяем в настоящее время в следующей концентрации (при более высокой концентрации легко развиваются отеки):

Natr. chlor.

Natr. bicarbon. aa 1.0.

Aqua . . . 1000,0.

Немного поваренной соли и столовой соды всегда найдется в хозяйстве: нужные количества можно отвесить на любых кухонных весах. Жидкость в количестве 60—80 гр. вводят 1—3 раза в прямую кишку под небольшим давлением; впускание жидкости под низким давлением, осторожное извлечение кишечной трубки (не пользоваться никогда баллоном, а непременно пригигатором!) и стискивание ягодич дает возможность удержать внутри большую часть введенной жидкости. Если прибавить к вышеуказанной жидкости немного сахара или сахара, то можно также давать ее пить небольшими количествами лихорадящему, оскудевшему жидкостью ребенку. Если угрожающее состояние, резкий цианоз, сухость слизистой оболочки (особенно она заметна на кон'юнктиве, на сухой, темнокрасной слизистой оболочке рта, к которой прилипает шпатель!) вынуждают прибегнуть к подкожной инъекции, то для последней берут физиологический раствор поваренной соли или Рингеровскую жидкость. О необходимости соблюдения в этих случаях строжайшей асептики вследствие большой чувствительности кожи новорожденного и о необходимости избегать всяких сильно действующих антисептических средств (крепкая tinct. jodi etc.) мы здесь упомянем лишь мимоходом. Итак, если страдающему преходящей лихорадкой ребенку быстро ввести по одному из описанных способов обильное количество жидкости, то поразительно скоро наступает падение температуры и сразу исчезают все прочие грозные явления, сменяясь состоянием хорошего самочувствия. Мы предостерегаем против слишком продолжительного введения одной из названных содержащих соли жидкостей, так как это легко может повести к образованию отеков. Так как дело идет, как видно по названию, о «преходящей» лихорадке, т. е. о быстро проходящем явлении, то продолжительное введение жидкости совершенно излишне.

Скажем здесь еще несколько слов о питании детей с весом выше среднего, главным же образом с длинной тела выше средней. В этих случаях также совершаются ошибки прежде всего в периоде новорожденного. Ошибки эти объясняются недостаточным умением индивидуализировать со стороны руководящего питанием врача и влекут иногда за собой описанные выше явления чрезмерно удлиненного периода «физиологического» снижения веса или преходящей лихорадки. Ясно ведь, что ребенок, имеющий при рождении вес выше среднего, главным же образом размеры тела выше среднего, имеет более сильный импульс к росту и вместе с тем и большую потребность в пище, чем «нормальный» ребенок. Таким образом, если вам приходится видеть ребенка с весом и длиной больше среднего, то обратите прежде всего внимание на родителей. Превышение средних величин длины тела и веса может быть иногда обусловлено «перепитыванием» ребенка, но в большинстве случаев дело идет о детях крупных родителей или же о таких, у которых один из родителей особенно крупный, или же о детях из семьи, члены которой выше среднего по размерам своим. Вполне естественно предполагать в таких случаях, что у данного ребенка имеется наследственно большие вес и длина тела и более сильный импульс к росту. Само собой разумеется, что это обуславливает и повышенную потребность в пище, притом сразу же после рождения, и с этим надо, конечно, считаться. Такой ребенок должен получать больше пищи; указанные в первой лекции величины для количества пищи должны быть повышены, нередко довольно значительно. Кто упускает это из внимания и игнорирует этот индивидуальный фактор, тому приходится быть иногда свидетелем довольно значительных «физиологических» потерь в весе, неправильно объясняемых законом, что у тяжелых детей потери в весе более значительны, ибо эти дети в действительности потому сильно убывают в весе, что они получают слишком мало пищи; ему приходится кроме того быть свидетелем совершенно несоразмерно продолжительной задержки кривой веса на самой низкой точке ее, плохого и с большими колебаниями происходящего нарастания веса и медленного восстановления имевшегося при рождении веса; очень часто также приходится ему быть свидетелем значительной преходящей лихорадки, которая длится много дней, вызывая иногда тяжелые общие явления. Таким образом, для таких детей также вполне уместно самое строгое индивидуализирование.

Теперь скажем несколько слов еще о питании двойней. Большинство двойней имеет при рождении вес ниже среднего веса одиночных детей. Это еще не служит, конечно, основанием, называть их дебильными. Тем не менее процент дебильных среди двойней боль-

ше, чем среди одиночек. Судить о том, дебилый ли ребенок или нет, следует, конечно, на основании тех же принципов, что и у детей - одиночек; необходимые мероприятия те же, что и у последних. Если дело идет об однояйцевых близнецах, то обыкновенно у обоих детей находят одинаковые условия, если же двойня двуяйцевая, то встречаются, конечно, всевозможные различия. Оба ребенка могут быть одинаковы или же в резко противоположном случае может быть впечатление, что один из детей жил в качестве паразита другого. Один ребенок нормален или почти нормален со стороны всех своих функций, тогда как другой недоразвит, значительно меньше и легче и дебилен. В самом крайнем случае один из близнецов развивается нормально до рождения, тогда как второй умирает уже в утробе и рождается в виде foetus parvaceus.

При вскармливании надо, конечно, учитывать существующую между близнецами разницу. Если оба ребенка одинаковы, стало быть, преимущественно у однояйцевых близнецов, то, конечно, в отношении обоих действительны одни и те же правила и меры. Что касается нормальных случаев, то чтобы щадить мать, для которой вскармливание близнецов представляет отнюдь не легкую задачу, надо, конечно, кормить обоих близнецов в одно время, с целью обеспечить матери необходимый для отдыха промежуток времени. Я лишь единственный раз видел, что мать оказалась в состоянии одновременно прикладывать к груди обоих близнецов, располагая их параллельно друг к другу. В большинстве случаев детям дают грудь одному после другого, причем надо всегда следить за тем, чтобы они получали попеременно каждую из грудей матери, т. е. при одном кормлении — одну правую грудь, другой — левую, при следующем кормлении — наоборот. В противном случае, если всегда давать ребенку одну и ту же грудь, возникает опасность, что дети привыкнут к определенному положению тела и к определенной возможности опорожнения груди и в случае если дети пьют неравномерно — скажем, один из них плохо сосет —, грудь, которую последний всегда сосет, преждевременно перестанет отделять молоко. Это предотвращается при поочередном прикладывании то к одной, то к другой груди. Но если разница между детьми велика, причем один из них значительно слабее другого, то хотя и надо все же давать детям грудь в одно время, однако, более слабому ребенку надо предоставлять преимущество прикладывания к той груди, которая более легко дает молоко, или же давать более слабому ребенку сосать первому из груди и после него прикладывать к этой груди еще и второго более крепкого ребенка с целью вполне опорожнить грудь и сохранить хорошую функцию ее.

Между прочим в случаях, когда близнецы вскармливаются

исключительно грудью, надо во избежание истощения матери и слишком значительной потери в весе следить за общим состоянием матери, главным образом за весом ее тела и за питанием ее. Чтобы облегчить мать, приходится обыкновенно чрез некоторое время все же прибегнуть к прикармливанию искусственной пищей, которое у однойцевых близнецов может быть начато опять таки одновременно, тогда как у двойцевых близнецов, из коих один значительно слабее, последний, конечно, пользуется преимуществами и в смысле продолжительности исключительного кормления грудью, более же крепкого ребенка можно начать прикармливать раньше.

#### Четвертая лекция.

### Перекармливание детей при грудном вскармливании.

При изложении клинических картин, возникающих у вскармливаемых грудью детей вследствие перекармливания или недокармливания, мы вступаем в область расстройств питания, т. е. в область патологии. Но, как мы убедимся, картины эти, особенно в начальных и переходных стадиях, так тесно связаны с физиологией, что нам придется здесь добавить кое что, относящееся еще к норме и не изложенное до сих пор. По этой же причине мы касаемся здесь этого вопроса.

Заметим с самого же начала, что в своих представлениях относительно численности случаев перекармливания и недокармливания вы должны дать последним значительный перевес. Ни в одной, быть может, области педиатрии не проявляется так ясно, как быстро меняются взгляды и представления, как все в области педиатрии находится в безостановочном движении. Еще только 10—20 лет тому назад наши представления о возникновении расстройств питания были всецело во власти мысли об излишке, о перекармливании. При каждом патологическом явлении в области желудочно-кишечного тракта полагали, что дело непременно идет о перекармливании и этой же мыслью мы всегда руководились в нашем терапевтическом вмешательстве. Быть может, в действительности и было так, быть может война со своими печальными последствиями в области питания вызвала здесь коренную перемену. Но по всей вероятности мы все же успеха и утки обязаны тем, что можем ныне сказать: среди вскармливаемых грудью детей мы много больше видим случаев, в которых дело идет о количественном или качественном дефиците пищи, чем таких, в которых имеет место перекармливание. Могу уверить вас самым решительным образом, что при внимательном наблюдении большого материала, равномерно распре-

ляющегося по всем слоям населения, значительно чаще приходится констатировать относительное голодание, чем приходиться помогать из за перекармливания. Поэтому мы и займемся расстройствами питания на почве количественно или качественно недостаточного питания больше и усерднее, чем расстройствами питания при перекармливании. Необходимо, однако, уделить немного места и изложению последнего и простоты ради мы это сделаем с самого начала.

Перекармливание лишь редко имеет место в первые 8—10 дней, т. е. у новорожденного в строгом смысле слова. В таких случаях дело идет о тех упомянутых уже выше случаях, когда у матери наступает избыточное отделение молока, когда количество выпаиваемого ребенком молока значительно превосходит указанное для нормы числа и когда единственными клиническими симптомами всегда являются учащенные испражнения или случайная рвота. Однако, плохое или неправильное питание еще не влечет за собой расстройства питания. При таких явлениях — временных — мы не имеем еще права говорить о расстройстве питания, о диспепсии вследствие перекармливания. В самом деле, нетронутый организм новорожденного располагает еще достаточно большим запасом защитных сил, чтобы быть в состоянии противостоять такому временному перекармливанию; кроме того для развития картины расстройства питания на почве перекармливания требуется продолжительное влияние неправильного питания. Как я уже выше говорил, не следует и допускать, чтобы подобное явление вводило нас в заблуждение. Если мы как раз в первые дни лактации, в случае если ребенок действительно выпивает больше молока, чем ему полагается, и в случае появления у ребенка нескольких лишних испражнений тотчас прибегаем к арсеналу терапевтических средств диетыки, заставляем ребенка голодать и по несколько дней намеренно не докармливаем его, то легко случается, что временно или навсегда тормозится все отделение молока вообще и ставится в опасность питание ребенка в будущем. Можно сначала, не взвывая на учащение испражнений, спокойно проводить обычный режим и выжидать несколько дней, не пройдут ли явления сами собой, до тех пор, пока суточное отделение молока не приспособится к потребностям ребенка. При желании быть особенно осторожным, велят опорожнять материнскую грудь пред кормлением рукой или молокоотсосом, чтобы ребенок не пил слишком много, сцеженное же молоко предоставляют другому ребенку, который получает, быть может, слишком мало молока. Но, как я уже сказал, это обыкновенно и не нужно; явления исчезают несколько дней спустя, питание становится нормальным.

Иначе обстоит дело, если ребенок старше. В тех случаях, когда дело действительно идет о перекармливании, мы наблюдаем иногда диспептические явления в форме рвоты или постоянно учащенных испражнений, которые ведут к прекращению нарастания веса или даже к снижению кривой веса. Но в этих случаях дело идет не совсем уж об абсолютном излишке суточного количества выпиваемого молока; количество это едва ли или лишь мало превышает *pro die* нормальные величины. Суть в том, что мать по поведению не придерживается необходимых промежутков между кормлениями и дает ребенку грудь чаще, чем это полагается. В этом, пожалуй, ключ к объяснению того, что в настоящее время мы значительно реже сталкиваемся с расстройствами питания на почве перекармливания, чем в прежнее время. Подумать только, какая огромная просветительная работа была проведена за последние два десятилетия учреждениями охраны младенчества! Кому приходилось 20 или даже только 10 лет тому назад заведывать амбулаторией или консультацией для грудных детей, тот знает, что тогда приходилось бороться главным образом с невежеством и необразованностью матерей. На вопрос, как часто мать дает ребенку грудь, матери отвечали с известной стереотипией: конечно, каждый раз, когда он голоден или как только он кричит. Тому же, кто работает в подобного рода учреждениях в настоящее время, уже редко приходится внимать такому ответу; всякая женщина знает, что она должна давать ребенку грудь не раньше, чем по истечении трех часов. На ряду с пропагандой естественного вскармливания это является существеннейшим успехом деятельности охраны младенчества. Только совершенно неинтеллигентные женщины из отдаленных окраин не осведомлены еще и в настоящее время относительно этого основного условия успешного вскармливания и совершают в этой области ошибки. Успех деятельности врачей и их помощниц во всех домах ребенка и больницах, во всех амбулаториях и консультациях именно в том и заключается, что основной принцип необходимости придерживаться трехчасовых промежутков при кормлении грудью вошел в плоть и кровь матерей. И действительно, в случаях, когда нам приходится натолкнуться на т. н. диспепсию от перекармливания, дело идет почти всегда о детях таких примитивных или необразованных женщин, которые дают своим детям пить не слишком много, а слишком часто. По крайней мере так обстоит дело в больших городах. Легко представляю себе, что в селах, где охрана младенчества не развернула еще так широко и глубоко свою деятельность, или в отсталых в культурном отношении странах дело еще и по сию пору обстоит так, как это было у нас 20 лет тому назад. Попечение—понятие относительное в смысле

времени и места и оно всегда должно приспособляться в своих проявлениях к наличным условиям.

Итак, если мы имеем дело с перекармливаемым ребенком, то необходимо прежде всего выяснить два обстоятельства: 1) носит ли перекормливание постоянный или временный характер и 2) действительно ли клинические явления объясняются исключительно перекармливанием или же причина их кроется в чем либо другом. Для разрешения последнего надо прежде всего выяснить, не объясняются ли клинические явления т. п. парентеральной инфекцией. Нам известно, ведь, что у грудных детей всякий патологический процесс в организме, прежде всего все лихорадочные заболевания, в том числе и такие, которые видимо совершенно не находятся в связи с желудочно-кишечным каналом, как бы проэцируются на последнем. Говоря проще, мы должны прежде всего выяснить, не лихорадит ли «диспептический» ребенок. Если обнаруживается повышение температуры, то едва ли можно объяснить его расстройством питания (конечно, только у вскармливаемого грудью ребенка!). Найти причину такого повышения температуры не всегда легко, особенно для практикующего врача. Otitis media, цистопиелит, *angina retronasalis* иногда легко ускользают от внимания при исследовании, но при достаточном опыте и добросовестности их всегда удастся обнаружить. Но если ребенок не лихорадит, да и никаких вообще данных, говорящих за расстройство иного, а не желудочно-кишечного происхождения, не находят, то в случае диспептических явлений и чрезмерного количества выпиваемого ребенком молока важно, носит ли перекармливание лишь временный характер или же оно представляет постоянное явление, главным же образом, имеем ли мы в данном случае дело со слишком короткими промежутками между кормлениями или с большой нерегулярностью в кормлении. Второе бывает чаще. Если дело идет лишь о временном явлении, о том, что мать лишь несколько раз позволила себе соблазниться и по каким либо соображениям давать ребенку нерегулярно грудь, то удастся очень скоро устранить болезненные явления. Предписывают совсем пропустить одно, максимум 2 кормления грудью, заменяя их небольшим количеством слегка подслащенного чая (русского или ромашкового), матери же надо предложить по возможности хорошо отжимать грудь в течение этого времени, чтобы не пострадало более или менее заметно отделение молока. Надо позаботиться также о том, чтобы и в ближайшие сутки или двое суток ребенок получал пищу строго регулярно с соблюдением предписанных промежутков, но чтобы, оставаясь меньше времени у груди, он получал меньше молока, чем нормально. Недостаток жидкости можно опять таки восполнить чаем. В течение этого

времени также надо поддерживать на высоте отделение молока путем искусственного опорожнения груди. По истечении двух суток явления настолько улучшаются, что можно опять регулярно давать ребенку грудь, вменив матери в обязанность строжайшим образом соблюдать промежутки при кормлении.

Если дело идет о постоянной нерегулярности промежутков между отдельными кормлениями и о более или менее хронически существующих диспептических явлениях, то можно не вводить голодных промежутков и ограничиться тем, что определено, если нужно, даже в резкой форме, ставят матери на вид недопустимость ее поведения и требуют от нее строжайшего соблюдения промежутков между кормлениями. В таких случаях абсолютно показано кормить лишь с четырехчасовыми промежутками. Дело идет здесь обыкновенно о несколько более старших детях и о несомненно достаточном, иногда даже избыточном отделении молока, и в таких случаях соблюдение четырехчасовых промежутков между кормлениями оказывается особенно благотворным. Приймаая, однако, во внимание общее положение дела, ибо в этих случаях дело идет о крайне невежественных и недоверчивых к тому же матерях, при назначении особенно продолжительных промежутков между кормлениями приходится наталкиваться на довольно большие затруднения. В этих случаях проявляется личный авторитет и такт врача. Надо быть хорошим знатоком людей, чтобы понимать, можно ли достичь желанной цели у одной женщины спокойным объяснением сути дела и мягкими уговорами, у другой же—угрожая тяжелым заболеванием ребенка в случае несоблюдения предписаний врача. На все это можно лишь указать, научить же этому нельзя. Во всяком случае надо быть уверенным в своей правоте и уметь пробуждать в матери чувство доверия, и тогда можно несомненно тем или иным путем достичь цели.

Но я снова подчеркиваю, что в настоящее время мы, к счастью, лишь редко имеем дело с явлениями перекармливания и что их уже далеко не так приходится опасаться, как еще сравнительно недавно.

#### Пятая лекция.

### **Относительное голодание вскармливаемого грудью ребенка (I).**

Под этим заглавием мы рассмотрим ряд состояний, временных и постоянных, которые встречаются чрезвычайно часто, нередко остаются нераспознанными по существу и ошибочно толкуются, но лечение которых является одной из благодарнейших задач нашей специальности; поэтому то они и заслуживают подробного описания.

Подведя под поставленное в заглавии название все, что обусловлено у поворожденного и у грудного ребенка недостатком грудной пищи с количественной или качественной точки зрения, нам придется, начиная уже с поворожденного, иметь в виду все те временные состояния, которые возникают вследствие того, что ребенок получает меньше грудного молока, чем он должен получить, безразлично, из какого бы расчета ни исходить. Причины такого дефицита пищи могут быть, конечно, различны, действие же их на ребенка, а с тем вместе и имеющаяся пред нами клиническая картина, конечно, одинаковы. Чтобы можно было оказать помощь в таких случаях, необходимо самое точное знакомство с этими клиническими картинами.

Простейший случай, конечно, тот, что вследствие неправильной техники кормления грудью или запоздлого появления молока в груди и медленного вначале отделения молока грудь дает мало молока. У поворожденного появляющаяся в результате этого клиническая картина сравнительно однообразна. Мы находим прежде всего, что количества выпиваемого молока далеко ниже теоретически требующихся. Само собой разумеется, что при этом следует принимать во внимание все индивидуальные факторы, о которых мы уже упоминали выше. Это касается главным образом детей с весом, особенно же с длинной больше среднего. Выше я уже говорил, что этот момент имеет значение уже у поворожденного и что здесь нам надо орудовать с несколько более высокими цифрами, другими словами, что у крупного ребенка состояние относительного голодания проявляется раньше и легче, чем у нормального и тем более субнормального по длине. Далее, мы находим значительное беспокойство ребенка, плохое и неправильное сосание, быстрое снижение кривой веса до самой низкой точки «физиологического» падения веса, продолжительную задержку на этой низкой точке и постепенное, медленное, с колебаниями происходящее нарастание веса и в связи с этим запоздалое достижение первоначально имевшегося при рождении веса. Дети необычно долго имеют плохой вид, худы, иной раз серы и даже несколько цианотичны. Особенно характерна плоская и даже втянутая, туго напряженная брюшная стенка. Слизистые оболочки не бледны, как это бывает нормально, а красны, иногда — при сильных степенях — темно-красны и сухи; в некоторых случаях распространяется явственный запах ацетона. Мы часто находим довольно высокую и затяжную преходящую лихорадку. Испражнения таких детей крошковаты и плохого цвета, выделяются обычно лишь небольшими количествами и лишь редко находим мы у поворожденного, реже у старших детей, ниже подробно описываемые мнимые

запоры, состояние, при котором испражнения выделяются лишь раз в 2—3 дня. Лишь в самых тяжелых случаях дело доходит до «голодного коллапса». Это бывает в случаях с полным почти отсутствием отделения молока у матерей, главным же образом у слабых, дебильных детей или недоносков, и наступает такое состояние, конечно, только после многодневного голодания. Ребенок впадает, как показывает название, в настоящий коллапс, худеет, становится бледным или серо-цианотичным; субнормальная температура и учащение пульса, заставшая, совершенно вялая брюшная стенка дополняют картину.

