

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ

Ассистент М. Х. ЧУДИНА

С 27 по 31 мая 1957 г. в Москве состоялась II Всесоюзная конференция по лечебному питанию, организованная Министерством здравоохранения СССР и Институтом питания Академии медицинских наук СССР. В работе конференции принимали участие более 500 клиницистов, физиологов, представителей медицинской и пищевой промышленности. На конференции присутствовали и принимали участие в ее работе ученые Чехословакии, Польши, Болгарии, Румынии.

В повестке дня конференции стояли актуальные вопросы лечебного питания при болезнях обмена веществ, сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других заболеваниях внутренних органов, а также вопросы витаминотерапии. На заключительном заседании были заслушаны доклады по организации лечебного питания.

Конференция была открыта вступительным словом проф. В. М. Жданова. Доклад о достижениях в области питания здорового и больного человека за 40 лет Советской власти сделала член-корр. АМН, директор института питания АМН СССР, проф. О. П. Молчанова.

Проф. Ф. К. Меньшиков в своем докладе осветил итоги и перспективы развития лечебного питания в СССР.

Доклад на тему: «Питание и высшая нервная деятельность в норме и патологии» сделал проф. А. И. Макарычев. Докладчик отметил, что изучение высшей нервной деятельности в связи с питанием имеет большое практическое значение. По наблюдениям докладчика и его сотрудников, избыточное белковое питание (в эксперименте) ведет к повышению возбудимости центральной нервной системы. При ограничении жиров возбудимость нервной системы также повышается, но значительно слабее, чем при избыточном белковом питании. По-разному воздействуют на центральную нервную систему насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты. Первые повышают, вторые снижают возбудимость коры. Физиологическое действие бессолевой диеты еще недостаточно ясно, однако, тенденция к снижению артериального давления при бессолевой диете отмечена многими авторами. У животных со слабой нервной системой авитаминозы развиваются быстрее.

Лечебное питание при сердечно-сосудистых заболеваниях было освещено в докладе проф. В. П. Соколовского и в ряде сообщений его сотрудников. Проф. В. П. Соколовским совместно с сотрудниками разработана специальная диета для лечения и профилактики коронарного атеросклероза. Эта диета характеризуется умеренным ограничением калоража (2.200—2.700 кал.); количество белка почти равно физиологической норме (70—90), животные жиры ограничены до 40, углеводы до 300—350, количество поваренной соли не превышает 5—7, холестерина в диете не более 300—600 мг. Диета предусматривает физиологическую норму витаминов, за исключением увеличенного содержания аскорбиновой кислоты (до 200—300 мг) и обогащена липотропными продуктами (творог, треска, отруби). Диета богата растительной клетчаткой.

Для больных с инфарктом миокарда в первые дни рекомендуется ограничение количества и калорийности потребляемой пищи с постепенным расширением: в первые два дня рекомендуются лишь фруктовые соки, сахар и чай, с 3-го дня диета должна содержать: белков 40, жиров 20, углеводов 140; с 10 дня диета расширяется, главным образом за счет белков, и в меньшей степени — за счет жиров и углеводов; с 15 по 25 день количество белков в диете доводится до 70; с 25 по 45 день диета приближается к физиологической. Спустя два месяца больные переводятся на диету, рекомендуемую для профилактики коронарного атеросклероза: белков до 95, жиров до 70. Под влиянием указанной диеты, при улучшении клинического состояния, наступает нормализация холестерин-белкового и водно-солевого обмена, корковых процессов, повышается функция щитовидной железы, нормализуются вязкость и свертываемость крови, где увеличивается содержание аскорбиновой кислоты.

Кандидат медицинских наук А. Г. Романова и М. К. Чернописко (санаторий «Донбасс», Сочи) изучали влияние разработанной ими диеты на течение различных форм и стадий атеросклероза в условиях курортного лечения. В предлагаемой авторами диете максимально ограничены пищевые продукты, содержащие холестерин, витамин Д,

и резко ограничены экстрактивные азотистые вещества, а для некоторых категорий больных ограничение касается также и поваренной соли. Общая калорийность диеты — 3000—3200 калорий. Диета содержит: белков 70—80, жиров 65—80 (больше растительных), углеводов 400—500. В пище достаточное количество витаминов С и Р, липотропные факторы — холин, метионин, бетаин и цинк.

Доклад вызвал дискуссию в связи с чрезмерно высокой калорийностью предлагаемой авторами диеты, а также большим удельным весом жиров в этой диете.

В. М. Зайцев (Казань) сообщил о динамических наблюдениях над изменением белковых фракций сыворотки крови у 60 больных атеросклерозом, получивших рисово-овощную гипохлоридную диету. До лечения у больных были отмечены гипоальбуминемия, увеличение глобулиновых подфракций, особенно бетаглобулина. Под влиянием рисово-овощной диеты (10—15 дней) у большинства больных наблюдались нормализация белковых фракций крови, повышение концентрации альбумина, уменьшение глобулиновых подфракций.