Отнюдь не следует оставлять без лечения и более легкие случаи, хотя надо признать, что во многих случаях, особенно в тех, когда дело идет о запоздалом появлении молока или о первоначально лишь замедленном отделении молока у матери, описанное состояние само собой проходит, уступая место нормальному. Не надо, ведь, забывать, что относительное недокармливание новорожденного, насчитывающего лишь несколько дней жизни ребенка, представляет собой физиологическое и целесообразное явление, поскольку оно не достигает высоких степеней. Незначительные первоначально количества выпитого молока не должны вполне покрывать у новорожденного в калорийном отношении потребность его в пище, ибо после рождения ребенка кишечник его должен раньше приспособиться к своей деятельности, они должны главным образом удовлетворять потребность в жидкости. Из анализов обмена веществ и исследований содержания воды в крови мы, ведь, знаем, что оскудевший водой новорожденный даже при скудном введении жидкости жадно задерживает введенную воду. Таким образом, поскольку дело идет о детях, насчитывающих лишь несколько дней жизни, и поскольку дети эти получают не слишком уже мало пищи, не приходится опасаться голодания новорожденного. Но не всегда можно рассчитывать на такой благоприятный случай. В части случаев бывает как раз наоборот: состояние ухудшается, если не принимают терапевтических мер. Чтобы понять это, надо восстановить в памяти физиологические условия. Допустим, что дело идет о медленном отделении молока у матери, при котором не может быть удовлетворена потребность ребенка в пище в первые дни жизни. Что произойдет? Ребенок ест меньше и не насыщается. Если это спокойный ребенок, то он спит слишком много, для кормления его приходится каждый раз будить, он ест тогда плохо, не опорожняет достаточно груди, отделение молока уменьшается тогда вместо того, чтобы усилиться, а спустя короткое время оно совершенно прекращается. Или же, если ребенок беспокойный, иногда невротичен, он непрерывно кричит от голода, ко времени кормления бывает усталым от крика,

пьет ровно столько, сколько требуется для удовлетворения самого острого чувства жажды, не опорожняет поэтому вполне груди и результат получается прежний — полное прекращение отделения молока в скорости или же остановка его на отнюдь недостаточной ступени, тогда как именно в первое время отделение молока должно всего больше усиливаться. К этому присоединяется еще другая, скорее психический момент со стороны матери. Представьте себе, как отражается на психике молодой матери, если новорожденный в первые же дни жизни создает такие трудности, если мать, которая еще устала и истощена беременностью и родами, день и ночь обременена еще кричащим ребенком, как она беспокоится, когда сама видит, что ребенок со дня на день выглядит все хуже и хуже и не прибавляется в весе. Как часто слышишь тут мнение, особенно со стороны озбоченных благом женщины окружающих: ребенок не переносит молока матери, разумнее было бы сразу кормить его из рожка и т. п. И часто приходится видеть, что таких детей действительно перестают кормить грудью, что ошибочно предполагают у женщины невозможность кормить грудью и без основания лишают ребенка преимущества вскармливания грудью. У нас имеются поэтому все основания не оставаться бездейственными в случаях недокармливания новорожденного, а активно вмешаться.

Каким образом должно это произойти, зависит, конечно, от причины недокармливания. Если дело в плохой технике кормления грудью, главным образом в том, что ребенок избалован слишком продолжительным оставлением у груди при кормлении, то это надо, конечно, уладить. К этим же случаям преимущественно относится и то, что не следует слишком упорно настаивать на пяти кормлениях в сутки, а лучше разрешить шесть кормлений, так как благодаря этому устраняется момент обречения ребенка на слишком продолжительное голодание и на крик до усталости, а с тем вместе и недостаточное опорожнение груди. У таких особенно беспокойных детей допустимы даже семь кормлений в сутки, правда, кратковременных. Однако, в большинстве подобных случаев дело идет не просто об ошибке в технике кормления грудью, а действительно о недостаточном отделении молока в начале лактации, т. е. о первичной количественной гипогалактии. Как помочь этому? Никакими домашними средствами здесь делу не помочь. Благожелательные родственники думают, что первоначальному недостатку молока следует помочь усиленным питанием матери, главным образом введенным обильных количеств жидкости. Приходишь иногда в ужас от того, что должна накачивать в себя такую несчастная женщина, молоко и кофе в невероятных количествах, пиво с различнейшими примесями, солодовые препараты

и другие «укрепляющие средства», супы и каши, к которым большинство женщин питает отвращение. Акушерки и сиделки в свою очередь рекомендуют «лактогонные» средства, которые я здесь вовсе и не намерен перечислять. Я категорически высказываюсь против слишком обильного введения пищи и жидкостей, так как это не может помочь злу и ведет лишь к усиленному выделению введенных веществ через кишечник, почки, кожу и легкие, а не к усилению отделения молока. Показал же Schick, что для отделения литра молока — а от такого количества мы еще очень далеки в периоде поворожденного — женщина должна получать приблизительно в  $1\frac{1}{2}$  раза больше пищи, чем нормальным образом при легкой работе. Таким образом, излишек, необходимый женщине для выработки незначительных вначале количеств молока, почти не повышает потребности в пище и регулируется инстинктивно усиленным чувством голода и особенно жажды у матери. Если же ктонибудь непременно желает дать «лактогонию», то он может сделать это в сознании, что применяет суггестивное средство, ибо до настоящей поры мы не знаем вещества, которое при введении перорально усиливало бы отделение молока.

Единственная действительная здесь мера это окольный путь чрез ребенка. Путем предъявления повышенных требований младенец должен вызвать у матери усиление отделения молока, и этого можно достигнуть следующими путями. В качестве наиболее простой меры рекомендуются прикладывание к обоим грудям при каждом кормлении. Припомните, что раньше, а именно когда речь шла о вялом сосании при достаточном отделении молока у матери, я категорически возражал против этой меры. С такою же категоричностью я могу ее рекомендовать при установленном недостаточном отделении молока. Как отличить вялое сосание от гипогалактии, я уже говорил выше (дробное взвешивание). Таким образом, установив скудное отделение молока, мы прежде всего прибегаем к кормлению из обеих грудей. Но и тогда надо соблюдать определенные правила, если желаешь достичь цели, т. е. усиления отделения молока. Дело идет о том, чтобы повышать предъявляемые к груди требования и тем вызвать усиленное отделение молока, и нужно стремиться к тому, чтобы грудь энергично, полностью и часто опорожнялась; не надо, однако, выдать при этом в противоположную ошибку — предоставившем ребенку слишком продолжительной возможности сосать грудь приучить его к сосанию впустую и тем содействовать понижению деятельности груди. Надо во что бы то ни стало противодействовать застою молока вследствие недостаточного опорожнения груди и тем самым скорой инволюции отделения молока. Делать это надо следующим образом: рано утром,

при первом кормлении надо приложить ребенка сначала, скажем, к левой груди, предоставив ему сосать из нее до тех пор, пока грудь не будет совершенно опорожнена, т. е. 15, максимум 20 минут. После этого прикладывают еще ребенка к правой груди не больше, чем на 5 минут, с целью путем опорожнения поверхности скопившегося уже количества молока увеличить вышитую ребенком порцию. При следующем кормлении меняют груди. Сначала прикладывают к правой груди на 15—20 минут, а затем на 5 минут к левой груди и т. д. Если дело идет о медленно и вяло сосущих детях или же если дети уже немного плохо приучены предшествовавшим голоданием, то в первые дни такого режима можно побудить детей к лучшему сосанию тем, что оба раза их переключают, пробуждая таким образом от сна. Обыкновенно уже спустя 2—3 дня можно наблюдать возрастание количества молока, дети начинают лучше шить, благодаря чему и грудь начинает лучше работать; добившись желательного количества молока, можно снова вернуться к системе кормления из одной груди.

Но во многих случаях этой меры прикладывания к обоим грудям недостаточно. Либо гипогалактия очень значительна, либо же дети настолько вяло сосут, что возрастание количества молока подвигается чрезвычайно медленно и мы стоим перед угрозой дальнейшего нежелания ребенка сосать и прекращения отделения молока. Здесь можно помочь тем, что помимо прикладывания ребенка к обоим грудям делают еще последовательно отсасывание или отжимание обеих грудей, увеличивая таким образом предъявляемые к груди требования. После того как ребенок описанным выше образом пососал из обеих грудей, берет молокоотсос и совершенно опорожняют обе груди. Здесь также проводят описанную уже выше систему, заключающуюся в том, что после каждого кормления ребенку дают с ложечки искусственно опорожненное при предыдущем кормлении, сохраненное в холодном виде и снова подогретое молоко. Этим предотвращается чрезмерное удлинение времени кормления и вместе с тем утомление матери и ребенка. При наличии необходимых приспособлений можно попробовать также лечение застоям по Bier'у. Иногда удается помочь делу и путем прикладывания к груди другого ребенка, что довольно легко провести в родильном доме, в частном же доме встречает обыкновенно большие затруднения и зависит от случайного наличия второй кормящей грудью женщины, у которой имеется в изобилии молоко и которая изъявляет на то свое согласие. Ведной молоком или с грудом молока дающей женщине можно приложить к груди хорошо сосущего ребенка другой женщины и таким образом основательно опорожнить грудь и возбудить в ней отделение молока, тогда как голодающего ребенка прикладывают

к груди обильно дающей молоко женщины. Но если это по внешним причинам невозможно, то прежде чем перейти к прикармливанию искусственной пищей, остается еще возможность приглашения кормилицы. В одной из последующих глав мы подробно остановимся на выборе кормилицы; здесь же скажем лишь, что у вяло сосущего ребенка кормление грудью кормилицы требует строгого регулирования и надзора, если только не хотят, чтобы плохо сосущий ребенок не вызвал у кормилицы, как и у матери, инволюцию груди. Но в последнее время по различным ниже излагаемым причинам стали сильно ограничивать число случаев прибегания к услугам кормилиц и потому обыкновенно приходится обходиться без этой меры. Итак, если в нашем распоряжении не имеется второй матери или кормилицы и если мы по прошествии нескольких дней убеждаемся, что все перечисленные меры не приводят к цели, что количество молока не увеличивается или же мало возрастает, а ребенок не прибывает или даже убывает в весе и худо выглядит, то худо ли, хорошо ли, необходимо прибегнуть к прикармливанию искусственной пищей. Я хочу, однако, резко подчеркнуть, что за исключением случаев крайне дебильных детей и полной агалактии у матери, никогда не бывает необходимости уже на первой неделе жизни прибегать к прикармливанию искусственной пищей. Сносно выглядящий ребенок всегда переносит относительное голодание на первой неделе жизни и нередко условия отцеждения молока улучшаются настолько, что не следует напрасно брать на себя риск прикармливания коровьим молоком. Поселение в кишечнике ребенка бактериальной флоры коровьего молока влечет за собой такого рода изменения и в течение продолжительного времени сохраняющиеся условия, что на искусственное прикармливание, действительно, можно решиться лишь, когда все прочие средства исчерпаны и нет надежды обойтись одним только грудным вскармливанием, но, как уже сказано, ни в коем случае не на первой неделе жизни. В общем можно обойтись разбавленным пополам молоком с 5—8% тростникового сахара. Но прикармливать надо так, чтобы не терять из виду первоначальную нашу цель, а именно возможно лучшее возбуждение деятельности материнской груди; нельзя, стало быть, совершенно выключить отдельные кормления грудью, заменив их рожком, необходимо каждый раз прикладывать ребенка к груди и восполнить искусственной пищей количество, недостающее по сравнению с желательным для нас общим количеством выпитого молока. Необходимо при этом считаться с тем — об этом мы ниже услышим подробнее — что благодаря предшествовавшему несколько дней продолжавшемуся относительному голоданию выносливость желудочно-кишечного канала ребенка несколько по-

нижена. Таким образом нам почти всегда необходимо считаться с тем, что вначале искусственного прикармливания у детей легко наступает рвота. Этому не следует придавать большое значение. 1—2 дня спустя явление это проходит и если принять предосторожности и не давать детям в первые дни всего должного количества, т. е. того количества, которое они должны были бы получить в соответствии со своим возрастом и весом, а давать им вначале несколько меньше, то удастся либо совершенно избежать этого состояния первоначальной невыносимости, либо очень смягчить его. Итак, дело должно быть поставлено таким образом, что детей как и раньше прикладывают к груди при каждом кормлении, соблюдая в течение некоторого времени известную осторожность, восполняют затем соответствующее определенному дню количество пищи, поскольку оно не покрывается грудным молоком, введенным указанной выше искусственной пищи, по возможности с ложечки. Только в случае большого дефицита можно сразу дать рожок. Чего достигаем мы этим? Ребенок наливает я, наконец, досыта, спокоен, спит в течение всего промежутка между кормлениями. бывает бодрым и способным сильно сосать при ближайшем кормлении, в соответствии с этим он предъявляет большие требования к материнской груди и благодаря этому усиливает отделение молока у матери. И мы видим тогда, что уже спустя несколько дней, если только материнская грудь действительно хоть сколько нибудь работоспособна, вышиваемое из груди количество молока все возрастает, а необходимая прибавка искусственной пищи становится все меньше, и очень часто случается, что прикармливание искусственной пищей оказывается лишь временно необходимым, что по прошествии 1—2 недель этих детей снова переводят на исключительное вскармливание грудью. Само собой разумеется, что в случае желанья достичь этой цели нужно подчинить своему врачебному авторитету всех окружающих ребенка и строго наблюдать за делом кормления грудью. Но уже успокоение, наступающее с прикармливанием ребенка, то обстоятельство, что мать и прочие окружающие замечают, что ребенок прибывает в весе и лучше выглядит, успех достигнутый усилением у матери отделения молока, поднимают авторитет врача, который нам у новорожденного приходится сначала завоевывать, и дают нам ценническую опору при других наших мероприятиях, которые нам приходится проводить в дальнейшем.

Несколько иначе обстоит дело у старших грудных детей. Дело идет здесь преимущественно о детях на 2-м или 3-ем месяце жизни, которых нам приходится лечить из за недостаточного питания. Лицу, незнающему с условиями, может показаться удивительным, что такое продолжительное голодание вообще

возможно без того, чтобы родители такого ребенка не почувствовали уже ранее тревоги. Однако, в действительности это так, и причиной этого служит поразительная клиническая картина, которую представляет одна группа, я резко подчеркиваю, только одна группа голодающих детей. Этой группой мы и займемся прежде всего.

Причина голодания таких детей заключается почти всегда в недостаточном отделении молока у матери, притом только в количественном смысле, в первичной, большую же частью во вторичной количественной гипогалактии, т. е. отделение молока у матери, достаточное вначале, по прошествии одной недели лактации начинает падать, или, что бывает чаще, остается в одном неизменном положении. И так как — мы об этом уже слышали выше — при физиологических условиях количество молока у матери в первые 2 — 3 недели быстро повышается, чтобы лишь со середины третьего месяца остановиться на определенном уровне в 900 — 1000 гр. pro die, то при вторичной гипогалактии достигается только значительно более низкий уровень суточной продукции молока, который не изменяется и не достигает необходимых для ребенка более значительных количеств. Все это происходит, конечно, исподволь и незаметно, ребенок постепенно привыкает к малым относительно количествам молока, а потребность его в жидкости удовлетворяют, давая ему иногда чай. Кривая веса постепенно уплощается; за незначительными недельными колебаниями, обнаруживающимися иногда и небольшое повышение веса, мать и врач совершенно не замечают не изменяющегося в целом хода кривой веса, и по прошествии нескольких недель появляется картина относительного голодания. В очень редких случаях дело идет при достаточных в количественном отношении количествах молока о дефиците в составе пищи, дефиците, касающемся главным образом содержания жира в пище, следовательно, о качественной гипогалактии. В случае подозрения, что дело идет, быть может, об этом состоянии, которое вызывает ту же клиническую картину, что и количественная гипогалактия, надо, конечно, убедиться в правильности предположения путем анализа молока женщины. Я не буду приводить цифр нормального состава женского молока, их можно найти в любом учебнике, а в повседневной практике мы в настоящее время совершенно отказываемся от анализа женского молока, к которому раньше часто прибегали, применяя, впрочем, большую частью ненадежные методы. Но если мы когда либо действительно наталкиваемся на качественную гипогалактию, то следует, конечно, при помощи точных методов исследовать состав молока матери или кормилицы. Скорее всего можно ожидать значительного дефицита в содержании жира, который мож-

но в таком случае компенсировать прибавлением коровьего масла, эмульгируя его в женском молоке.

Имея дело с этой описываемой нами ранее других группой голодающих грудных детей, нам часто приходится поражать родителей неожиданностью. Обыкновенно поводом для обращения за медицинской помощью является запор. Мать обращается к врачу по поводу того, что ребенок не имеет самостоятельного стула и если не прийти на помощь клизмами и слабительными, то ребенок лишь каждый второй или третий, иной же раз лишь каждый четвертый или пятый день выделяет небольшое количество вязкого, темного, сильно тягучего голодного кала. Когда после тщательного выяснения анамнеза и status'a матери говорят, что ее ребенок голодает, то велико бывает ее изумление и оно тем больше, что ребенок не обнаруживает доступных пониманию профана симптомов голода. Подобный ребенок не кричит, наоборот, он особенно спокоен, спит поразительно много, не просыпаясь иногда даже ко времени кормления. Но при этом дети обнаруживают уплощение кривой веса или остановку ее на одном уровне, не обнаруживают нормального розового колорита, а имеют плохой, бледный или серый цвет кожи, они худы и как уругость кожи, так и тону мускулатуры сильно понижены. По причинам, ниже излагаемым, на последний симптом должно быть обращено особое внимание. Далее, дети обнаруживают втянутый живот, довольно глубоко запавшие глаза и при более высоких степенях явственное замедление пульса, а в наиболее тяжелых случаях даже понижение температуры. Все это легко было бы понять. Объяснения требует лишь отсутствие стула и исключительное спокойствие детей.

Что касается первого, то мы должны будем уклониться здесь несколько в сторону и рассмотреть кое-что, относящееся к норме. Согласно академическим взглядам «нормальный» стул вскармливаемого грудью ребенка «золотисто-желтый, мазучий, гомогенный и с приятным кисловатым запахом», он должен проходить 1—2 раза в сутки. Я едва ли допускаю, чтобы нашлся педиатр, которому удалось бы видеть вышеописанные испражнения более, чем у 20% всех вскармливаемых грудью детей. Гораздо чаще испражнения крошковаты, иногда несколько зеленоваты, иногда с примесью слизи и в большинстве случаев стул бывает несколько раз на день. Мы можем спокойно сказать, что если ребенок испражняется не чаще 4 раз в сутки, то можно на этот счет не беспокоиться. Что же означает, если у этой группы голодающих детей стул бывает даже не раз в день, а лишь с промежутками в 2—5 дней? Мы называем это мнимым запором. Конечно, предварительно надо исключить все механические моменты запора (врожденные сужения кишек, опухоли, атонию, болезнь Hirsch-

sprung'a, пупочную грыжку и т. п.). Но обыкновенно все эти моменты могут быть исключены уже потому, что в первые недели жизни опорожнение кишечника происходило у этих детей вполне регулярно, и картина запора развилась лишь позже. Женское молоко нища крайне бедная отбросами и остатками. Если вводятся слишком мало нищи, то организм, растущий организм, в котором тенденция к росту доминирует, удерживает все, что необходимо для сохранения и увеличения его и остается слишком мало веществ, главным образом слишком мало кислых продуктов для того, чтобы побудить кишечник хотя бы к одному самопроизвольному опорожнению в течение суток. Стул задерживается, все больше сгущается в кишках, состав ионов изменяется в неблагоприятном смысле в отношении кислых возбуждающих перистальтику веществ, и таким образом опорожняется описанный выше тягучий, темный голодный кал. И вот тут то, как я могу вас уверить на основании своего богатого опыта, врачи, лишь поверхностно останавливающиеся на жалобах матери на запор, совершают самые тяжелые ошибки. Ограничиваются обычно назначением клизм или карлсбадской воды или даже драстических слабительных (злосчастный каломель все еще играет роль в таких случаях!). Чего достигают этим? Побуждают кишечник к изгнанию его содержимого и проводят грубейшее симптоматическое лечение, для устранения же причины зла ровно ничего не предпринимается. Надо, наконец, открыто высказать, что незнакомство с картиной голодания, главным образом с минимым запором, причинило уже бесконечно много вреда и что этим врачи лишили себя одной из благодарнейших областей педиатрической деятельности. Итак, надо тщательно исследовать, надо собрать самый подробный анамнез и прежде всего убедиться при помощи весов, что ребенок действительно голодает. Лечение тогда само собой уже ясно. Можно сделать пробу, как я это описал уже у новорожденного, не являются ли все же причиной всей картины недочеты в технике кормления грудью, т. е. надо прикладывать ребенка при каждом кормлении к обоим грудям описанным выше образом. Однако, у старших детей это обыкновенно не приводит уже к цели; грудная железа уже не вполне работоспособна и в таких случаях необходимо отрешиться от ригоризма в вопросе кормления исключительно грудью. Правило, что лучше предоставлять ребенку голодать у груди, чем кормить его искусственной пищей, не выдерживает критики, ибо длительный голод повреждает слизистую оболочку желудка так, что ее иногда не удается восстановить в течение многих месяцев. Таким детям надо либо предоставить, как мы это видели уже выше у новорожденных, второе дитя вместе с обильно дающей молоко матерью или же их надо

прикармливать искусственно. В этих случаях также надо лишь дополнять отдельные кормления, но не сразу до требуемого количества, а до величин, количественно и качественно ниже соответствующих нормальных величин, неделю же спустя полностью: иначе говоря, если дело идет, как это бывает в большинстве случаев, о детях на 2-м и 3-м месяце жизни, дают сначала молочно-слизистую, позже молочно-мучную смесь, количество которых лишь в первое время ниже нормальной величины, но вскоре должно быть доведено до полного, полагающегося ребенку количества.

Поразительно иногда, как значительно прибавляются подобные дети в весе в первое время после прикармливания. Прибавление в весе на 500 гр. и больше в первую неделю отнюдь не редкость. На таком ребенке буквально видно, как он увеличивает свой организм, в какой короткий срок он из слабого, худого ребенка превращается в упругого, круглого, розового младенца. Только тогда мать начинает верить в диагноз «голода». Лишь тогда она понимает, что предположение врача было верно, хотя ребенок был всегда так спокоен и никогда не проявлял признаков голода. Таких детей можно смело назвать «тихими страдальцами», которые покорно привыкли к многонедельному недостатку в пище. Объяснение особого спокойствия этих детей надо искать только в конституциональных свойствах, подобно тому как у детей совершенно противоположного типа, которые беспокойно мечутся, день и ночь кричат, мы предполагаем обусловленную конституцией повышенную возбудимость.

Здесь будет, пожалуй, уместно упомянуть о детях особого рода, которых можно назвать „хорошо и спокойно использующими детьми“. Это также уже не новорожденные, а 2—5-месячные дети, которые превосходно развиваются; они отлично прибавают в весе, имеют хороший цвет кожи и хороший тургор и тонус, одним словом, дети, производящие впечатление отлично развивающихся грудных детей, но только самопроизвольное опорожнение кишечника происходит у них не ежедневно, а, как у только что рассмотренной группы грудных детей, лишь каждый второй или третий день, иногда еще реже. Объяснение этого явления таково же, как и у выше описанной группы. Такие дети полностью используют для роста и нарастания массы получаемую ими пищу, которая по количеству обычно близка к нижним пределам нормы, и от нее остается слишком мало для того, чтобы вызвать хотя бы одно самопроизвольное опорожнение кишечника в сутки. У меньшинства таких детей такое состояние длится довольно долго, иногда в течение 2—3 месяцев. У подавляющего же большинства их бывает так, что вначале, в первые недели жизни, дети хорошо прибавают в весе и имеют стул по несколько раз в сутки. Затем наступает пе-

риод продолжительностью в несколько недель, когда у них не бывает ежедневного стула, но в весе они хорошо прибывают — это тот период, когда их именно и можно назвать «хорошо использующимися детьми»; — если на явление это не обращают внимания, то после этого наступает период, в котором задержка стула продолжается, но кривая веса уплощается и, наконец, совсем останавливается на одном уровне. Это явление указывает нам на то, что отсутствие стула обусловлено мнимым запором, который вызван неполным удовлетворением потребности в пище и требований роста. В первом периоде все нормально, во втором периоде пищи как раз еще достаточно для покрытия паростания веса, но ее не хватает хотя бы на одно исражнение в сутки; и лишь в третьем периоде проявляется полностью картина относительного голодания, мнимого запора и прекращения нарастания веса.

С терапевтической точки зрения об этих детях можно сказать, что пока они хорошо прибывают в весе, отсутствие стула не следует придавать значение, т. е. надо отказаться от каких бы то ни было симптоматических мер, направленных на искусственное опорожнение кишечника. Но за такими детьми надобно следить и быть готовым к тому, что в один прекрасный день наступит третья стадия, когда вводимой пищи не хватит уже для нарастания веса и когда необходимо принять все изложенные выше при относительном голодании меры. Само собой разумеется, что врачебное вмешательство в этих случаях не так уж спешно; нет необходимости приступить к прикармливанию, как только нарастание веса приостанавливается на одну неделю. В большинстве случаев дело идет здесь о несколько более старших грудных детях, у которых кривая веса и нормальным образом не так уж непрерывно идет вверх, как у новорожденного, а обнаруживает колебания. Но если кривая веса по прошествии 2 — 3 недель не проявляет более тенденции к движению вверх, то необходимо прикармливать. Впрочем, вышываемые ребенком количества молока, которые у таких детей всегда держатся в весьма скромных границах, позволяют судить, с чем мы имеем дело.

### Шестая лекция.

#### **Относительное голодание вскармливаемого грудью ребенка (II).**

Если я в предыдущей лекции сказал, что весьма распространенное незнание с описанной клинической картиной относительного голодания причинило вред уже очень многим грудным детям, то это еще в большей мере относится к другой более многочисленной группе голодающих грудных детей, у которых клиническая картина еще более обманчива. Она ведет часто к оши-

бочному смещению с действительными расстройствами питания и может ввести иногда в заблуждение даже опытного врача. Я считаю поэтому необходимым дать подробное описание ее.

И здесь приходится сказать, что картину эту можно наблюдать как у новорожденных, так и у нескольких старших грудных детей. И так как картина, как мы уже говорили, обманчива, то и у таких детей основание к врачебному вмешательству всегда несколько неясно. Если при описании предыдущей группы мы говорили, что к нам обращаются за советом большею частью из зазора, то у второй группы это случается по совершенно противоположной причине; у них имеются «ноносы» (я сейчас объясню, почему я взял это слово в кавычки) и обычно также рвота.

Если дело идет о новорожденных, то мы находим следующие показания: ребенок очень беспокоен, кричит день и ночь, худ и сух, цвет плохо, количество выпиваемого молока заметно ниже нормальных величин, очень часто мы встречаем рвоту и всегда указание на то, что у ребенка «непрерывный» стул. Остановившись тотчас же на этом указании, мы при более подробном опросе выясняем следующее: испражнения никогда не выделяются в большом количестве, в лучшем случае 1—2 испражнения утром бывают несколько более обильными. В течение же дня выделяются постоянно лишь мелкие «брызги», обычно жидкие и водянистые, зеленые, иногда немного слизистые. Дальнейшее характерное указание, получаемое, однако, всегда лишь после настойчивых расспросов, гласит, что обычно мать замечает, что ребенок испражняется уже во время кормления грудью, пока он еще лежит у груди. Далее, имеется указание, что у детей легко образуются опрелости, всевозможные формы экземы на наружных половых органах и заднем проходе, что объясняется большей частью частыми испражнениями.

У старших грудных детей картина в основном такова же. Разница лишь в том, что в этих случаях обычно вначале, в первые несколько недель жизни, ребенок был совершенно нормальным и хорошо прибывал в весе, не было у него также значительно учащенных испражнений, и описанные выше симптомы развились лишь позже. Рука об руку с этим идет остановка кривой веса на одном уровне, в лучшем случае кривая становится очень плоской и дает значительные, необычные для этого возраста колебания. Всего более тревожат всегда родителей, как у новорожденных, так и у более старших грудных детей, испражнения, и стереотипический диагноз, который приходится обыкновенно выслушивать в этих случаях, это «катарр кишек».

Вы видите, что это ошибочное заключение. Не всякое учащение испражнений следует толковать, как проявления воспали-

тельных или других каких либо органических изменений кишечника. Ибо если определить общую массу этих испражнений, как это часто делают в опытах с обменом веществ, то оказывается, что она отнюдь не превышает количества испражнений, выделяемых нормально развивающимся ребенком. Дело лишь в том, что опорожнение кала происходит не один или два раза в сутки, как обычно, а значительно чаще.

Второй ошибочный вывод, обыкновенно делаемый в таких случаях врачом, это то, что «катарр кишек» непременно надо объяснить перекормливанием. Последствием этого является то, что из терапевтических якобы соображений такого ребенка заставляют голодать, вводя «чайные» часы, а у особенно радикальных врачей даже сразу целые «чайные» дни, дают при малейшей возможности слабительное, еще более ограничивают и без того малые количества выпиваемого молока и этим лишь ухудшают картину. Если состояние не улучшается, как это легко предвидеть, то снова заставляют ребенка голодать и т. д., пока не появится какойнибудь ангел-спаситель, иногда в лице бабушки, которая «всегда давно уже утверждала, что ребенок голоден». Таким образом в течение нескольких недель здоровый и цветущий первоначально ребенок превращается в жалкого, худосочного, вечно кричащего младенца, картина «*atrophia e medico*» готова. Я прошу не счесть этого описания за проявление высокомерия или воображаемого превосходства над другими; я не нарисовал бы вам так ярко этой картины, еслибы не видел ее десятки раз.

Для полноты картины я должен упомянуть здесь еще об одном обстоятельстве. У первой группы голодающих грудных детей, у «тихих страдальцев», мы видели, что они обнаруживают обычно весьма пониженный тонус мускулатуры. У второй группы, у «строптивых», мы наблюдаем совершенно противоположное явление: тонус мышц у них, особенно у новорожденных, обычно крайне повышен. Ознакомиться с состоянием тонуса можно следующим простым образом. Гипотонический ребенок, взятый за руку, обнаруживает очень плохой «хватательный рефлекс», т. е. он лишь слабо смыкает свои пальцы вокруг пальца производящего исследование врача и выпускает палец, чуть только потянут его. Гипертонический же ребенок судорожно захватывает палец и при попытке извлечь его тотчас же напрягает все мышцы плеча, предплечья и даже бедра, так что в случаях значительного повышения тонуса удается даже поднять вверх всего ребенка за одну ручку. Еще резче проявляются различные степени тонуса мышц при следующем опыте, который мы, однако, не советуем применять в частном доме и особенно в присутствии родителей: если захватить грудного ребенка за обе ножки и свесить его головкой

вниз, то ребенок с нормальным тонусом обнаруживает легкое сгибание (под очень тупым углом) в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах. Головка находится в положении легкого сгибания. Если опыт этот производится с гипотоническим ребенком, то он весь опускается, тазобедренный, коленный и голеностопный суставы максимально выпрямлены, голова свисает совсем вниз, почти что «запрокинута на шпигу». У гипертоника мы находим, несмотря на подвешивание, согнутое почти под прямым углом положение всех трех названных суставов и одновременно сгибание головки.

Поцщем объяснения для этих странных явлений. Действительно, кажется странным, что ребенок, страдающий рвотой и «поносами» — такое состояние настоятельно требует от нас тщательного собиранья анамнеза и выяснения вышеописанных деталей (характер опорожнения кишечника, свойства испражнений, количество выпаиваемого молока и т. п.) у каждого грудного ребенка с описанными симптомами — обязан этим своим состоянием относительно голоданию. Если мы попытаемся выяснить сущность этого явления, то возможны лишь два объяснения его: одно может заключаться в особом составе материнского молока, другое — только в особых свойствах ребенка. Что касается первого, то необходимо категорически сказать, что нормально материнское молоко представляет нищу в высшей степени однообразную по составу, состоящую главным образом из воды, жира и сахара и содержащую в малых лишь количествах белок и соли. Можно было бы думать, что необычное состояние таких детей имеет свое объяснение в ином составе материнского молока, что дело идет, следовательно, о первичной или вторичной качественной гипогалактии. Но в свое время мне с цифрами в руках удалось установить, что это не так, что молоко таких женщин имеет точно такой же химический состав, как и молоко прочих женщин. Тем не менее нельзя так категорически совсем уже отрицать химическую причину этого явления. Ведь знаем же мы, что организм новорожденного полагается на свет, обладая уже некоторыми депо, главным образом белка и солей, и благодаря этим депо растущий организм новорожденного обходится сравнительно незначительным количеством этих веществ в молоке матери, тогда как три остальные составные части молока служат главным образом для набухания и теплового обмена. И вполне возможно, что между нормальными, как мы видели, составными частями женского молока и соответственными составными частями в организме грудного ребенка, которые мы не имеем, конечно, возможности численно установить, по крайней мере в настоящее время, существует несоответствие, обуславливающее дефицит в одном из этих

веществ и ведущее таким образом к названным явлениям. Тогда материнское молоко и организм ребенка в совокупности давали бы фактический относительный недочет в одном из строительных материалов организма.

Более приемлемо объяснение, опирающееся на одну особенность детского организма, а именно на особую возбудимость желудочно-кишечного канала, т. е. его нервной системы. На это указывают различные обстоятельства. Прежде всего у этих детей наблюдается большая общая возбужденность вообще. Как уже отмечено было, эти дети необычайно беспокойны, пугливы, мало спят. Мы находим у них повышенные тонуса, которое, особенно у новорожденного, указывает на изменения в первичной мышечной системе. Далее, мы находим у них любопытный характер «поносов». Мы уже слышали, что дети эти испражняются большей частью уже в то время, когда они лежат у груди. Получается впечатление, что двигательное раздражение, вызываемое приемом пищи, немедленно же, как по телеграфному проводу, распространяется с желудка на весь кишечник и ведет к изгнанию кала, лишь в скудном количестве скопившегося в нижних участках кишечника. Этим объясняется, что эти испражнения не обнаруживают никаких воспалительных явлений, наблюдающихся при настоящих поносах, зелены же они потому, что не было времени для того, чтобы зеленый желчный пигмент содержимого тонкой кишки под влиянием продолжительного пребывания в толстой кишке и восстановления биливердина превратился в желтый билирубин, сообщающий нормальным испражнениям их золотисто-желтый цвет. Таким образом, при этом «поносе» дело идет о чисто двигательном явлении, о чрезмерной возбудимости желудочно-кишечного канала, но всей вероятности, на конституциональной почве; возбудимость эта в большинстве случаев является частичным явлением чрезмерной возбудимости всей нервной системы вообще. Это было бы вполне правдоподобное объяснение описанного состояния и оно могло бы послужить за основание для принятого уже французами понятия «голодной диарреи», которое немцы раньше постоянно отрицали. В соответствии с этим объяснением неудачно, конечно, и выбранное название, ибо мы в этих случаях так же мало имеем дело с «диарреей», как и с настоящим «поносом», названия, которые мы до настоящего времени применяли всегда к симптому учащенных испражнений при воспалительных и алиментарных расстройствах кишечника и расширять которые нет основания.

Диагностическая трудность заключается в таких случаях в том, чтобы у страдающего рвотой и «поносами» вскармливаемого грудью ребенка, главным образом у малого или новорожденного, пред-

положить, что имеешь дело с относительно голодающим ребенком с такой конституцией и найти доказательства для этого путем установления количества выпиваемого молока и выяснения анамнеза и клинического status'a. Несомненно, что по крайней мере в наше время значительно больше детей с «поносами» голодают, чем перекармливаются.

Раз диагноз установлен, лечение вытекает само собой. Оно совершенно таково же, как и у других относительно голодающих детей. У новорожденных надо безусловно стремиться к увеличению количества выпиваемого молока. В большинстве случаев это вовсе и не трудно, ибо из за вдвойне ошибочного предположения, что вследствие «поноса» дело идет о кишечном катарре и что вследствие кишечного катарра необходимо ограничить кормления, большинство таких детей намеренно держат на скудном питании. У таких детей достаточно предоставить все своему течению, освободить родителей от навязчивой идеи перекармливания и дать ребенку возможность досыта напиться. Любопытно, что именно эти дети обнаруживают, повидимому, относительно высокую потребность в пище и больше едят, чем другие дети. Это легко можно было бы объяснить тем, что вследствие очень беспокойного состояния своего, постоянного крика и недостаточного сна эти дети расходуют значительно больше энергии. Надо только избавить матерей таких детей от страха перед перекармливанием и заставить их дать своим детям досыта напиться. Обычно тревожные явления тогда сразу исчезают, дети становятся спокойными, хорошо прибывают в весе, испражнения иногда очень быстро улучшаются и если даже у детей и имеется еще и дальше несколько учащенный стул, то это отлично можно отнести за счет предположенной повышенной двигательной деятельности кишечника. Ибо это, очевидно, те дети, относительно которых общезвестно, что, пока они вскармливаются грудью, у них несмотря на отличное нарастание веса всегда бывают частые испражнения.

Если же дело идет, напротив, о действительной гипогалактии матерей, если несмотря на прикладывание ребенка к обоим грудям и оцороженные груди молокоотсосом не удается повысить количество молока в груди, то и у таких детей надо прибегнуть к прикармливанию. Это относится преимущественно к старшим грудным детям. Прикармливание должно производиться так же, как это описано было выше для другой группы голодающих грудных детей.

## Седьмая лекция.

**Конституциональные расстройства питания у вскармливаемого грудью ребенка (I).**

Уже в предыдущей лекции мы нашли указание на то, что при возникновении действительных или мнимых расстройств питания или, скажем, при возникновении клинических картин, которые при поверхностном взгляде производят такое впечатление, может действовать фактор, заложенный не во внешних влияниях, а в определенных свойствах детского организма. Мы слышали, что у определенной группы грудных детей при развитии клинической картины относительного голодания чрезмерная двигательная деятельность кишечника, чрезмерная возбудимость нервной системы желудочно-кишечного канала сообщает внешним клиническим явлениям определенный характер, сильно отличающийся от клинической картины у детей, не обнаруживающих этой индивидуальной особенности. Но это относится только к одной стороне общей конституции организма, а сторон этих много. К тому же учение о конституции еще очень юно, расчленение и выделение явлений необычайно затруднительно. Однако, в настоящее время твердо установлено, что многие клинические явления, которые мы раньше объясняли влиянием внешних факторов, токсического ли, бактериального, химического или физического характера, заключаются в отклонениях детского организма от нормы в химическом, первом или внутрисекреторном отношении. Вы увидите, что, собственно говоря, в настоящее время очень мало остается места для желудочно-кишечных заболеваний вскармливаемого грудью ребенка, поскольку их приходится объяснять внешними влияниями; и чем больше прогрессируем мы в научном изучении предмета, тем больше приходится признавать, что широкий иммунитет, которым обладает вскармливаемый грудью ребенок в отношении желудочно-кишечных заболеваний и, конечно, также в отношении внешних бактериальных вредностей, заставляет нас предполагать, что очень многие желудочно-кишечные явления у вскармливаемого грудью ребенка надо объяснять расстройствами конституционального характера.

Прежде чем перейти к описанию отдельных картин болезней, необходимо оговориться относительно одной принципиальной точки зрения, которая очень важна именно в вопросе о конституциональных расстройствах питания. До сих пор мы воспевали необходимость кормления грудью. Мы постоянно подчеркивали, как важно побудить молодую мать к кормлению грудью и дали достоюжную оценку большим заслугам пропаганды вскармливания грудью, которая в течение многих лет уже, со времени организации охраны младенчества, неустанно проводится врачами, сестрами и добро-

вольными помощниками. Мы должны, однако, допустить здесь кое-какие ограничения и ни один объективный судья не сочтет нас из-за этого противниками кормления грудью. Это ограничение должно гласить так: положение, что грудная пища является наилучшей для каждого грудного ребенка, обеспечивая развитие его, не может быть вперёд сохранено. Это положение можно признавать лишь постольку, поскольку мы можем сказать, что грудное молоко самая безопасная пища для всякого грудного ребенка (за некоторыми малыми, ниже излагаемыми исключениями). Благодаря своим биологическим свойствам, главным образом в смысле обеспечения иммунитета ребенка, оно предохраняет последнего от многих заболеваний (корь, грипп, пеленочная сыпь и др.), которым подвержены бывают искусственно вскармливаемые дети, главным образом такие, которые вскармливаются искусственно с самого начала. Однако, отнюдь нельзя сказать, что всякий грудной ребенок развивается всего лучше при вскармливании грудью, что, стало быть, все требования, которые мы предъявляем к хорошо развивающемуся ребенку с точки зрения нарастания веса, свойств испражнений, цвета кожи, упругости и тонуса бывают у всякого ребенка всего полнее удовлетворены при вскармливании грудью. Об этом не может быть и речи и именно область конституциональных расстройств питания должна направить наше внимание на это ограничение. Как мы уже отметили раньше, не всегда, конечно, легко точно установить критерии существования или отсутствия конституционального дефекта; однако, мы в настоящее время уже имеем возможность выделить хотя бы некоторые группы подобных детей и установить принципы оптимального питания их.