Живой интерес вызвал доклад доц. Г. З. Ишмухаметовой (Казань) о лечении больных гипертонической болезнью рисово-овощной гипохлоридной диетой. Предлагаемая докладчиком диета содержит достаточно белков, ограниченное количество жира, при 2165 кал. Диета с ограничением натрия, богата калием, содержит 1,5 г холина и 300 мг холестерина. Содержание поваренной соли в диете — менее 4.

Под влиянием рисово-овощной диеты, наряду с клиническим улучшением, при заметном снижении артериального давления, у гипертоников наблюдалась нормализация уровня электролитов крови, а также снижение повышенного содержания холестерина крови. Однако, в прениях автору было указано, что едва ли можно назначить эту диету на длительный срок.

Лечению гипертонической болезни диетой был посвящен и доклад кандидата медицинских наук К. М. Корчемкиной из клиники Института питания. В работе изучалось влияние диет с различным содержанием белка, а также бессолевой диеты на течение гипертонической болезни.

Авторами изучались влияния: 1) бессолевой диеты при нормальном количестве белка, 2) малобелковой солевой диеты (10—12 поваренной соли) и 3) малобелковой диеты, с содержанием 2,0 поваренной соли. Кроме обычных методов исследования больных, производилась рентгенокимография сердца, определялся ряд показателей внешнего дыхания (жизненная емкость легких в покое и после дозированной физической нагрузки по Шафрановскому, предел вентиляции по Тушинской, вентиляционный индекс — по Гариссон-Дембо). По данным авторов, при применении бессолевой диеты с нормальным содержанием белка наблюдаются снижение артериального давления, улучшение самочувствия, а также показатели внешнего дыхания и в ряде случаев — рентгенокимографической картины. Малобелковая диета с нормальным содержанием поваренной соли терапевтического эффекта почти не дает. Ведущим терапевтическим фактором в изученных лечебных диетах является ограничение поваренной соли. Диета с ограничением белка ниже физиологической нормы не может быть рекомендована при гипертонической болезни, не осложненной недостаточностью кровообращения и почек.

В докладе кандидата медицинских наук Г. Е. Сорокина были отражены многолетние наблюдения по влиянию некоторых пищевых рационов на гемодинамику при сердечно-сосудистых заболеваниях. Автор изучал: а) систолу сердца с ее систолическим объемом, б) эластичность артерий и в) периферическое сопротивление. По данным автора, диета с обычным количеством поваренной соли (15,0 в сутки) повышает сосудистый тонус, увеличивает систолический объем и периферическое сопротивление в артериях. Мясной белок в количестве свыше 70 в день увеличивает периферическое сопротивление при гипертонической болезни. Систолический объем и эластичность артерий при этом могут падать. Белок творога, в количестве свыше 70 в день, повышает периферическое сопротивление при гипертонической болезни. При артериосклерозе белок творога мало изменяет гемодинамику. Разгрузочные диеты: овощная, яблочная, тыквенная или состоящая из фруктовых и овощных соков — улучшают гемодинамику у гипертоников.

Влияние питания на холестериновый обмен у больных с хронической и острой коронарной недостаточностью было представлено в докладе кандидата медицинских наук В. А. Морозовой. Автор изучала влияние диет, построенных на принципе ограничения холестеринсодержащих веществ и в то же время обогащенных липотропными факторами — лецитином, метионином, холином. Под влиянием этих противосклеротических диет, особенно в малокалорийном варианте (2200 кал.) у большинства больных с хронической коронарной недостаточностью понизились общий холестерин и холестерин-эстеры, повысился свободный холестерин. Все это свидетельствовало о благоприятном действии диеты на холестериновый обмен, на который отрицательно влияла диета № 15. У здоровых лиц стол № 15 не изменял холестеринового обмена.

Экспериментальными работами научного сотрудника З. А. Казаковой, изучавшей влияние белка пищи на возникновение и течение экспериментальной гипертонии у собак, было установлено, что недостаток белка в пище способствует снижению возбудимости коры головного мозга и подкорковых центров с относительным ослаблением

процесса торможения; избыточное содержание белка в пище вызывало повышение возбудимости больших полушарий головного мозга с последующей тенденцией к уравновешиванию нервных процессов. Количественные изменения белка в пище собак, без дополнительной травматизации высшей нервной деятельности, не сопровождалось сдвигами в уровне кровяного давления. При недостатке белка в пище выраженные нарушения корковой деятельности способствовали раннему развитию экспериментальной гипертонии. Воспроизведение экспериментального невроза на фоне избытка белка в пище обусловило более тяжелое течение развившейся гипертонии, чем на контрольном питании, с нормальным содержанием белка, несмотря на более позднюю установку кровяного давления на высоком уровне. Корковая деятельность при этом характеризовалась сочетанием повышенной возбудимости и быстрой истощаемости нервной системы собак. Недостаток белка в пище способствовал снижению возбудимости коры, а также подкорковых центров головного мозга. При избытке белка в пище условнорефлекторная деятельность собак была неустойчивой, вследствие повышения возбудимости коры головного мозга.