Мы имеем здесь прежде всего ряд грудных детей, обнаруживающих следующие явления: это дети, которые выпивают вполне достаточное количество грудного молока. Суточное количество выпиваемого этими детьми молока вполне соответствует норме, тем не менее эти дети недостаточно хорошо развиваются, кривая веса стоит у них в течение нескольких недель на одном месте или же с большими колебаниями лишь слабо поднимается вверх. В соответствии с этим дети обнаруживают довольно значительную худобу, кожа у них дряблая и плохого цвета, она мало упруга. При этом всегда имеются обильные, жидкие испражнения, дети очень беспокойны и мало спят. Уже много лет тому назад, задолго до того как педиатрия и диететика грудного ребенка поставлены были на более точную почву, было известно, между прочим и многим опытным няням из опыта, что если таким детям заменить одно или два кормления в день смесью из коровьего молока, то они тотчас же начинают прибывать в весе, испражнения у них улучшаются, кожа приобретает нормальные свойства, одним словом с момента при-

кармливания вся картина сразу меняется. После нескольких бесплодных попыток выяснить причину такого эффекта науке действительно удалось *ex juvantibus* выяснить механизм лежащего в основе расстройства. После нескольких неудачных попыток усмотреть суть в ненормальном составе материнского молока или в несоответствии между известью и свободными жирными кислотами в желудочно-кишечном канале ребенка мы в настоящее время знаем с некоторой достоверностью, что причиной этого рода расстройств следует считать дефицит белка в составе тела грудного ребенка. Выше я уже раз упомянул, что женское молоко очень бедно белком и что потребность в белке со стороны растущего детского организма в первое время жизни, в периоде кормления грудью, покрывается тем белком, который грудной младенец приносит с собой в свет в виде депо. У нормального грудного ребенка запаса этого хватает на все время питания у груди, у других — скажем — бедных врожденным белковым депо детей запас этот вскоре истощается и после нескольких недель правильного развития наступают выше перечисленные явления. Это обстоятельство говорит также за то, что дефект следует искать в организме ребенка, а не, как это можно было предположить а priori, в молоке матери, ибо вначале дети прекрасно развиваются при том же молоке.

Таким образом при наличии описанных явлений надо прежде всего подумать о том, что дело идет, быть может, о подобном ребенке. Конечно, диагностическое доказательство этому можно получить лишь на основании пробы с питанием, как и вообще при диагностике расстройств питания нам за отсутствием ясных анатомических, химических или бактериологических доказательств приходится часто ставить диагноз *ex juvantibus*. Но зная, в чем суть прикармливания богатым белком коровьим молоком, нам нет уже в настоящее время необходимости сразу сделать сопряженную все же с некоторым риском попытку прикармливания коровьим молоком и предложить матери, у которой имеется и без того достаточное количество молока, смешанное вскармливание. Мы предполагаем другими способами введения белка в организм ребенка без того, чтобы сразу же заменить 1—2 кормления целиком коровьим молоком. Еще только несколько лет тому назад для этой цели применяли искусственные препараты или плазмон, несколько чайных ложечек которых давали ребенку, растворив их в минеральной воде и прибавив сахарину. В общем в настоящее время от этих препаратов отказались, ибо оба они очень неприятны на вкус и дети неохотно их принимают. Я даю в таких случаях ларозан, казенно-известковый препарат в виде порошка, который создан был вначале для совершенно другой цели, а именно

для замены столь богатого белкового молока при острых расстройствах питания у искусственно вскармливаемых детей. Благодаря своему безразличному вкусу и высокой своей концентрации, позволяющей достигнуть желательных результатов при помощи совсем малых количеств препарата, он оказался пригодным для нашей цели. В наших случаях ларозан применяется иначе, чем при обычном его применении, обозначенном на каждой коробке препарата. Достаточно 5, максимум 10 гр. препарата, которые просто размешивают в холодном виде в возможно малом количестве коровьего молока, кипятят в течение 5 минут, слегка подслащивают сахарным и для достижения желательного действия дают ежедневно ребенку чайными ложечками в виде добавления к его грудной смеси. Поразительно, как кривая веса таких детей, стоявшая до этого времени в течение многих недель неподвижно, внезапно начинает идти вверх, как немедленно же улучшаются испражнения, как изменяются свойства кожи и психическое состояние детей. Если опыта ради спустя некоторое время перестать давать препарат, то снова развиваются прежние явления, нарастание веса снова приостанавливается, испражнения становятся более частыми, дети опять беспокойны, если же опять начать давать препарат, то вновь наступает описанное выше улучшение всех явлений. Раз таким путем установлена принадлежность подобного ребенка к группе тех, расстройство питания которых зависит от недостатка белка, тогда ничто, попятно, не препятствует отказаться от прикармливания ларозаном, который все же несколько дорог, да и носит характер «лекарства», и провести усиленное введение белка по применявшемуся раньше эмпирически способу замены одного или двух кормлений грудью разбавленным коровьим молоком, которое в этих случаях можно давать несколько более концентрированным, чем обычно (около  $\frac{2}{3}$  молока в первые три месяца жизни).

К этой группе без всякой натяжки примыкает другая, у которой мы констатируем собственно те же явления учащенных испражнений и остановку нарастания веса, но сверх того еще и другое клиническое явление, а именно известные формы экземы, возникновение которых нельзя объяснить ни внешними влияниями, ни эксудативным диатезом. Это большей частью сухие, шелушащиеся, лишь в немногих местах мокнущие экземы, обычно только в области наружных половых органов и на ягодицах. То обстоятельство, что экземы эти встречаются у детей, окруженных безупречным уходом, конечно, не мешает обывательскому мнению, что они вызваны слишком продолжительным лежанием в мокром, под влажным частых испражнений. Но результаты эксперимента с питанием доказывают, что эти явления со стороны кожи находятся

в непосредственной причинной связи с питанием. Эти формы экземы встречаются не только у детей с установленным дефицитом белка, но и у детей, вскармливаемых исключительно грудью, которых скудно кормят и у которых мы видим собственно описанную в предыдущей лекции картину относительного голодания вскармливаемых грудью детей. Они являются одновременно связующим звеном между только что упомянутыми и описанной в начале этой лекции группой и служат также указанием на то, что и при относительном голодании в широком смысле слова дело идет, должно быть, о какомнибудь конституциональном дефекте, дефекте, который компенсируется, если таких детей обильно кормят, вводя им таким образом в обильно доставляемой пище достаточное количество недостающего им вещества. И у таких детей постоянно совершается ошибка, заключающаяся в том, что явления рассматриваются как действительное, базальное расстройство питания; при этом делают второе, уже упомянутое нами выше ошибочное заключение, что этот предполагаемый «кишечный катарр» должен быть обусловлен перекармливанием, и заставляют детей голодать, там, где уместно как раз противоположное. Таким образом, в этих случаях надо сначала сделать попытку обильно кормить таких детей исключительно грудью и прежде всего не ограничивать их искусственно в их потребности в пище, а предоставить им пить досыта. Это действительно можно делать со спокойной совестью; если только исключены какие бы то ни было органические расстройства, то вред от возможного действительного перекармливания не может быть столь значителен, чтобы его нельзя было снова компенсировать за несколько дней. Очень часто, однако, приходится видеть, что подобные дети при обильном питании тотчас же становятся спокойными, испражнения у них улучшаются, вес повышается, а явления со стороны кожи улучшаются с поразительной быстротой совершенно независимо от каких бы то ни было внешних мер ухода за кожей и лечения ее, которые уже и раньше проводились. Если явления со стороны кожи и желудочно-кишечные явления продолжают несмотря на обильное питание женским молоком, то рекомендуется добавлять белок в описанной выше форме, а после положительного результата опыта с ларозамом ввести 1—2 кормления разбавленным коровьим молоком. В большинстве случаев этим достигаются хорошие результаты. Но если и прибавление белка не дает результатов и ребенку не менее шести недель, то следует сделать попытку прибавить к даваемому ребенку коровьему молоку еще муки (3%). Повидимому, во многих случаях конституциональный дефицит простирается не только на белок, но и на углевод, и добавлением последнего дефект этот компенсируется.

Всего резче можно это наблюдать, пожалуй, в случаях, которые мы можем назвать высшей степенью только что описанных расстройств питания, при описанной Leiner'ом *erythrodermia desquamativa*. Внешние клинические явления названной болезни состоят в появлении прежде всего на коже туловища похожей на *psoriasis* сыпи, которая вскоре распространяется по всему телу и чрез очень короткое время ведет к мелкому или пластинчатому шелушению; на лице сыпь эта имеет большую часть форму тяжелой мокнущей экземы, а на волосистой части головы она ведет к образованию толстых слоев чешуек или корок, под которыми кожа часто бывает изъязвленной. Внешнюю картину дополняют анемия, почти всегда сопровождающая это заболевание, часто развитие ограниченных отеков, осложнения со стороны среднего уха и иногда со стороны почек.

Но особенно характерны для этого заболевания, подробное описание клинических деталей которого здесь неуместно. 1) факт, что оно встречается только у вскармливаемых грудью детей, и 2) постоянное сочетание его с тяжелыми явлениями со стороны желудочно-кишечного канала. Последние выражаются в профузных поносах, в опорожнении частых, зеленых, разложившихся, слизистых испражнений брызжущего характера и незначительных по количеству, в частой рвоте, в остановке движения кривой веса, в большинстве же случаев в снижении веса. Были высказаны самые различные взгляды по поводу того, что собственно означает эта странная картина болезни. Ее толковали, как очень тяжелую форму интертрингиозной экземы или как особую форму эксудативного диатеза, или как авитаминоз. Ни одно из этих объяснений не учитывает того обстоятельства, что эта картина болезни встречается только у вскармливаемых грудью детей, что во многих случаях она носит явно семейный характер, что указывает, стало быть, на конституциональное происхождение, и ни одно из них не уделяет внимания постоянному и даже на переднем плане стоящему моменту желудочно-кишечных расстройств. У меня сложился поэтому взгляд, что последнее обстоятельство надо взять в качестве ключа к объяснению причин *erythrodermia desquamativa*. И действительно, достаточно только представить себе крайнюю форму картины описанных выше расстройств питания с участием кожи и картина *erythrodermia exfoliativa* готова. К тому же нас укрепил в нашем мнении не отрицаемый никем из авторов факт успешности соответственного лечения, которое в принципе таково же, как и при вышеуказанных конституциональных расстройствах питания. Если заболевшего *erythrodermia desquamativa* ребенка, который непрерывно убывает в весе и постоянно страдает поносами и у которого явления со стороны кожи прогрессируют, со-

ответственно прикармливать или совсем отлучить от груди и искусственно вскармливать, то все явления сразу улучшаются. Дело доходит даже до того, что в настоящее время все пришли к убеждению, что *erythrodermia desquamativa* единственное заболевание, при котором в тяжелых случаях строго показано отлучение от груди. Таким образом и здесь дело идет, повидимому, о дефекте конституционально неполноценного организма грудного ребенка, дефекте, который для излечения болезненных явлений можно и должно компенсировать извне введением соответственной пищи. На основании многочисленных наблюдений, которые нам представилась возможность делать особенно в послевоенное время, когда случаи эритродермии встречались очень часто (этот факт сам по себе является для нас указанием на то, что в развитии *erythrodermia desquamativa* должно играть роль недостаточное питание), мы можем сказать, что прибавление одного лишь коровьего молока не вполне достаточно для компенсации предположенного дефекта, но что для излечения болезни уже очень малым детям, приблизительно с 5-й или 6-й недели жизни, надо давать еще и муку. Действие такого прикорма бывает иногда поразительным, и наблюдательные матери много раз сами сообщали мне, как удивительно, что дети так плохо пьют из груди, большею частью тотчас же извергая рвотой принятую пищу, тогда как рожок они словно инстинктивно охотно берут и хорошо переносят. Но нам все еще претит так резко отлучать ребенка от груди и решиться на рискованное все же искусственное вскармливание и поэтому при *erythrodermia desquamativa*, если она сопровождается какими либо тревожными желудочно-кишечными явлениями (поносы, убывание в весе), надо непременно попытаться сначала заменить несколько кормлений прикормом, не отлучая ребенка сразу от груди. В зависимости от возраста ребенка для прикорма всего пригоднее  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  молока с добавлением 3% муки. Но если в течение нескольких дней не наступает улучшения, поносы и рвота продолжают и снижение веса не прекращается, то это служит показанием к полному отлучению от груди и переходу на указанную выше пищу. Ранее всего устраняются явления со стороны желудочно-кишечного канала. Рвота и поносы прекращаются, кривая веса, падавшая до этого времени более или менее круто, становится плоской и начинает двигаться вверх. Явления со стороны кожи улучшаются вначале постольку, поскольку кожа становится спокойнее и бледнее. Однако, шелушение продолжается еще в течение некоторого времени, повторяясь постоянно на одних и тех же местах тела, но по прошествии нескольких недель и эти явления излечиваются под влиянием индифферентного паружного лечения, причем не сохраняется—это многократно было про-

верено и всеми подтверждено — никакой особой чувствительности кожи, не бывает рецидивов экзематозных явлений, что также говорит против принадлежности картины болезни к эксудативному диатезу.

Таким образом согласно современному состоянию нашего знания мы вправе рассматривать *erythrodermia desquamativa Leinera* в широком смысле слова, как расстройство питания на конституциональной почве. По крайнем мере до настоящего времени ничто не говорит против такого взгляда.

Сейчас нам предстоит рассмотреть еще одну группу грудных детей — группу детей с эксудативным диатезом. Мы считаем, что клинические явления этой конституциональной аномалии, которую ныне можно уже назвать классической, известны читателю. Язык вида географической карты, гнейс, молочный струн, различные формы экземы, *lichen urticatus*, у несколько старших грудных детей рецидивирующие катарры верхних дыхательных путей и их придатков (среднее ухо), гипертрофия лимфатических фолликулов и лимфатических желез, десквамативные катарры мочевых путей — вот важнейшие явления при этой конституциональной аномалии. Поскольку вопрос касается здесь нашей более узкой темы, т. е. связи эксудативного диатеза со вскармливанием грудью, надо отметить следующее. Одна особенность, отмеченная уже Czerny, который 20 лет тому назад выделил картину эксудативного диатеза, заключается в том, что вскармливаемые грудью дети, заболевшие впоследствии эксудативным диатезом, еще до развития характерных явлений со стороны кожи и слизистых оболочек вначале кормления грудью часто неделями не прибывают в весе, несмотря на достаточное количество выпиваемого молока. Таким образом, если кривая веса стоит у молодого грудного ребенка в течение нескольких недель неподвижно, то по исключении всех прочих причин надо подумать о том, что впоследствии ребенок обнаружит когда либо эксудативный диатез. По сию пору не найдено еще объяснения этого интересного явления, нет также средства помочь против этого ненаростаия веса. Но оно служит указанием на то, что мы имеем у таких детей дело с какой либо аномалией в составе тела. И в настоящее время нам, действительно, стало известно, что эксудативный диатез находится в связи с определенными свойствами обмена веществ. Можно считать установленным, что все факторы, ведущие к быстрому увеличению веса тела вследствие удержания в организме воды путем осмотического связывания ее либо путем набухания, провоцируют явления эксудативного диатеза или же ухудшают их, если они уже раньше существовали. Здесь не место подробно излагать все существующие по этому вопросу теории; я подробно

рассматривал их в другом месте. Во всяком случае практическому врачу надо руководствоваться следующим: детей с эксудативным диатезом, поскольку они вскармливаются исключительно грудью, надо питать по возможности более скудно; надо избегать всякого слишком бурного нарастания веса, так как в противном случае наступает значительное ухудшение явлений со стороны кожи. Кому приходилось лечить эксудативных детей, тот знает, что за мучение представляют как для детей, так и для окружающих вечно рецидивирующее экземе, как мать подобного ребенка, несмотря на самоотверженный уход и безустанную днем и ночью работу, вынуждена каждый раз снова видеть, что у ребенка «определости» и что он производит впечатление лишенного ухода, как большинство детей страдают от зуда и лишены возможности спокойно спать. Как мы уже раньше слышали, всякое резкое повышение веса тела вызывает ухудшение явлений со стороны кожи; а так как у вскармливаемого грудью ребенка мы совершенно лишены возможности изменить пищу таким образом, чтобы нарастание веса происходило слабее, то нам остается лишь возможность регулировать количество пищи таким образом, чтобы кривая веса двигалась вверх лишь медленно и постепенно. Итак, строго показано кормить эксудативных детей лишь с четырехчасовыми промежутками, т. е. кормить их 5, позже только четыре раза в сутки и держать их со середины третьего месяца жизни на таком пайке, чтобы количества выпитого ими молока было ниже требующихся для нормальных детей количеств, т. е. 750—850 гр. в сутки при среднем весе ребенка.

Между прочим, как раз у эксудативных детей, у которых также приходится предполагать патологическое состояние обмена веществ, распространяющееся на более ограниченную область водного обмена и управляющих им факторов (вода, соли, углеводы, жир), необходимость прикармливания представляется раньше, чем у нормальных детей. В задачу наших бесед не входит описание того, как это надо делать. Во всех учебниках и руководствах по диететике грудного ребенка можно найти основные принципы этого. Во всяком случае и у этих детей также часто замечается значительное улучшение явлений со стороны кожи в случае замены грудного молока другой пищей. Различие от описанных выше заболеваний заключается лишь в том, что при эксудативном диатезе необходимость прикармливания с целью достичь хорошего нарастания веса никогда не бывает столь повелительной, как у плохо развивающихся при грудном вскармливании детей или при *erythrodermia desquamativa*, где она является иногда *indicatio vitalis*, что благодаря диететическим мероприятиям, которые мы только что изложили, явления желудочного диатеза можно лишь

удержать в определенных пределах, но отнюдь не устранить вполне и сразу. Но общепризнано, что при экссудативном диатезе фактор питания является решающим и главным, наружное же лечение кожи, напротив, отступает далеко на задний план, ибо мы в общем не можем ничего достичь при помощи наших дерматологических мероприятий.

#### Восьмая лекция.

### **Конституциональные расстройства питания у вскармливаемого грудью ребенка (II).**

В предыдущей лекции мы занимались той связью питания и расстройств питания у вскармливаемых грудью детей с конституциональными аномалиями организма грудного ребенка, которая обусловлена главным образом изменением химизма гесп. состава детского организма. В настоящей лекции мы займемся теми изменениями, причиной которых являются главным образом патологические свойства нервной системы ребенка, изменение возбудимости либо всей нервной системы, либо только нервной системы желудочно-кишечного канала.

Если мы будем это иметь в виду, то надо принять в соображение, что каждая из мириадов клеток организма снабжена нервными волокнами, что, стало быть, все раздражения, направленные специально на изменение химического состава клеток, в смысле ли построения или уменьшения, приходят к клеткам не только по пути пищеварительных органов гесп. по кровеносным и лимфатическим сосудам, но и чрез нервную систему. В частности восприятие и потеря клетками воды, путем осмоса или набухания, определяются, конечно, не только количеством и характером доставляемого строительного материала, но в значительной мере также состоянием нервной системы и ее возбудимостью. Именно вскармливаемый грудью ребенок, в виду почти совершенно одинакового у всех детей состава пищи, дает нам в противовес искусственно вскармливаемому ребенку, у которого состав пищи обнаруживает большие колебания в смысле большей или меньшей способности связывать воду, хорошие опорные точки для суждения о том, какое важное значение имеет состояние нервной системы для более быстрого связывания и потери воды и других веществ. И такая неодинаковая возбудимость нервной системы должна, конечно, отражаться на форме кривой веса в качестве суммарного проявления совокупности всех тех процессов в клетках, которые служат для построения и разрушения.

Существование врожденной, конституционально-наследственной повышенной возбудимости нервной системы, в частности нерв-

ной системы желудочно-кишечного канала можно в настоящее время считать твердо установленным. Это доказывают сотни случаев, в которых мы у детей со всеми возможными, ниже описываемыми и локализируемыми формами заболеваний желудочно-кишечного канала на почве повышенной возбудимости первой системы слышим, что один из родителей или даже оба либо страдали в детстве такими же явлениями, либо, будучи уже взрослыми, страдали всеми мыслимыми формами невроза желудочно-кишечного канала. С одной стороны, важно помнить всегда о состоянии первой системы у ребенка и при большом однообразии картин болезни у новорожденных и грудных детей (все они носят характер «рвоты» и «поноса») по исключении всех возможностей органического заболевания учитывать при постановке диагноза также состояние возбудимости первой системы; с другой же стороны не следует здесь, конечно, ударяться в противоположную крайность и каждый испуг ребенка, каждый непонятный, продолжительный крик называть неврозом. Но все это надо хорошо знать во избежание того, чтобы картины, наблюдающиеся у таких детей с повышенной возбудимостью, не вводили нас в заблуждение и прежде всего не оказывали слишком большого влияния на наш прогноз. Значение симптомов, называемых всегда как критерии неврозата — очень беспокойное состояние, пугливость, беспокойный сон — в большинстве случаев переоценивается. Такие явления часто могут быть вызваны самыми банальными внешними условиями, которые в большинстве случаев легко устранить. Я полагаю, что мы вправе называть беспокойное и пугливое дитя невропатом лишь в том случае, если действительно можно исключить все возможные внешние причины такого состояния, и если состояние это достигает очень высоких степеней и прежде всего очень продолжительно. В противном случае происходит злоупотребление понятием невроза, ни в малой мере не оправдываемое современным состоянием наших знаний и современными методами исследования.

Иначе обстоит дело в вопросе о явлениях более осязательных для нас. Назову здесь на первом месте свойства кривой веса, тургора кожи, тонуса мышц и цвета кожи. Если уже кривая веса нормально прибывающего в весе ребенка в случае повышенной возбудимости его отличается от кривой веса ребенка с нормальной возбудимостью, обнаруживая более частые и более значительные колебания, колебания, обусловленные именно быстрой сменой нарастания и потерь под влиянием возбудимой первой системы, то изменения всех четырех названных свойств бывают всего резко выражены при крупных изменениях кривой веса, какие имеют место под влиянием какойнибудь внешней вредности. Отметим

здесь же на месте, что у чувствительных и невропатических детей порог раздражения для заболеланий значительно ниже, т. е. что у них болезненные явления можно вызвать уже значительно более слабыми раздражениями, чем у нормальных детей, далее, что чувствительность, напр. вкусовое ощущение, дает нам возможность разрешать кос-какие загадки при оценке желудочно-кишечных явлений: дети, напр., не переносят, т. е. «отвергают» определенную пищу, беспрепятственно принимая ее и хорошо прибывая при этом в весе после самого незначительного исправления вкуса или запаха совершенно той же в количественном и качественном отношениях пищи.

Возьмем для примера случаи незначительного и временного снижения веса под влиянием безобидной парэнтеральной инфекции, напр. непродолжительного, лихорадочного гриппа. У нормального вскармливаемого грудью ребенка в этом случае появится, быть

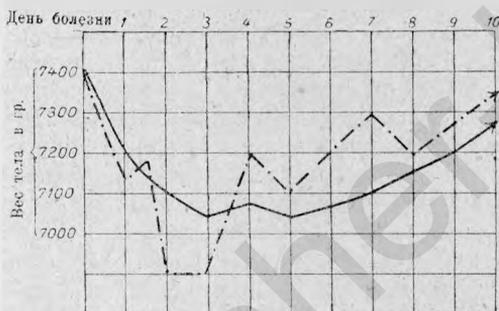


Рис. 3. Течение расстройства питания у нормального (непрерывная линия) и у невропатического (пунктир) вскармливаемого грудью ребенка (схема).

может, несколько учащенных испражнений, вначале будет, быть может, даже рвота, вес умеренно понизится за первые 1—2 дня болезни. С наступлением выздоровления кривая веса постепенно повернет обратно, будет идти, быть может, 1—2 дня в горизонтальном направлении, чтобы затем снова пойти вверх и несколько дней спустя достичь уровня, на котором она находилась до заболевания. Цвет кожи бывает у нормального вскармливаемого грудью ребенка, как известно, розовым; за время легкого расстройства он становится несколько бледнее. Тургор хороший, кожа повсюду упруга и складки ее хорошо наполнены, тонус мышц также хорош, не будучи повышенным. В случае расстройства у ребенка, вроде только что предположенного, тургор несколько ослабевает, кожа на ощупь несколько более дряблая, что же касается изменения тонуса, то оно проявляется в случае расстройства прежде всего в области брюшных мышц; у больного ребенка живот бывает более дряблым, легче вдавливаемым и лишь после полного восстановления нормального состояния напряжение брюшных стенок снова становится нормальным.

может, даже рвота, вес умеренно понизится за первые 1—2 дня болезни. С наступлением выздоровления кривая веса постепенно повернет обратно, будет идти, быть может, 1—2 дня в горизонтальном направлении, чтобы затем снова пойти вверх и несколько дней спустя достичь уровня, на котором она

Какие же явления обнаруживает ребенок с повышенной возбудимостью, если у него то же расстройство? Прежде всего вес падает у него ниже и быстрее, в процентном отношении потеря больше, кривая раньше достигает самой низкой своей точки, это, стало быть, действительное «надевание» веса. Таким образом, под влиянием возбудимой нервной системы потеря воды бывает значительно большей и происходит много быстрее. Но если действующая причина непродолжительна и выздоровление наступает быстро, то мы видим совершенно иное течение кривой веса. Мы видим не постепенное уменьшение потерь, не медленный переход в горизонтальную линию и сохранение горизонтального направления в течение нескольких дней, кривая делает быстрый поворот, иной раз, — если расстройство было действительно лишь очень кратковременным, — под острым углом, затем быстро идет вверх и прежний вес вскоре восстанавливается. Цвет кожи, который и без того у невротического ребенка хуже, чем у нормального, изменяется тотчас же, как только наступает какое либо расстройство, ребенок становится заметно и необычно бледным, под глазами появляются обычно круги, ребенок принимает сразу осунувшийся вид. То же замечается и с тургором. Кожа тотчас же становится дряблой, легко приподнимается складками, создается впечатление, что ребенок должен был собственно потерять в весе значительно больше, чем показывают весы. То же относится и к тонусу мышц. Несколько повышенный вообще у невротата в нормальном состоянии, он при потере в весе тотчас же ослабевает, напряжение брюшных стенок становится чрезвычайно слабым. Зато восстановление всех этих функций наступает с большой быстротой и почти непосредственно.

С чисто внешней клинической точки зрения можно сказать: нормальный ребенок реагирует на внешнюю вредность таким образом, что начинает «плохо выглядеть» лишь 1—2 дня спустя после появления вредного фактора и даже большею частью лишь тогда, когда началось уже восстановление нормального состояния. Ребенок с повышенной возбудимостью худеет тотчас же, как только начинает действовать вредный фактор; клинические явления несоизмеримо резки, много резче выражены, чем это должно было бы соответствовать степени потери в весе. Отсюда следует, как важно знать каждого ребенка. Зная, что имеешь дело с невротатом, не приходится сразу же начать тревожиться из-за несоответственно плохого вида ребенка, его бледности и кругов у него под глазами, если только такой ребенок находится под действием какого либо безопасного вредного фактора. Родителям же, которые, конечно, пугаются изменения вида ребенка, следует объяснить, в чем дело, и успокоить на эти не-

сколько дней. Но неизменное условие — надо, конечно, путем тщательнейшего клинического исследования установить, что наступившее расстройство действительно легкое и не ссылаться всегда на «нервозность» ребенка, в противном случае можно легкомысленно проглядеть тяжелое расстройство, начинающуюся пневмонию, отит и т. п. и запоздать с необходимыми терапевтическими мерами. Ясно, что у невропатического ребенка тяжелая инфекция вызывает в соответствии с этим и более тяжелые общие явления. Напомню о том лишь, как много раз *otitis media*, ангина *retro-nasal* с высокой лихорадкой бывали уже приняты за менингит, ибо внешняя картина действительно бывает иногда очень сходной. Однако, мы не намерены останавливаться здесь более подробно на этом.

Итак, в противоположность мало характерным общим явлениям беспокойства, пугливости и недостаточно глубокого снаостояние веса тела, цвета кожи, тургора и тонуса вполне дает нам возможность ориентироваться у вскармливаемого грудью ребенка в состоянии всей нервной системы.

Кто раз наблюдал у грудного ребенка подобное легкое заболевание, тот сделает отсюда выводы для будущих заболеваний и будет увереннее ставить предсказание. Но и симптомы более местного характера, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта, дают нам возможность судить о состоянии ребенка, в частности о состоянии нервной системы желудочно-кишечного канала. Выше, когда речь шла об относительном голодании, мы уже указывали на большое значение конституциональных свойств нервной системы. Вы помните, что неодинаковую возбудимость грудных детей мы положили в основу классификации и сопоставляли, что в зависимости от того, имеем ли мы дело с нормальным ребенком или с ребенком с повышенной возбудимостью, бывают совершенно различны и внешние симптомы относительного голодания, что в частности неодинаковая двигательная сила кишечника у обеих групп ведет в одном случае к минимуму запора и гипотонии, в другом — к многократному выделению небольших количеств кала и к гипертонии. Далее, мы установили, что то, что ошибочно называют поносом, «голодной диарреей», не что иное, как появляющаяся под влиянием относительного голодания резкая *hypermotilitas* кишек с описанными выше подробно клиническими симптомами.

Здесь мы займемся другим явлением, которое бывает вызвано аналогичным же образом. Я говорю о различных формах *нервной рвоты*. Известно, что у грудных детей рвота представляет явление чрезвычайно частое. Известно также, что при оценке рвоты, главным образом со стороны количества рвотных масс, надо быть очень осторожным, ибо, как свидетельствует опыт, матери всегда

преувеличивают количество рвотных масс так же, как при кровотечении всегда указывают на значительно большее количество крови, чем его фактически было. Далее, необходимо принимать во внимание, что причиной рвоты очень часто бывают либо чрезмерно большие разовые количества пищи, либо — и это бывает значительно чаще — несоблюдение необходимых промежутков между кормлениями. Эти моменты надо, конечно, принимать во внимание при выяснении этиологии рвоты и, если их находят, необходимо устранить причинные внешние условия. Далее, необходимо исключить некоторые формы рвоты, причиной которых являются механические препятствия, т. е. все врожденные сужения у привратника желудка или в двенадцатиперстной кишке, некоторые формы рвоты у новорожденных, которые я в свое время описал и которые прекращаются после однократного или двукратного промывания желудка, наконец, все прочие препятствия, обусловленные уродствами или врожденными патологическими процессами вне желудочно-кишечного канала. Остаются еще немногочисленные формы рвоты, которые довольно незаметно переходят одна в другую, но все бывают вызваны, главным образом, более или менее значительной возбудимостью нервной системы желудка. В прежнее время пытались разграничивать эти отдельные формы и давать каждой из них отдельное название, различали привычную рвоту, неконтролируемую рвоту, пилороспазм и сужение привратника, как особые формы и болезни. Длившийся много лет спор привел в конце концов к тому, что в настоящее время все эти формы рассматривают, как различные степени и проявления одной и той же основной болезни, а именно, повышенной нервной возбудимости и усиленной двигательной деятельности желудка. Т. е. привычная рвота, т. е. самая невинная, быть может, форма рвоты, это та, при которой извергаются сравнительно небольшие количества желудочного содержимого, но зато постоянно и почти при каждом кормлении. Как мы уже говорили, указания матерей относительно количества рвотных масс не должны вводить нас в заблуждение. Во взвешивании рвотных масс мы располагаем простым способом для определения фактического количества их. Взвешивают ребенка обычным образом в пеленках, но со «слюнявкой», пред кормлением, а затем после кормления. После рвоты взвешивают салфеточку (слюнявку) вместе с находящимся на ней изверженным желудочным содержимым и по разности судят более или менее точно о количестве рвотных масс и о соотношении его к общему количеству вышитою при кормлении молока. Однако, при этом необходимо принимать во внимание, что если рвота происходит не сразу же после приема пищи, но как это бывает в большинстве случаев, лишь спустя довольно продолжительное время,

полученное описанным образом число не составляет целиком количества принятой пищи, а бывает больше его, ибо в рвотных массах имеется уже значительная примесь желудочного сока. После такого цифрового определения количества рвотных масс большею частью устанавливается, что обычно количества рвотных масс не так уже велико в сравнении с общим количеством выпитого при кормлении молока, что дети при этом собственно вполне хорошо развиваются, если только этому не препятствуют другие моменты (гипогалактия), и что распространенную в народных массах поговорку «Speikinder — Gedeihkinder» (дети, которые страдают рвотой, хорошо развиваются) можно признать вполне справедливой. Итак, если можно исключить какие бы то ни было органические причины для привычной рвоты и если путем взвешивания установлено, что количество рвотных масс незначительно по сравнению с общим количеством пищи, а ребенок хорошо развивается, то клинически можно собственно пренебречь рвотой; как бы ни было иногда неприятно это неопасное явление, оно не требует лечения. Однако, таких детей надо кормить с продолжительными промежутками между кормлениями, т. е. максимум пять раз в сутки. Эти формы рвоты прекращаются сами собой либо спустя некоторое время, либо самое позднее к тому времени, когда ребенку можно давать уже калицеобразную пищу.

Иначе обстоит, конечно, дело в тех случаях, когда рвота сильна, когда со рвотными массами извергается значительное количество принятой пищи и, главным образом, если страдает правильное развитие ребенка, и кривая веса останавливается или даже снижается. Это те случаи, которые раньше называли некротимой рвотой, но которые несомненно обнаруживают уже переход к пилороспазму. Поэтому лучше, быть может, с появлением выше перечисленных, во всяком случае уже тревожных симптомов объединить все эти формы под названием пилороспазма. Рвота происходит в этих случаях почти после каждого кормления и всегда струей, через край коляски или кровати, при заметных предшествующих обильно рвоте проявлениях боли у ребенка; иногда она происходит через нос. Количество рвотных масс весьма значительно, в некоторых случаях, если точно определять по описанному выше способу количество рвотных масс, при рвоте действительно извергается вся или почти вся принятая пища, ребенок обнаруживает ясные последствия недостаточного питания, вес останавливается на одной точке или падает, кожа становится бледной и морицистой, тургор и тонус ослабевают, брюшные стенки западают, имеется мнимый запор, все симптомы, с которыми мы уже раньше познакомились, как с особенно важными признаками состояния голодания.

Все это еще в большей мере относится к стенозу привратника, с той лишь разницей, что при последнем (мы сразу уже рассмотрим эту клиническую картину) присоединяется еще один момент — появление видимой перистальтики желудка, которую у исхудалых грудных детей легко проследить чрез тонкую брюшную стенку: появление над левой реберной дугой ограниченной, шаровидной «привратниковой опухоли», которая волнообразно распространяется по направлению к правой реберной дуге. При этом заболевании рвота бывает, если возможно, еще более сильной, исхудание еще более быстрым, мнимый запор еще более упорным.

Мы уже говорили, что раньше все эти явления рассматривали, как особые картины болезни. В настоящее время можно сказать, что все эти формы рвоты зависят главным образом от повышенной возбудимости нервной системы желудка и что только при стенозе привратника присоединяется еще один момент, а именно врожденная гипертрофия мускулатуры у привратника. В чистых случаях пилороспазма при вскрытии находят нормальную анатомическую картину. Только при стенозе привратника находят утолщенный, обычно твердый, как хрящ, *sphincter pylori*, но эта картина еще не вполне выяснена с анатомической стороны.

Что касается лечения такого состояния, то вам известно, что существуют различные способы лечения сильной рвоты. И ни в одном случае нельзя заранее предугадать, какой из известных в настоящее время способов лечения приведет к цели. Поэтому не остается ничего иного, как испытать один за другим несколько таких способов, начав с самого простого и наиболее удобовыполнимого и постепенно переходя к более сложным. Но при этом надо не забывать одного. Каждый пилороспазм и еще в большей мере стеноз привратника представляет при известных условиях смертельно опасную картину болезни. Не следует, поэтому, затрачивать слишком много времени на попытки применения различных методов лечения, надобно прежде всего проводить строжайший контроль веса тела и общего состояния ребенка, дабы не терять драгоценного времени и не допустить детей до очень плохого общего состояния, в противном случае можно легко упустить благоприятный момент для спасительного вмешательства. В общем я рекомендовал бы во всех случаях пилороспазма — и безусловно во всех случаях стеноза привратника —, если не ясно сразу же, что дело идет о легком случае, т. е. если имеется значительное снижение веса или если первые непробованные способы лечения не оказывают сразу же действия, суля успех, направлять таких детей в больницы для непрерывного наблюдения за ними и контроля. Лечение тяжелого пилороспазма, а тем более стеноза при-

вратника на дому у больного принадлежит к самым трудным, а иногда и рискованнейшим задачам.

Первым в ряду применяемых способов лечения является введение частых и скудных кормлений. Восемь-десять кормлений в сутки с соответствующими малыми промежутками и соответственными малыми разовыми количествами пищи являются самым простым, безобидным способом лечения, который всегда легко провести и который в легких случаях несомненно также сулит успешные результаты. Правда, во многих случаях таким путем удастся не оборвать рвоту, а лишь значительно ослабить ее, как в отношении числа кормлений, после которых у ребенка бывает рвота, так и в смысле количества рвотных масс. Но если дело идет о легких случаях, то при помощи этой простой меры легко удастся провести ребенка чрез эти несколько недель, в течение которых только и длится пилороспазм, правда, обычно с довольно небольшим увеличением веса. Но последнее легко наверстать в будущем. Однако, это мероприятие достигает цели только в самых легких случаях. Следующее мероприятие заключается в том, что не дают детям сосать из груди, вытасывают усюконтить очень усиливающуюся под влиянием сосания перистальтику желудка тем, что отсасывают или отжимают у матери молоко и дают его ребенку в охлажденном виде небольшими количествами и с малыми промежутками времени. Другой способ лечения, тоже еще относительно удобовыполнимый, это лекарственный способ. В некоторых случаях оказывается полезным повторное в течение дня вырыскивание атропина, который переносится в сравнительно больших дозах (0,0005 подкожно), а также папаверин либо внутрь (papaver. hydrochlor, 0,2:100,0, по чайной ложечке пред каждым кормлением), либо подкожно (papaverin. hydrochlor. 0,005, 3—4 раза в день под кожу, в большинстве случаев ведет к образованию инфильтратов!).

Этим мы исчерпали все удобовыполнимые лечебные меры, которые могут быть проведены и в условиях домашней обстановки и которые в более легких случаях дают вполне хорошие результаты. Все другие способы лечения требуют уже более сложного аппарата. Сюда относятся прежде всего промывания желудка. Выше я уже говорил, что технику промываний желудка у грудных детей легко изучить и нетрудно ею овладеть. Если дело обстоит так, что достаточно одного промывания желудка в день, то его можно, конечно, произвести и на дому, но при пилороспазме их большую часть необходимо применять по несколько раз на день и поэтому их лучше проводить в условиях больничного лечения. Их всегда делают пред самым кормлением с целью удаления задержанной от предшествующего кормления части пищи и

применяют либо простую кипяченую водопроводную воду, либо щелочную воду. Промывать надо каждый раз до тех пор, пока промывная вода не выходит совершенно прозрачной и без примеси свернувшегося молока. Промывания желудка принадлежат к самым действительным средствам в борьбе с тяжелой рвотой.

Еще один метод лечения пилороспазма основан на изменении диеты грудного ребенка и таким образом связан с частичным или полным отлучением от груди. К таким мероприятиям принадлежит питание кековой кашей абсолютно без молока по Моллею, мера которая в некоторых случаях достигает цели. Указанная Моллем кековая мука заваривается водой в густую кашу, подслащивается и дается детям сравнительно небольшими количествами. Мне, однако, кажется, что принцип этого питания заключается не в исключении молока, а в кашцеобразной консистенции пищи. Здесь мы коснулись принципиального пункта в вопросе об этиологии тяжелой рвоты. Повидимому, можно ослабить или даже совершенно приостановить усиленную перистальтику, если путем введения полужидкой пищи побудить желудок сократиться вокруг плотного комка пищи. На этом основан и другой способ лечения пилороспазма, т. е. предварительное кормление кашей. Страдающему рвотой ребенку, даже если он еще мал — а большинство страдающих пилороспазмом детей это малые грудные дети — дают перед прикладыванием к груди немного, напр. 2—3 чайных ложки густой манной каши. Этим преследуется та же цель, что и при применении кековой каши. Стенка желудка сокращается вокруг густого кома каши, благодаря этому значительно ослабевает перистальтика и рвота либо вовсе не наступает, либо бывает слабой. Однако, в последнее время описано было несколько случаев удушения малых грудных детей густой кашцеобразной пищей, так что этот способ, применявшийся в течение нескольких лет, повидимому, снова уже оставлен.

Все это ряд консервативных методов лечения пилороспазма, и я снова указываю здесь на то, что при испытании всех этих способов потребуются много времени, чтобы убедиться в успешности или безуспешности каждого из них. Их надо пробно применять хотя бы в течение нескольких дней, и быть может не всегда хватит времени для того, чтобы действительно испробовать последовательно все перечисленные способы. Во всяком случае в течение всего этого времени необходим тщательный контроль веса тела и общего состояния. Если случай действительно тяжелый, то, конечно ни один из этих методов не достигнет цели, и тогда наступает момент для спасительного оперативного вмешательства. В настоящее время совершенно отказались от всяких серьезных длительных операций (гастроэнтеростомоз). Многочисленные наблюде-

ния, особенно в Америке, показали нам, что непродолжительная и сравнительно легко выполняемая операция *Weber-Ramstedt's* далеко предпочтительнее всех прочих больших операций. Операция эта заключается во вскрытии брюшины, отыскании привратника (независимо от того, идет ли дело о настоящем стенозе привратника с утолщением и гипертрофией сфинктера или лишь о тяжелом пилороспазме), в продольном разрезе сфинктера вплоть до *muscularis mucosae* и в наложении шва, операции, которую искусный хирург может закончить в несколько минут. Трудность при этой операции заключается лишь в определении момента, когда должна быть произведена операция. Раньше слишком долго выжидали с операцией, допуская при этом обычно, чтобы дети приходили в состояние голодной атрофии, в котором они бывали уже не в состоянии перенести эту во всяком случае не малую операцию. Благодаря этому была потеряна не одна детская жизнь. Поэтому, если мы после многодневного или многонедельного наблюдения и после применения нескольких консервативных методов приходим к убеждению, что имеем дело с тяжелым случаем, то нельзя выжидать, пока ребенок совершенно истощится и надо своевременно подвергнуть его спасительной операции. Результаты поразительны, между прочим и в тех случаях, в которых при операции не найдено было вовсе гипертрофии сфинктера. Обыкновенно рвоты не появляется уже при первом кормлении после операции и дети обнаруживают поразительно быстрое нарастание веса, наверстывая за очень короткое время все упущенное. Принимая во внимание возможность необходимости в будущем операции и несравненно большие шансы для оперированного ребенка в случае кормления его грудью, я нахожу желательным, чтобы в тяжелых случаях, в которых предвидится возможность операции, не применять ни одного из методов с отлучением от груди для того, чтобы в случае операции не лишить ребенка столь больших в иммунологическом смысле преимуществ вскармливания грудью.

В связи с различными формами рвоты следует вкратце рассмотреть расстройство, которое также развивается на почве патологической конституциональной возбудимости нервной системы — руминацию (жвачку). Хотя она наблюдается большей частью у несколько более старших грудных детей и обычно у искусственно вскармливаемых детей, о ней все же следует здесь упомянуть, ибо она наблюдается и у вскармливаемых исключительно грудью детей. Клинические явления руминации заключаются в том, что через довольно продолжительное время после еды дети извергают обратно часть молока, но не в виде рвоты, а с видимым удовольствием задерживая изверженную массу во рту, чтобы через некоторое

время снова проглотить ее или вырвать. Эта картина болезни лишь в единичных случаях ведет к опасному для жизни состоянию. Однако, руминация может задержать правильное нарастание веса у подобных детей. И при руминации были выдвинуты различнейшие гипотезы для объяснения происхождения ее. В настоящее время установлено, что большинство таких детей принадлежат к семьям, в которых часто встречаются патологические реакции в различных областях нервной системы, главным образом в области желудочно-кишечного канала. Очень часто это опять таки дети родителей, у которых в детстве наблюдалась та же картина или которые еще и будучи взрослыми руминируют. Далее, можно считать вероятным, что руминация находится в связи с эротическими ощущениями, основанными на патологических психических реакциях.

В виду того, что руминация, как я уже говорил, лишь в очень редких случаях опасна для жизни, раньше лечению ее уделяли очень мало внимания; а быть может причиной этого служит еще и то, что только сравнительно недавно стали уделять больше внимания этой картине болезни и лишь за последние десять лет увеличилось число опубликованных случаев. Во многих случаях руминация излечивается с переходом на кашцеобразную пищу. А так как руминация наблюдается обычно у детей во второй половине первого полугодия, то можно легко выждать момент, когда станет возможным преимущественное или исключительное питание кашцеобразной пищей. В более тяжелых случаях в последнее время применяется с большим успехом предложенный Siegert'ом способ. Последний состоит в том, что после кормления вводят в пищевод зонд, снабженный раздувающимся баллоном и, расположив правильно зонд, т. е. так, чтобы баллон как раз доходил до входа в желудок, раздувают баллон, замыкая таким образом вход в желудок и препятствуя обратному движению принятой пищи. В тяжелых случаях, в которых приходится прибегать к лечению снабженными баллоном зондами, также рекомендуется помещать ребенка в больницу.

Этим мы закончили описание тех болезненных состояний у вскармливаемых грудью детей, которые связаны с изменениями возбудимости нервной системы. В заключение необходимо еще в самой краткой форме изложить связь грудной пищи с двумя крупными конституциональными аномалиями, которые имеют важное значение скорее для искусственно вскармливаемых детей, но которых нельзя и здесь обойти молчанием. Речь идет о рахите и спазмофилии.

Я могу здесь не давать, конечно, описания клинической картины рахита, я вынужден также воздержаться здесь от изложения всех теорий возникновения рахита, в области которых как раз в

последнее время замечается крупный прогресс благодаря необычайно обширным исследованиям английских и американских авторов. Не буду также касаться здесь и клиники и патогенеза спазмофилии, ибо изложение их заняло бы очень много места, да и найти его можно в новых учебниках и руководствах.

Относительно рахита заметим лишь следующее: прежде всего надо искоренить предрассудок, будто у вскармливаемых грудью детей не бывает рахита. У вскармливаемых грудью детей может развиваться любая, даже тягчайшая форма рахита, если имеются налицо обуславливающие рахит факторы. Таким образом, прямая обязанность педиатра, наблюдающего за вскармливаемым грудью ребенком, непременно исследовать каждого такого ребенка на признаки начинающегося рахита. Постоянное потение головки, начинающийся краниотабес, незначительные утолщения эпифизов не должны быть игнорируемы. В случае наличия этих явлений необходимо применить хорошо испытанные противорахитические средства: благоприятные гигиенические условия жизни, обилие света и воздуха, рыбий жир и освещение кварцевой лампой. Но что я особенно хотел бы подчеркнуть здесь, это то обстоятельство, что в случае обнаружения признаков рахита у вскармливаемых грудью детей нельзя слишком долго оставлять их на исключительно грудном питании. Диететический фактор играет при рахите доминирующую роль. Безусловно показано и хорошо действует прикармливание фруктовыми соками и овощами, как носителями витаминов, и своевременное введение в диету ребенка супов из костей или мяса.

Что касается спазмофилии, то можно сказать, что у детей, вскармливаемых исключительно грудью, спазмофилия совершенно не встречается, не встречается она безусловно вообще в первые три месяца жизни, но крайней мере до настоящего времени ничего подобного не известно. Но зато можно сказать, что начиная со второй половины первого полугодия жизни у детей, обладающих соответственным предрасположением, с заменой одного-двух кормлений грудью искусственной пищей, несмотря на численное и количественное преобладание грудной пищи могут обнаруживаться первые признаки спазмофилии. Стало быть и тут долг педиатра исследовать каждого находящегося под его наблюдением ребенка на начальные признаки спазмофилии. Первым тревожным признаком являются ранние явления со стороны лицевого нерва и п. petroleus; врач, от внимания которого эти явления ускользают, и который бывает застигнут врасплох лишь появлением у находящегося под его наблюдением ребенка ларингоспазма или экламптического приступа, виновен в недосмотре, который может иногда стоить его пациенту жизни. При первом признаке

латентной еще даже спазмофилии строго предписывается немедленно прекратить прикармливание искусственной пищей и снова начать кормить ребенка исключительно грудью, наряду с этим применение всех известных в настоящее время и хорошо действующих видов лечения спазмофилии, испробованных у искусственно вскармливаемых детей (лечение Са, Mg, соляной кислотой или Ammon. chlor.)

Нам остается дать здесь еще краткое описание картины т. н. «идиосинкразии к коровьему молоку», заболевания, в объяснении происхождения которого отнюдь еще нет единогласия. Бесспорно лишь, что дети, обнаруживающие эти характерные явления, всегда бывают невропатич., у которых всегда можно найти те или другие признаки этой конституциональной аномалии. Кроме того, бесспорно, что существуют две формы повышенной чувствительности к коровьему молоку. врожденная и значительно чаще встречающаяся приобретенная. Последняя появляется обычно в тех случаях, когда дети плохо прибывают в весе при искусственной пище и из терапевтических соображений их кормят женским молоком. Если они тогда настолько поправляются, что можно снова подумать об отлучении от груди, то при первой попытке дать им коровье молоко у них появляются характерные и тревожные явления повышенной чувствительности к коровьему молоку. В этих случаях дело идет, стало быть, об анафилактическом процессе, при котором под влиянием питания коровьим молоком до перехода на женское молоко имела место сенсibilизация организма ребенка. Менее поддаются объяснению случаи врожденной идиосинкразии к коровьему молоку, в которых ребенок никогда не пил коровьим молоком, а всегда лишь женским, и в которых явления повышенной чувствительности появляются иной раз уже после первых данных ребенку капель коровьего молока. Клинические явления в обоих случаях одинаковы: ребенок бледнеет, наступает рвота, сильный понос, иногда кровянисто-слизистого характера, значительное повышение температуры, альбуминурия и лактозурия, картина совершенно тождественная с картиной алиментарной интоксикации. Лечение может заключаться, конечно, только в немедленном возвращении к грудному питанию; в ближайшие же недели надо каждый раз пробовать постепенно вводить в диету ребенка очень малое количество коровьего молока, что в таких случаях обычно и удается. В очень тяжелых случаях дети иногда погибают при первой попытке прикармливания коровьим молоком.

## Девятая лекция.

**Острые и хронические расстройства питания у вскармливаемых грудью детей.**

Мы уже далеко подвинулись в обсуждении нормального вскармливания и расстройств питания у вскармливаемого грудью ребенка в широком смысле слова, и у многих из читателей возникнет, пожалуй, вопрос: что же мы услышим о действительных расстройствах питания, о старом «кишечном катарре», о той болезни, в которой для не специалиста по педиатрии как будто сосредоточена была вся педиатрия и которая в свое время послужила поводом для отделения педиатрии от внутренней медицины. Не без намерения я помещаю эту главу в самом конце наших лекций и, как вы увидите, мне не придется излагать ее очень пространно. Это зависит отчасти от того, что настоящие алиментарные расстройства питания встречаются у вскармливаемых грудью детей относительно редко, в значительной же мере от того, что многое, что раньше рассматривали как настоящее, вызванное внешними факторами расстройство питания, оказалось вовсе не таковым, а пресцессом, причина которого заложена в самом младенце, т. е. конституциональным расстройством питания, которое имеет лишь грубое внешнее сходство с настоящим расстройством питания. Вы помните, быть может, из двух предыдущих лекций, как подробно я описывал вам картину болезни относительного голодания у детей с патологической конституцией и картину плохо развивающегося вскармливаемого грудью ребенка. Многие, что шло под флагом «кишечный катарр» представляло в действительности одну из подобных картин болезни и даже и в настоящее время часто представляется еще случай направлять этот ошибочный диагноз и прежде всего вытекающее из него неправильное лечение голоданием. Я иду дальше и утверждаю, что число случаев видимой картины поноса и рвоты на конституциональной почве значительно превосходит число случаев настоящего расстройства питания. Исходя из этих статистических данных, я считаю пужным еще раз высказать здесь требование, чтобы в случае «поноса» у вскармливаемого грудью ребенка, прежде чем предположить настоящее расстройство питания и его лечить, убедиться путем детального анамнеза и выяснения status'a, прежде же всего путем многократного определения количеств вынмываемого молока, не имеем ли мы действительно дело только с картиной относительного голодания в широком смысле слова или с другим заложенным в конституции ребенка расстройством.

Переходя теперь к настоящим расстройствам питания у вскармливаемого грудью ребенка, мы должны здесь прежде всего строго

разграничивать две вещи: алиментарные расстройства, обусловленные каким-нибудь количественным или качественным изменением пищи, и «парентеральные» расстройства, обусловленные какой-нибудь вне желудочно-кишечного канала лежащей причиной. В природе вещей лежит, что последние встречаются значительно чаще первых. Ибо вполне понятно, что при вскармливании женским молоком для нарушения выносливости ребенка требуется уже очень большое отклонение от нормы. С другой же стороны несмотря на значительный естественный иммунитет вскармливаемого грудью ребенка всегда могут встречаться внекишечные заболевания, главным образом в области дыхательных путей, которые как будто проецируются на желудочно-кишечном канале, вызывая картину «желудочно-кишечного расстройства».

Чтобы достичь взаимного понимания в этой области, мы должны изложить вкратце номенклатуру и тут то мы педиатры должны быть себя покаянны в грудь. Не напрасно частью досадовали, частью смеялись над «жаргоном педиатров». Обозначения одной и той же картины болезни менялись каждые несколько лет: педиатр, который не следил постоянно за текущей литературой, фактически не имел возможности уследить за вечно меняющимися обозначениями и названиями. Оправданием этому может, пожалуй, служить то, что научная педиатрия еще молода, что с течением времени исследования производились здесь с самых различных этнологических точек зрения, и что поэтому каждый работавший по новому методу врач считал себя обязанным вводить и новые обозначения для своих данных. Вначале за исходный пункт исследования расстройств питания была взята патологическая анатомия, потом бактериология дала новое направление науке, и лишь после этого николой Czerny, и позже Finkelstein'a во главу угла была поставлена химия. Ий мы обязаны прежде всего тем, что расстройства питания рассматриваются не как местные желудочно-кишечные заболевания, а как расстройства общего обмена веществ. Наконец, и физическая химия оказала в этом направлении значительное влияние, а в последнее время нашу область быстро движет вперед учение о конституции. В простейшей форме мы должны различать между острыми и хроническими расстройствами, среди первых острую обыкновенно диспепсию, острый понос, как самую тяжелую форму интоксикации, среди вторых — различные степени атрофии. В практике этих обозначений вполне достаточно, но этим мы отнюдь не отрицаем права на существование за многими другими терминами.

Что касается алиментарных расстройств питания у вскармливаемых грудью детей, то нам известен у них острый понос; интоксикация, обусловленная чисто алиментарными причинами,

едва ли встречается у детей, вскармливаемых исключительно грудью, но за то имеется достаточно много атрофических, вскармливаемых грудью детей. При расстройствах питания, обусловленных энтеральными и парэнтеральными инфекциями, встречаются все формы расстройства питания включая интоксикацию.

Острая диспепсия на алиментарной почве обыкновенно бывает обусловлена количественным перекармливанием, особенно в тех случаях, когда, как мы это уже отметили выше, имеет место не столько постоянное и абсолютное превышение количества выпиваемого молока, сколько несоблюдение промежутков между кормлениями. Только в очень редких случаях острой диспепсии у вскармливаемого грудью ребенка причину заболевания приходится искать в качественных недостатках пищи. Это относится, напр., к некоторым детям менструирующих женщин. Мы знаем на основании химических анализов, что пред наступлением менструации, главным образом первой менструации после беременности и лактации, молоко у некоторых женщин претерпевает определенные качественные изменения, и что у некоторых детей картина острой диспепсии появляется уже до наступления менструации, когда мы, стало быть, еще не подготовлены к этому событию. Дети внезапно становятся беспокойными, спят мало, вскрикивают, пьют хуже прежнего, наступает частое опорожнение плохих, разожившихся зеленых испражнений, иногда имеется рвота, а кривая веса заметно понижается или останавливается в своем движении. В случае внезапного наступления расстройства у вскармливаемого исключительно грудью ребенка рекомендуется при отсутствии всяких других причин учесть возможность названной причины. Если появление менструации подтвердит спустя несколько дней это предположение, то всякое лечение, конечно, излишне, ибо обычно уже с наступлением менструации, во всяком случае не позже, чем чрез несколько дней, расстройство проходит без всякого лечения, уступая место нормальным условиям.

Возможность расстройства вследствие качественного изменения пищи существует еще и тогда, когда, как оно часто случается у столь многих исключительно грудью вскармливаемых детей, последним дают иногда для успокоения или из за предполагаемой необходимости чай в каком либо виде и примененные при приготовлении чая ингредиенты были не вполне безупречны. Такие острые диспепсии наблюдались особенно во время войны и в послевоенное время с их многочисленными суррогатами. Ничем другим их объяснить нельзя было и они сами собой излечивались после оставления соответственного продукта, хотя иногда вели и к более тяжелым и продолжительным расстройствам.

Клиническая картина острой диспепсии у вскармливаемого

грудью ребенка заключается в поносе, обыкновенно в начальной рвоте, в нарушении типичной для нормального ребенка монотермии—значительного повышения температуры при этом не бывает, но обычно в очень небольших пределах колеблющиеся дневные температуры дают более значительные колебания—, в снижении веса или остановке его нарастания, в побледнении розового нормального цвета кожи, в уменьшении тургора и главным образом напряжения брюшных стенок; ослабление или полное отсутствие аппетита, метеоризм, частое отхождение газов, неспокойное состояние, плохой сон дополняют картину.

Лечение ясно собственно само собой. Если мы в состоянии установить причину, то необходимо ее устранить. Главным образом надо следить за правильным режимом кормления, за соблюдением промежутков между кормлениями, за тем, чтобы придерживаться соответственных разовых количеств молока, а при наличии других вышеназванных причин принимать меры к устранению их. Только в более тяжелых случаях со значительным понижением веса или незначительными повышениями температуры рекомендуется провести кратковременное лишение пищи.

Мы тут же на месте сделаем некоторые принципиальные замечания по этому поводу. С того времени, как мы вообще усматривали причину всякого зла и всякого расстройства питания в перекармливании, сохранилось обыкновение слишком долго заставлять детей голодать, т. е. держать их в течение 1, 2 и даже 3 суток на исключительно чайной диете. Finkelstein'у принадлежит заслуга, что он резко подчеркнул вредное, понижающее выносливость ребенка действие голода. К сожалению, этот факт и по сию пору недостаточно известен, и мы все еще встречаем иногда грудных детей, которых по сравнительно ничтожному поводу держат по несколько дней на водной диете. Необходимо со всей резкостью ополчиться против этого дурного обыкновения. вполне достаточно при легких формах диспепсии выключить 1—2 кормления, компенсируя их обильным введением жидкости, и даже при тяжелых расстройствах питания и интоксикациях—заметим это уже здесь же—для успокоения кишечника в общем достаточно лишения пищи в течение суток.

Важно, однако, чтобы после голодной паузы, какой бы продолжительности она ни была, никогда не начинать сразу же с полного количества молока. Прекращение рвоты и поносов еще не служит, ведь, доказательством устранения расстройства питания и восстановления нормального состояния. В этом отношении совершается очень много ошибок. Если после более или менее продолжительной чайной диеты поносы прекращаются, а ребенок успокаивается и даже обнаруживает голод,

если тогда давать ребенку снова выпивать полностью положенное для него количество молока, то очень часто приходится быть свидетелем того, что симптомы диспепсии возобновляются, снова представляется необходимость прибегнуть к голоду и т. д., и так продолжается до тех пор, пока почти что доходит до атрофии.

Итак, по окончании голодной диеты надо ограничивать несколько количество выливаемого ребенком молока, отнимая его через короткое время от груди и утоляя жажду ребенка чаем, матери же велят удалить молокоотсосом или отжать из груди остаток молока и лишь 2—3 дня спустя можно постепенно снова дойти до прежних количеств молока.

В случае несоблюдения этого правила действительно создается возможность—правда, лишь в редких случаях—, что и у вскармливаемых исключительно грудью детей по чисто алиментарным причинам развивается атрофия благодаря тому, что одна острая диспепсия следует за другой. При этом как под влиянием самого заболевания, так и под влиянием проводимого из «терапевтических» соображений голода выносливость кишечника настолько падает, что в результате мы видим безостановочное снижение кривой веса, резкое похудание, вечные поносы. Мы уже говорили, что это случается редко, но тем не менее это приходится иногда наблюдать из за ложного понимания голодного лечения. Правильно же проведенное в указанном выше смысле лечение обыкновенно сразу оказывает благоприятное действие и восстанавливает нормальные условия, не вызывая необходимости прибегать к искусственным питательным смесям.

Эпителиальные инфекции у питающихся грудью детей встречаются не очень часто. Следует различать специфические— брюшной тиф, паратиф, дизентерия— и неспецифические инфекции. Все они наступают под влиянием каких либо грубых загрязнений. При специфических инфекциях дело обыкновенно в том, что среди окружающих ребенка имеется больной или бактерионоситель и что пальцами матери, загрязненной ложечкой или рожком, если ребенку дают чай, или же вследствие примеси бактерий к питьевой воде или к молоку в случае недостаточного кипячения их (при прикармливании чаем или искусственной пиццей) микробы вводятся в желудочно-кишечный канал грудного ребенка. Клинические явления при специфических кишечных инфекциях бывают у грудных детей, особенно у малых, чрезвычайно неясны, не бывает большею частью обычной у взрослых картины (подробности см. в соответственных учебниках), и расстройство протекает обыкновенно в форме острого лихорадочного заболевания с частыми поносами. У таких детей всегда требуется произвести бактериологическое и серологическое исследование, которое иногда дает

ошеломляющие результаты. Но и неспецифические кишечные инфекции под влиянием каких либо других видов бактерий дают аналогичную же картину, и в этих случаях можно иногда долго блуждать во мраке в отношении диагноза. Обыкновенно дело идет в этих случаях о резко воспалительных, очень часто об язвенных процессах в тонкой и толстой кишках. Внешняя картина и здесь картина лихорадочного заболевания с поносами, рвотой и значительным снижением веса, и при этих процессах очень часто развивается ниже описываемая картина интоксикации.

В таких случаях прежде всего показано слабительное и кишечное дезинфицирующее, т. е. каломель или касторовое масло. Мы позволим себе и здесь сделать одно принципиальное замечание. Раньше слабительные применяли слишком часто. Всякий грудной ребенок, у которого были поносы, получал слабительное, и для многих врачей все лечение расстройств питания заключалось лишь в проведении голодной диеты и в каломели. Еще в настоящее время приходится часто видеть, что даже просто голодающих детей лечат слабительными, нанося им тяжелый вред. Можно спокойно сказать, что в лечении чисто алиментарных расстройств питания всегда можно обойтись без слабительного, и что применение последнего должно ограничиваться лишь случаями инфекционного или токсического происхождения.

В случае возможности специфического лечения при энтеральных инфекциях (противодизентерийная сыворотка и т. п.) необходимо таковое применить, в противном же случае приходится ограничиться симптоматическим лечением в виде слабительного, клизм и промываний кишечника (кал. permangan., tannin при процессах в толстой кишке) и уменьшением суточного количества молока. Легкие процессы при этом излечиваются, тяжелые же, токсические дают довольно сомнительный прогноз.

Чаще всего у вскармливаемых грудью детей бывают острые расстройства, генезис которых лежит вне желудочно-кишечного канала, т. е. расстройства, вызванные парэнтеральными причинами. В качестве одного из наиболее важных расстройств мы здесь рассмотрим прежде всего перегревание. Важное значение этого фактора видно уже из того, что еще сравнительно недавно господствовал взгляд, что у искусственно вскармливаемых детей главной причиной возникновения тяжелых желудочно-кишечных расстройств является не столько разложение пищевых продуктов под влиянием жары, сколько непосредственное вредное действие на грудного младенца высокой температуры. Длительный спор в литературе разрешил, правда, вопрос в первом смысле, тем не менее нельзя отрицать вредного действия на грудных детей жары, главным образом влажной жары. Мы сталкиваемся с этим явлением главным

образом в пролетарских жилищах с их плохими условиями вентиляции, особенно же в высоко под крышей расположенных жилых помещениях с низкими комнатами, где к тому же еще присоединяется страх некультурного населения перед «простудой», так что боятся всякого дуновения воздуха и со страхом держат закрытыми все окна и двери. И здесь просветительная работа сделала уже много, но все же слишком еще мало для того, чтобы привить народным массам правильный взгляд и правильное суждение по этому вопросу. Очень часто мы наблюдаем также перегретых грудных детей среди имущих классов населения, а именно в тех случаях, когда тщеславные няни, движимые желанием создать своему питомцу «здоровый» цвет кожи, часто по несколько часов оставляют детей в садах и парках на жгучем солнце. Против этой нелености — иначе и назвать нельзя такое грубое непонимание лечения солнцем — необходимо бороться самым резким образом. Картина перегревания выражается у грудного ребенка в очень беспокойном состоянии, в повышении температуры, в рвоте и поносах. В тяжелых случаях заболевание может давать картину интоксикации.

Лечение заключается в помещении ребенка в прохладное, хорошо вентилируемое помещение, в обильном введении жидкости в виде чая, в тяжелых случаях, при токсической картине, в подкожном применении раствора поваренной соли, в обеспечении кишечника покоя путем лишения ребенка на несколько часов пищи и замены ее чаем, а затем в постепенном переходе к пище описанным выше образом вплоть до достижения на протяжении 2 — 4 дней первоначальных количеств ее.

Однако, всякое вне желудочно-кишечного канала локализирующееся инфекционное заболевание может вызывать у грудного ребенка острые или хронические расстройства питания. На первом месте стоят здесь заболевания дыхательных путей, от простого лихорадочного насморка до самых тяжелых заболеваний легких. Клинические явления со стороны желудочно-кишечного канала таковы же, как и при всех прочих энтеральных явлениях: рвота, поносы, резкое снижение веса, бледность, ослабление тургора и тонуса. Тяжесть картины, а с тем вместе лечение и предсказание зависят исключительно от основного заболевания. Я должен, конечно, отказаться здесь от описания всех возможных причинных основных заболеваний и указания их лечения. Мы должны заняться здесь лишь описанием и лечением желудочно-кишечных симптомов.

Если основное заболевание легкое и по видимому кратковременное, напр. простой насморк, ангина, даже легкий бронхит, то сопровождающие его желудочно-кишечные симптомы, которые и без того носят большую частью лишь характер легкой диспепсии,

можно, вообще, оставить без лечения. Необходимое ограничение количества пищи происходит обыкновенно само собой вследствие затруднения дыхания и ухудшения общего самочувствия; местная сухость рта вследствие заложенности носа и общее чувство жажды вследствие уменьшения количества пищи и лихорадки необходимо компенсировать обильным введением жидкости. На первом плане стоит точный диагноз основного заболевания и лечение последнего. Мимоходом лишь мы укажем здесь на то, что это не всегда так уже легко, но крайней мере в первые дни заболевания. Упомянем, что чаще всего ускользают от внимания *otitis media* и интеллоцитит, особенно последний, который очень часто сопровождается сильной рвотой и без точного исследования мочи (осадок!) остается незамеченным, заставляя предполагать одно лишь энтеральное заболевание. Мы настойчиво подчеркиваем, поэтому, необходимость тщательного исследования.

Отдельно необходимо рассмотреть только те процессы, которые вызывают картину интоксикации и поэтому мы коснемся здесь и энтеральных инфекций, поскольку они связаны с токсическими картинками. Всякая интоксикация вызывает высокую лихорадку, ребенок лежит в своеобразном сомнолентном состоянии с очень характерным выражением глаз. Последние обведены глубокими кругами, цвет кожи серый или серо-цианотический. Имеется т. н. большое дыхание, как при диабетической коме, своеобразное, как бы оборонительное положение кистей и рук, т. н. положение «фехтовальщика», ребенок лежит безучастно и спокойно, испуская лишь времянами своеобразные, пронзительные крики, по которым уже на отдалении можно распознать наличие интоксикации. Кроме того имеется более или менее значительный лейкоцитоз, также, конечно, обусловленный характером основного заболевания, белок и обычно также сахар в моче. Эта тяжелая и на вид опасная картина властно требует, помимо лечения основного заболевания, диететического лечения. Простым лишением пищи и покоем кишечника здесь ничего не достигнешь. Само собой разумеется, что детям с интоксикацией нельзя давать обычной пищи, за исключением обильно вводимой воды; впрочем, это обыкновенно происходит само собой вследствие сильной рвоты. Но и здесь надо сделать некоторое ограничение. Раньше интоксигированных младенцев заставляли в общем голодать вплоть до «полного освобождения от ядов», т. е. до полного снижения температуры до нормы. Помимо того, что при тех заболеваниях, о которых у нас сейчас идет речь, дело идет не о чистых, алиментарного происхождения интоксикациях, а о парэнтеральных инфекциях, при которых восстановление нормальной температуры может быть надолго задержано из-за основного заболевания,

надо и относительно чисто алиментарной интоксикации сказать, что излишне заставлять ребенка голодать до тех пор, пока у него совершенно прекратится лихорадка. В общем достаточно 24-часового, максимум 36-часового голодания.

Второй важный момент заключается в следующем. Для интоксигированного младенца опасна не столько интоксикация, как таковая, т. е. процесс отравления, сколько действие токсических продуктов на сердце и вазомоторы и, далее, действующая в том же направлении большая потеря воды под влиянием предшествовавших сильных поносов. Сюда, стало быть, должно быть направлено действие первых терапевтических мероприятий и именно здесь оказывается бесполезным женское молоко. Кто полагает, что считаемое панацеей женское молоко может помочь против смертельно опасного состояния во время и еще больше тотчас же после интоксикации у обедневшего водою младенца, даже если это ребенок, который до того искусственно вскармливался и которому под впечатлением тяжелого заболевания раздобыл каким нибудь образом женское молоко, тот находится в глубоком заблуждении. Женское молоко отнюдь не связывающая воду пища.

Если интоксигированному младенцу непосредственно после начавшегося резкого падения веса давать только женское молоко, не заботясь о достаточном введении воды и связывании ее и не принимая мер против ослабления деятельности сердца и вазомоторов, то падение веса безостановочно продолжается, и благоприятное с точки зрения увеличения выносливости кишечника и в иммунобиологическом отношении молоко запаздывает со своим действием. Ребенок не доживает до своего излечения. Таким образом, надо прежде всего заботиться о том, чтобы «периферическое сердце» было наполнено, дабы сердечный насос не работал впустую. Этого можно достигнуть в случае выносливости желудка, давая часто описанный выше чай с солями, несколькими клизмами с тем же чаем, кроме того, промываниями желудка, которыми одновременно преследуются две цели, а именно: промывают ребенку желудок с целью удаления остатков пищи, но при последнем промывании оставляют в желудке известное количество промывной жидкости, которая очень быстро оставляет желудок и поступает в ток крови. Если этих мер недостаточно, то надо прибегнуть к подкожному введению физиологического раствора соли или Рингеровского раствора. Предложенное несколько времени тому назад вливание раствора поваренной соли в полость брюшины часто оказывается весьма плодотворным, но оно не совсем просто в техническом отношении и сопряжено с некоторой опасностью поранения кишок, которое уже и имело место в некоторых случаях. Я категорически

высказываюсь против применения раствора поваренной соли в *sinus longitudinalis*, так как в руках врача, не владеющего идеально этой техникой способ этот сопряжен со слишком большими опасностями.

Ослабевшую деятельность сердца надо поднять назначением кофеина и камфоры либо *per os* (при удовлетворительной выносливости желудка), либо лучше *per rectum* (ol. camphor. 10,0, ol. olivar. 90,0, каждые 3—4 часа микроклизму из 10 куб. сент.) или подкожно (лучше всего hexeton, cardiazol или coramin).

И в этих случаях приходится предостерегать против слишком продолжительного и щедрого применения больших количеств солевых растворов, ибо в противном случае возникает опасность образования отеков, а после исчезновения последних опасность нового быстрого снижения веса и возобновления опасных явлений со стороны кровообращения.

Само собой понятно, что лечение интоксигированного грудного ребенка требует много времени и труда, и что при отсутствии в домашней обстановке всех необходимых для такого лечения условий таких тяжело больных детей лучше направлять для лечения в больницы.

Итак, первым условием успешного лечения интоксикации является улучшение кровообращения и покрытие потерь воды, не говоря, конечно, о специфическом лечении основной болезни. Лишь по прошествии 24—36 часов голодания можно приступить к диетическому лечению. В нашем случае, т. е. при кормлении исключительно грудью, лечение это может заключаться, конечно, опять таки в том, что ребенку вновь начинают давать грудное молоко. Это надо проводить таким образом, что тяжело больному и невыносливому еще ребенку дают грудное молоко часто и небольшими сначала количествами, обыкновенно не непосредственно из груди, а сцеженное или добытое молокоотсосом, в случае надобности охлажденное. При этом следует также позаботиться о том, чтобы дополнительным введением чая покрыть потребность в воде. Лишь по прошествии многих дней можно постепенно уменьшить число кормлений и увеличить количество пищи при каждом кормлении. Лишь тогда сказывается благотворное действие женского молока и, если основная болезнь не очень тяжелая, можно рассчитывать на излечение ребенка, но при этом надо не забывать, что столь тяжелое заболевание на много недель ослабляет выносливость желудочно-кишечного канала, так что в течение долгого еще времени после перенесенного заболевания строго воспрещены всякие диетические эксперименты. В тех случаях, когда ребенок в момент заболевания питался уже не исключительно грудью, а был на смешанном питании, надо немедленно же после интоксикации совершенно отказаться от искусственной пищи; в

зависимости от имеющегося количества грудного молока надо возможно дольше держать ребенка исключительно на женском молоке с целью усилить выносливость и иммунитет ребенка. Бывает, конечно, много случаев, в которых ребенок в момент заболевания находится на *allaïtement mixte*, в котором женское молоко составляет лишь меньшую часть общего количества пищи; это случается преимущественно у старших детей или у бедных молоком матерей. После удаления ядов из организма наша обязанность хотя бы в течение непродолжительного времени кормить ребенка исключительно женским молоком, чтобы по возможности и в возможно короткий срок восстановить выносливость кишек. Однако, очень скоро проявляется недостаток в пище, потребность ребенка в пище возрастает и не всегда имеется возможность обеспечить достаточное количество женского молока. И таким образом мы снова вынуждены прибегнуть к *allaïtement mixte*. Выбор дополнительной пищи не всегда легок в этих случаях. В таких случаях наблюдаются довольно отрадные результаты от 1—2, максимум 3 кормлений пахтанием в качестве дополнительной к грудному молоку пищи. Очень часто дает хорошие результаты и *allaïtement mixte* с белковым молоком.

Атрофия наступает у вскармливаемых исключительно грудью детей лишь редко в тех случаях, когда чисто алиментарные расстройства повторяются с небольшими промежутками времени. Значительно чаще мы наблюдаем ее в тех случаях, когда парентеральные инфекции, как таковые, или вследствие действия своего на желудочно-кишечный канал понижают выносливость ребенка и каждая новая попытка питания вызывает острые расстройства. Значительно чаще видим мы картину атрофии у детей, которых вскармливают не исключительно грудью, а которых держат на *allaïtement mixte*. И здесь клиническая картина очень часто вызывается инфекционными процессами, локализирующимися вне кишечника. Но в этих случаях картина атрофии под влиянием чисто алиментарных расстройств наблюдается во всяком случае чаще, чем у детей, вскармливаемых исключительно грудью. Если дело идет о парентеральных процессах (заболевания дыхательных органов, пневонистит etc.), то надо, конечно, прежде всего стремиться к излечению их. Разумеется, необходимо добиваться того, чтобы у детей, находящихся на *allaïtement mixte*, поддерживать возможно дольше и возможно шире питание грудным молоком. Но надо, однако, остерегаться истощения только во имя принципа кормления исключительно грудью. В противном случае атрофия прогрессирует, выносливость понижается еще более и самое незначительное, заново присоединяющееся алиментарное или инфекционное острое расстройство может тогда убить ребенка. Для таких случаев очень часто реко-

мендуется проводить *allaitement mixte* с меньшей по объему, но более концентрированной пищей, как напр. масляно-мучной суп *Szerny-Kleinschmidta* или масляно-мучное цельное молоко *Mogo*. Само собой разумеется, что диетическое лечение таких детей должно происходить согласно выработанным для искусственного питания принципам, на которых мы не можем здесь подробно останавливаться. Лечение подобных тяжело больных детей требует, конечно, большого опыта и сноровки, но зато оно является одной из благодарнейших задач врачебной деятельности.

### Десятая лекция.

#### Выбор кормилицы и отлучение от груди.

Не всегда имеется возможность вскормить ребенка грудью родной матери. Существует достаточно абсолютных и относительных препятствий к кормлению грудью, как мы это слышали уже с первых же лекций. Процент случаев вскармливания грудью кормилицы в отношении общего числа грудных детей различен, конечно, в зависимости от времени и места. Не подлежит сомнению, что в настоящее время, по крайней мере у нас, вскармливается при помощи кормилицы едва ли даже десятая часть того числа детей, которые вскармливались таким образом еще только 15 лет тому назад и несомненно еще значительно меньшая часть, чем 30—40 лет тому назад. Главную роль играли в этом пропаганда вскармливания грудью, ибо одно препятствие к вскармливанию грудью — нежелание матери кормить — стало в настоящее время уже довольно редким. В настоящее время даже среди самых капризных дам в частной практике встречается лишь очень мало таких, которые из за неудобства или других неосновательных соображений не желают кормить своего ребенка грудью, хотя и могли бы это делать. Благодаря пропаганде кормления грудью, проводимой среди самых широких слоев населения, и ознакомления с преимуществами кормления грудью матери последнее стало уже собственно чем то само собой разумеющимся и если в настоящее время прибегают к услугам кормилицы, то это никогда почти не совершается безосновательно, а всегда в силу какой либо необходимости (смерть или болезнь матери, агалактия и т. п.). Много содействовало также, особенно в последние годы, уменьшению числа случаев прибегания к услугам кормилиц ухудшение экономических условий. Содержание кормилицы обходится довольно дорого, к тому же связано еще с большими неудобствами, так что мать, которая действительно не может кормить своего ребенка, скорее решается на искусственное вскармливание ребенка, чем на приглашение кормилицы.

Не приходится, конечно, жалеть о том, что все названные обстоятельства свели этот во всяком случае не совсем безупречный институт действительно лишь до случаев крайней необходимости. В прежние годы погибли тысячи детей кормилиц, отданных в деревню, тогда как матери их кормили своим молоком детей богатых женщин только потому, что те ленятся сами кормить грудью своих детей. В настоящее время во многих государствах закон пытается бороться с этим безнравственным явлением, обязывая семью, в которую приглашается кормилица, принять и родного ребенка кормилицы, чтобы предоставить ему возможность частично питаться грудью родной матери хотя бы до тех пор, пока хватает молока для обоих детей или пока ребенка кормилицы можно взять на скромное смешанное вскармливание. Этим предотвращается также отчуждение ребенка кормилицы от родной матери. У нас этот закон, правда, еще не утвержден, но все же делаются попытки проводить его в жизни, и в большинстве случаев это действительно удается, если семье с достаточной убедительностью разъясняют безнравственность и жестокость отрывания ребенка кормилицы от его матери.

Хотя нам в настоящее время и реже представляется необходимость приглашать к ребенку кормилицу, необходимо все же быть знакомым с техникой выбора и исследованием приглашаемой кормилицы. Прежде всего важен возраст ребенка, к которому приглашается кормилица, а не возраст ребенка кормилицы. Господствовавший раньше взгляд, что оба ребенка должны быть приблизительно одинакового возраста, в настоящее время отвергнут. Надо лишь избегать выбора кормилицы, ребенок которой моложе 4 недель и старше 7—8 месяцев. Ибо если уже решается на все материальные затраты и прочие неудобства услуг кормилицы, то надо хотя бы быть уверенным, что кормилица находится в пору наивысшей лактации, что лишь редко бывает раньше и позже названных сроков.

Кроме того, должен быть удовлетворен ряд условий, которые мы ниже вкратце изложим. Прежде всего кормилица и ее ребенок должны быть вполне здоровы. Поэтому, приглашая кормилицу, надо непременно исследовать и ее ребенка. Установление здорового состояния ребенка едва ли представляет какие либо затруднения: при достаточном клинически-педиатрическом опыте можно, не задавая матери ни единого авамнестического вопроса, на основании одного только *status'a*, который объективен и не может быть фальсифицирован, получить достаточно данных, чтобы судить об этом. Иное дело при исследовании самой кормилицы. Почти все кормилицы лгут и если не делает этого сама кормилица, то она обыкновенно бывает уже инстинктивно надлежалым обра-

зом весьма опытными посредническими конторами, которые очень часто вынуждены сбывать и плохой «товар», прибегая ко всевозможным обманам. Это касается главным образом количества молока у кормилицы. Можно быть уверенным, что предложенная посредницей (в большинстве случаев этой профессией занимаются женщины) кормилица, если она не бывает действительно и вне всяких сомнений удачной, явится с переполненной грудью. Кормилице советуют в течение нескольких часов не давать своему ребенку груди, и она приходит на исследование с напряженными, переполненными грудями и тогда, конечно, создается впечатление огромного, в действительности вовсе не существующего количества молока. Объективное представление об этом можно получить, конечно, лишь в том случае, если предварительно пробно взять кормилицу только на 1—2 дня и путем многократного взвешивания определять количество молока после надлежащего опорожнения груди и при частом кормлении ребенка.

Другой способ обмана со стороны посредниц в отношении обилия молока в груди кормилицы заключается в том, что прекрасно владеющие этой техникой посредницы на глазах у врача или нанятого выжимают грудь кормилицы, показывая, каким количеством струек и как далеко и обильно брызжет молоко из груди. Если не проявить здесь осторожности, то можно совершить грубейшую ошибку. Подобно тому, как существуют очень обильные груди, которые лишь трудно поддаются опорожнению путем отжимания (я уже раз касался этого выше), так существуют и груди, из которых молоко далеко брызжет многими струями, но которые отнюдь не дают достаточного количества молока. И здесь необходимо путем повторного взвешивания ознакомиться с объективным положением дела. В общем повторнородящих надо предпочитать первородящим.

От хорошей кормилицы требуется, далее, соответственное строение груди и грудного соска. В общем можно сказать, что «красивые груди», т. е. маленькие, полусферические, туго напряженные груди дают меньше молока, за некоторым исключением, конечно, и что вялые «отвислые груди», напротив, являются много более обильными. Сосок должен быть большим, выуклым, легко захватываемым, плоские и втянутые соски непригодны у кормилицы. Нехорошо, особенно для дебильных и слабых детей, если кормилица очень велика и тучна и имеет очень большие, тяжелые, отвислые груди. Такие груди почти задавливают подобных детей.

Что касается общего состояния здоровья кормилицы, то оно должно быть, конечно, безупречным, но не следует обращать при этом внимание на столь излюбленную внешнюю сторону. Совер-

шенно излишне, чтобы кормилица была особенно красива; отсутствие нескольких зубов или небольшой зуб тоже не является несчастием. Но зато детальное физическое исследование, простирающееся и на апамнез, и на status, должно установить безупречность состояния здоровья кормилицы. Апамнез должен прежде всего выяснить, происходит ли кормилица из здоровой семьи. Однако, к показаниям кормилицы надо относиться всегда с осторожностью, проверяя их неожиданными, косвенно достигающими цели окольными вопросами. Равным образом вопросы о перенесенных болезнях надо ставить так, чтобы эти необразованные большей частью женщины не подозревали цели вопроса. Самое тщательное физическое исследование, главным образом в отношении туберкулеза, сифилиса, гонорреи, пороков сердца, первичных болезней и психозов должно выяснить отсутствие у кормилицы и ее ребенка каких бы то ни было более или менее серьезных заболеваний. Само собой разумеется, что реакции Вассермана и Meinicke у матери и ребенка должны быть абсолютно отрицательными. Необходимо, кроме того, обратить внимание на чистоплотность кормилицы (виш!) и при наличии каких либо паразитов принять необходимые меры раньше, чем кормилица водворится в дом. Наконец, следует выяснить также психическое состояние приглашаемой кормилицы. Хитрые, взыскливые, недоброжелательные субъекты a priori мало пригодны для услуг кормилицы — наиболее подходят добродушные или, скажем лучше сразу, немного глуповатые и простоватые крестьянские девушки, а затем замужние серьезные женщины, принимающие важность своей задачи.

Если дело идет о приглашении кормилицы к совсем малым детям, то мы не встречаем затруднений при прикладывании ребенка к груди кормилицы, если только со стороны ребенка не существует тех затруднений к сосанию, какие мы выше описывали. Ясно, конечно, что заложенное в ребенке затруднение к сосанию груди сказывается при кормлении грудью кормилицы так же, как и при кормлении грудью родной матери, как я это отметил выше, при прогнатизме, напр. Иначе обстоит дело с количеством вынимаемого молока. Если ребенку, который получает грудь кормилицы, 3—4 недели, ребенку же кормилицы 3—4 месяца, то кормилица будет, конечно, вырабатывать *ceteris paribus* много больше молока, чем требуется малому ребенку. Если приложить ребенка к груди, не принимая никаких мер, то вследствие пред'явления к груди меньших требований и вследствие застоя молока отделение молока у кормилицы уменьшается, лишь с трудом вновь увеличиваясь, когда ребенку начинает требоваться больше молока. Уже по этой причине рекомендуется принимать вместе с кормилицей и ее ребенка и так кормить детей, чтобы сперва прикладывать

к груди кормилицы чужого ребенка, а потом для полного опорожнения груди кормилицы еще и ребенка последней. При отсутствии в доме ребенка кормилицы последняя должна отжимать рукой или удалять молокоотсосом избыток молока до тех пор, пока ребенок не сможет выпивать полностью все отделяемое молоко, т. е. до середины третьего месяца жизни.

Иначе обстоит дело в тех случаях, когда ребенок, к которому приглашена кормилица, уже старше. Обыкновенно дело идет тогда о детях, которые в течение некоторого времени уже вскармливались искусственно и заболели каким-нибудь тяжелым расстройством питания, для излечения которого сочли необходимым вновь перевести ребенка на женское молоко. Благодаря привычке к рожку, из которого легко сосать, и вследствие плохого общего состояния, особенно вследствие пониженного аппетита, такие дети часто создают очень большие затруднения при возобновленной попытке прикладывания к груди, и часто требуется много терпения, чтобы провести кормление такого ребенка грудью кормилицы. Препятствием служит здесь уже разница во вкусе между женским молоком и всеми видами искусственной пищи. В таких случаях приходится часто опорожнять грудь кормилицы (необходимо самое педантичное и возможно более полное опорожнение груди кормилицы во избежание инволюции ее) и давать ребенку это молоко из рожка. Лишь после того, как преодолено сопротивление в отношении вкуса женского молока, можно перейти к тому, чтобы преодолеть сопротивление в отношении захватывания грудного соска. Терпение и настойчивость и здесь приводят к цели.

Аналогичное же можно сказать относительно недопосков, главным образом относительно дебильных. Многие из этих детей не в состоянии даже захватить тяжелую грудь кормилицы, не только что опорожнить ее полностью. Для таких детей прием вместе с кормилицей ее ребенка является прямо таки необходимостью. Их почти всегда приходится кормить сцеженным молоком кормилицы, тогда как на родного ребенка кормилицы падает задача поддерживать отделение молока на высоте до той поры, пока дебильный ребенок не сможет осилить всего отделяемого кормилицей количества молока. А это длится, конечно, большей частью несколько месяцев.

Таким образом и в этих случаях необходимо строгое индивидуализирование.

В значительно большей мере относится это положение к смешанному вскармливанию и отлучению ребенка от груди матери или кормилицы. Уже при первом осмотре новорожденного и ознакомлении матери с техникой вскармливания мы

слышим от молодой матери вопрос, как долго надо ей кормить грудью своего ребенка. Многие женщины предстают даже уже с твердой программой и говорят, что будут кормить столько то и столько то времени; одни женщины имеют при этом в виду минимальное время, в течение которого они только и желают кормить, другие считают, что для ребенка будет всего полезнее, если они его будут возможно дольше кормить грудью. Ясно, что нельзя, конечно, воздвигать правила для отдельных случаев и что на все эти вопросы надо дать общий ответ.

Требуется разрешить здесь два вопроса: 1. Когда следует отлучать от груди? и 2. Как надо отлучать от груди? Оба вопроса имеют прежде всего общий знаменатель. Под отлучением мы разумеем всегда лишь медленное, постепенное введение в диету искусственной пищи. Если долго оставаться на одном и том же диететическом режиме, при котором наряду с женским молоком дают еще постоянно один или несколько раз в сутки искусственную пищу, то мы говорим о смешанном вскармливании или *allaitement mixte*. Резкое, полное отлучение от груди сразу, при котором все кормления грудью одновременно заменяются искусственной пищей, может иметь место только в тех случаях, когда к этой все же несколько рискованной мере нас принуждает смерть или тяжелое заболевание матери, при котором абсолютно воспрещено кормление грудью. Во всех прочих случаях, будет ли это потому, что истек период кормления грудью, или потому, что по какойнибудь причине со стороны матери или ребенка возникла необходимость искусственного прикармливания, отлучение от груди должно быть проведено медленно и постепенно, плавными словами окольным путем чрез более или менее продолжительный период смешанного вскармливания.

Что касается, прежде всего, срока, когда можно начать прикармливание, то надо руководствоваться правилом, что в пределах определенного периода времени, скажем не позже чем до девятого месяца жизни, целесообразно возможно дольше оставлять ребенка у груди при условии, что имеется достаточно материнского молока и что со стороны ребенка не обнаруживаются никаких симптомов, которое спешно требовали бы добавления искусственной пищи. При отсутствии же обоих этих условий прикармливание должно, конечно, быть начато раньше. Здесь надо строго избегать ригоризма. Итак, если, напр., отделение молока очень скоро оставляет желать большего, т. е. при вторичной гипогалактии, следует по многократно выше изложенным основаниям не придерживаться того, что лучше предоставить ребенку голодать у груди, чем прикармливать его.

Со стороны матери причины, требующие более раннего при-

кармливания искусственной пищей, могут быть, конечно, самыми различными. Как мы уже говорили, основанием к прикармливанию ребенка является, прежде всего, недостаточное отделение молока у матери. Однако, болезнь матери, хотя и не совсем исключаящая кормление грудью, но все же делающая желательным снизить силы матери, также может побудить нас считаться не исключительно с интересами ребенка, но и с физическим состоянием матери, напр. с пороком сердца у матери или желудочно-кишечной болезнью, заставляющей ее пойти на ограничения в приеме пищи (незначительная язва желудка и т. п.). Да и вообще говоря, в тех случаях, когда дело идет о слабой матери, но о крепком ребенке, надо безусловно считаться с состоянием питания матери в ущерб интересам крепкого ребенка и по истечении 2—3 месяцев давать ребенку несколько раз в сутки искусственную пищу, чтобы падать силы матери. При этом ребенку и впрямь обеспечиваются все иммуно-биологические преимущества груди. Вредные последствия игнорирования этой точки зрения мы наблюдали особенно в военное и послевоенное время с его плохими условиями питания. Охотно кормившие грудью, но слабые и недостаточно хорошего питания матери теряли тогда за 5—6-месячный период кормления грудью часто 15—20% веса своего тела и, как мы не раз имели возможность в этом убедиться, часто в течение многих лет не могли восстановить эту потерю. Ясно, что при ужасающей частоте скрытых туберкулезных процессов подобные потери в весе должны часто превращать эти процессы в явные, да и вообще надо сказать, что при наличии каких либо хотя бы и старых туберкулезных процессов у матери надо быть чрезвычайно осторожным с кормлением грудью, ибо мы глубоко убеждены в том, что скрытый туберкулез может быть превращен в явный и ухудшиться скорее под влиянием лактации, чем под влиянием беременности и родов. Но и независимо от опасности активирования туберкулеза надо поставить себе за строгое правило у слабых матерей, главным же образом у крепких детей, определять каждые 2—4 недели также вес матери. В случае значительных потерь в весе и хорошего нарастания веса у ребенка по этим соображениям безусловно показано введение нескольких кормлений искусственной пищей.

Исходящие от ребенка основания к преждевременному отлучению от груди вытекают из всего сказанного нами относительно препятствий к кормлению грудью и расстройств питания. Голодающего ребенка, у которого все приведенные нами выше попытки урегулирования техники кормления грудью не приводят к цели, надо прикармливать. Все виды недостаточного развития ребенка при вскармливании грудью, с которыми мы познакомились при различных формах конституциональных аномалий у ребенка, также тре-

буют прикармливания. Крупные конституциональные аномалии — экзудативный диатез и рахит — также требуют своевременного снабжения страдающих ими детей, притом в определенной форме, недостающими им составными частями пищи. Для всего этого требуется, конечно, точное знакомство с картинами названных состояний, главным образом в начальных их стадиях. Уже по этим причинам и еще потому, что центр тяжести у нас ведь в профилактике, возникает требование постоянного наблюдения за всяким грудным ребенком и детальнейшего исследования его. (Охрана младенчества широко учитывает эту необходимость и несомненно, что установлению обыкновения исследовать периодически с определенными небольшими промежутками времени всех грудных детей мы обязаны значительным понижением заболеваемости и смертности среди последних. В виду того, что быстрое распознавание всех начинающихся изменений у грудного ребенка, охватывающие каждого случая с этиологической, клинической, прогностической и терапевтической стороны во время массового приема детей в консультации действительно требует большого навыка и опыта, здесь, пожалуй, уместно будет выставить требование, чтобы в консультациях принимали только очень опытные врачи с большой клинической подготовкой, а не молодые начинающие врачи.

Второй важный вопрос отлучения от груди это вопрос, как его провести? В нормальных случаях, т. е. в случае нормального развития ребенка при вскармливании грудью и при отсутствии всяких конституциональных изменений и заболеваний, важен прежде всего возраст ребенка. Для искусственного вскармливания нормального ребенка в настоящее время установлены общепризнанные, определенные правила во всем, что касается количества и состава пищи, и в общем надо следовать правилу, что при отлучении от груди дают ту искусственную пищу, которая соответствует определённому возрасту ребенка, короче говоря, в первые два месяца жизни молоко, разведенное пополам с каким либо слизистым отваром и с 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> сахара, в следующие два месяца вместо слизистого отвара мучной отвар, для следующих двух месяцев  $\frac{2}{3}$  молока тоже с мучным отваром, с пятого месяца овощи и фруктовые соки, с седьмого месяца — суп с маинной крупой или какимнибудь суррогатом и каша. На деталях мы здесь останавливаться не можем. Таким образом в зависимости от возраста отлучаемого от груди ребенка приходится вводить один из этих режимов питания. Хронологическая последовательность отлучения от груди будет приблизительно такова. Сначала заменяют одно кормление грудью (мы предполагаем, что дело идет обычно о несколько более старших детях, что детей до этой поры кормили по 5 раз в

сутки). Наиболее удобно для этого четвертое кормление (после обеда). При этом выжидают неделю, чтобы судить о том, переносит ли ребенок вообще искусственную пищу (идиосинкразия!), как он реагирует на рожок и т. д. В благоприятном случае заменяют второе кормление (предобеденное) искусственной пищей, так что оставляют лишь первое, третье и пятое кормления грудью. Еще чрез одну неделю отменяют третье кормление грудью (днем) и дают грудь лишь утром и вечером. А еще чрез неделю отменяют сразу оба эти кормления, ибо оставление одного только кормления грудью в сутки оказалось неудобным, так как к этому времени отделение молока уже значительно падает и вместе с тем сильно изменен уже химический состав самого молока. Это самый скорый из допустимых способов отлучения от груди. Можно, конечно, без колебаний удлинить отдельные этапы. В частности у детей, у которых по какой либо заложенной в матери или ребенке причине уже довольно рано представляется необходимость в прикармливанши, будет, конечно, целесообразно после введения двух, максимум трех искусственных кормлений сохранять такое положение дела в течение продолжительного времени, многие недели и даже месяцы, и таким образом провести то, что мы называем смешанным вскармливанием или *allaïtement mixte*.

Если я раньше сказал, что после первого искусственного кормления надо выждать для пробы более или менее продолжительное время прежде, чем решиться на дальнейшую смену кормлений грудью искусственной пищей, то это имеет между прочим еще и следующее основание, которого нельзя игнорировать. Грудной младенец, вскармливаемый исключительно грудью, словно перенесенный листок бумаги, и нам еще неизвестно, как будет реагировать этот организм на искусственную пищу. Niessl и уже много лет тому назад доказал, что и здесь играют роль значительные конституциональные различия, обусловленные химическими свойствами организма ребенка, и я могу подтвердить и дополнить его утверждение. В общем можно сказать, что большинство детей переносит хорошо питание как преимущественно жир содержащими, так и главным образом углеводы содержащими питательными смесями. Существует, однако, очень много детей, которые приспособлены только либо к одному, либо к другому виду вскармливания, что, конечно, нельзя предвидеть заранее и что нельзя заметить по ребенку, пока он питается исключительно грудью. Пропорция при этом такова, что среди этих детей, которых нельзя вскармливать любой пищей, «жировые дети», т. е. дети, которым нужен жир и которые хорошо переносят его, значительно уступают в численности «углеводным детям», т. е. тем, которые нуждаются в углеводах и хорошо их переносят. Таким

образом может случиться, что при введении первого искусственного кормления случайно наталкиваемся на ребенка, который не все переносит, и что уже при первой попытке введения искусственной пищи терпим неудачу. Конечно, при этом должна быть исключена возможность всяких случайных внешних моментов (плохие продукты при приготовлении искусственной пищи или неправильное приготовление ее). Таким образом, при отлучении от груди надо, если дело идет, как это бывает в большинстве случаев, о ребенке старше 2 месяцев, сделать попытку дать ребенку индифферентную углеводно-молочную смесь. Если пища эта хорошо переносится, то можно продолжать давать ее. Но если она не переносится, если наступают рвота и поносы, то, питая ребенка исключительно грудью, надо снова выждать некоторое время, пока восстановится нормальная выносливость и, предполагая, что дело идет, быть может, о не переносящем углеводов ребенке, переходят на безуглеводную пищу, напр. на  $\frac{2}{3}$  молока с водой или на цельное молоко. Это обстоятельство до настоящего времени часто упускалось из виду и «кишечным катарром» называли много такого, что в действительности являлось лишь конституциональной особенностью данного ребенка.

Далее мы считаем нужным еще раз отметить здесь, что каждая конституциональная аномалия требует особого искусственного питания и потому, в случае прикармливания, надо своевременно начать давать определенные смеси, т. е. рахитический ребенок должен начать своевременно получать овощи и фруктовые сушки, экзудативное дитя своевременно и равнее обычного сушки и овощи, не говоря уже о том, что при обоих этих конституциональных аномалиях никогда нельзя затягивать слишком кормление исключительно грудью. Исключение составляет лишь спазмофилия. При ней надо возможно дольше кормить исключительно грудью даже в тех случаях, когда одновременное существование других конституциональных аномалий — это относится главным образом к рахиту — вызывает необходимость в более раннем прикармливании. Проявления спазмофилии угрожают опасностью жизни и с ними надо считаться более, чем с проявлениями других конституциональных аномалий.

---

Внимательно просматривая эти не претендующие на полноту лекции, вы можете убедиться, как сложна простая на первый взгляд зависимость между грудью и ребенком, как много комбинаций и вариантов в соотношении этих величин и функций, и что при внешнем однообразии явлений вовсе не так просто найти и выделить должное, восстановить правильные отношения и соответственно этому действовать в целях профилактики и лечения. Я сказал бы

даже, что ребенка, не удовлетворяющего всем требованиям нормы, почти что труднее выростить, вскармливая его грудью, чем при искусственном вскармливании. Во всяком случае для этого необходимы клинический глаз и большой опыт. Но строить здоровую жизнь, положить краеугольный камень будущего здоровья — одна из прекраснейших задач врача, и этим отличается наша специальность от всех других медицинских специальностей. И потому стоит серьезно заняться основами вскармливания грудью, которые в будущем несомненно еще будут значительно расширены.

---

akusher-lib.ru

## Оглавление.

	Стр.
Предисловие к русскому изданию . . . . .	3
Предисловие автора . . . . .	5
Первая лекция.	
Питание нормального новорожденного при достаточном отделении молока . . . . .	7
Вторая лекция.	
Затруднения при кормлении грудью . . . . .	7
Третья лекция.	
Питание малых и гигантских детей, недоносков, дебильных и двойней	29
Четвертая лекция.	
Перекармливание детей при вскармливании грудью . . . . .	39
Пятая лекция.	
Относительное голодание вскармливаемого грудью ребенка I. . . . .	43
Шестая лекция.	
Относительное голодание вскармливаемого грудью ребенка II. . . . .	55
Седьмая лекция.	
Конституциональные расстройства питания у вскармливаемого грудью ребенка I . . . . .	61
Восьмая лекция.	
Конституциональные расстройства питания у вскармливаемого грудью ребенка II. . . . .	70
Девятая лекция.	
Острые и хронические расстройства питания у вскармливаемых грудью детей . . . . .	84
Десятая лекция.	
Выбор кормилицы и отлучение от груди . . . . .	95

КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО

„НАУКА и ПРОСВЕЩЕНИЕ“.

ПЕЧАТАЮТСЯ:

Доц. Ф. Кирхберг. — **Массаж и гимнастика, как косметические средства.** Перевод с немецк. д-ра Е. И. Чернобыльской. С 26-ю рисунками в тексте.

Проф. Лангштейн. — **Болезни органов дыхания, сердца и мочеполовых органов у детей.** Перевод с немецкого д-ра Б. М. Бернштейна.

ГОТОВЯТСЯ К ПЕЧАТИ:

Проф. А. Корани. — **Болезни мочевых органов.**

Проф. Г. Шлезингер. — **Болезни легких и плевры**

Проф. А. Гоффманн. — **Болезни органов кровообращения.**

Проф. Парч. — **Болезни челюстей** и Проф. Эйлер. — **Экстракция зубов и обезболивание при ней.**

СКЛАД ИЗДАНИЙ:

МЕДИЦИНСКИЙ КНИЖНЫЙ МАГАЗИН САНПРОСА

Киевского Окргздрава

ул. Ленина, № 12.