Проф. Мондраков (Болгария), отмечая актуальность представленных докладов, указывал, что в Болгарии атеросклероз не слишком распространен. В рационе питания населения Болгарии жиры составляют 15% к общей калорийности. В питании болгарского населения проблемой являются не жиры, а белки, питание населения преимущественно углеводистое с не всегда достаточным количеством белка. До 90% населения потребляют растительные жиры, которые содержат ненасыщенные жирные кислоты, антихолестериновые вещества. Проф. Мондраков отметил актуальность докладов тт. Простякова и Зайцева, а также указал, что при изучении влияния различных диет следует иметь в виду влияние молочных жиров на коагуляцию крови, а именно на тромбогенез, с повышением свертываемости крови.

В прениях также выступили профессора Соколовский, Шхвацабая, Давидов, Макарычев, И. С. Маршак.

По второй проблеме — лечебное питание при желудочно-кишечных заболеваниях — в центре внимания докладчиков были больные с тотальной резекцией желудка.

В докладе проф. О. Л. Гордон и кандидата медицинских наук Г. Ф. Марковой о лечебном питании больных после тотальной резекции желудка были обобщены наблюдения над 60 больными в различные сроки после тотальной резекции (от нескольких месяцев до 9 лет). По данным авторов, среди клинических нарушений со стороны органов пищеварения после резекции желудка наибольшее значение имеют тяжелые эзофагиты с явлениями дисфагии.

По наблюдениям А. Г. Доцаевой, К. М. Корчемкиной, В. Н. Будоговской, у больных после резекции желудка клинические данные свидетельствуют об удовлетворительном течении процесса кишечного пищеварения, что подтверждается исследованиями в отношении усвоения основных пищевых веществ. Это находит свое объяснение в компенсаторной перестройке моторной и ферментативной деятельности кишечника. Однако, несмотря на компенсацию пищеварительных функций и возможность достижения продолжительного азотистого баланса, состояние питания большинства больных после резекции резко страдает, что свидетельствует о грубых нарушениях междуточного обмена, возникающих в связи с выпадением ряда функций желудка. Причину этого авторы склонны усматривать в том, что при отсутствии желудка пища, попадая сразу в тонкий кишечник, быстро всасывается, кровь наводняется продуктами переваривания пищи, что нарушает нормальное течение процессов междуточного обмена. Данная трактовка позволяет объяснить, почему у большинства больных, несмотря на удовлетворительное усвоение пищи, имеет место значительный дефицит веса и относительно часто наблюдается гипопроteinемия. Через длительные сроки после тотальной резекции желудка (3 года и более) закономерно развивается гиперхромная мегалоцитарная анемия, причем она наблюдается во много раз чаще, чем после ограниченной резекции по поводу язвенной болезни и рака желудка. Это подтверждает положение о ведущей роли фундальной части желудка в выработке внутреннего фактора Касля (гастромукопротеина). Тот факт, что после резекции кардиальной и фундальной частей желудка (12 больных) не наступила гиперхромная анемия, позволяет высказать предположение, что в этих случаях возможна компенсаторная выработка гастромукопротеина в оставшемся антральном отделе. Гиперхромная анемия у больных с тотальной резекцией желудка, по-видимому, связана с эндогенной недостаточностью витамина В₁₂ и хорошо поддается парэнтеральному введению этого витамина. Развитие недостаточности витамина В₁₂ зависит от удаления всего желудка, а не является следствием заболевания, по поводу которого произведена операция.

На основании учета клинических нарушений, а также расстройства ряда функций пищеварения и обмена, разработаны специальные диеты для больных с тотальной резекцией желудка. Диеты эти достаточно калорийны (не ниже 3000 кал.), богаты белком, при некотором ограничении легко усвояемых углеводов и жиров. Исключаются продукты, вызывающие регургитацию желчи. В ряде случаев показана диета до 4000 калорий. Проведенные авторами наблюдения приводят их к заключению о том, что больных, подвергшихся тотальной резекции желудка по поводу рака,

не следует рассматривать как обреченных людей. Авторы подчеркивают большое физиологическое значение желудка не только как чисто пищеварительного органа, но и в качестве одного из регуляторов обмена.

По вопросу диетотерапии язвенной болезни выступил ассистент Н. А. Захаров. Автор изучал влияние белково-жировой диеты при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Диета состояла из 5 яиц всмятку, принимаемых через равные промежутки времени в первую половину дня, и сливочного масла в количестве 75—90, принимаемого по 15,0 в том же порядке, как и яйца, во вторую половину дня. Диета проводилась на протяжении пяти дней в период обострения, в комбинации с тепловыми процедурами (припарки, грелки) и приемами щелочей. Диета дала положительные результаты и рекомендуется в качестве одного из вариантов начального периода противоязвенного лечения больных в условиях домашнего режима.

В бригадной работе Г. С. Коробкиной и др. было сообщено о гомогенизированных овощных пюре в щадящих диетах для язвенных больных. Технология обработки овощей при гомогенизации (морковь, свекла, тыква) обеспечивает удаление значительной части грубых волокон и сильное измельчение оставшейся массы. Наблюдения показали хорошие вкусовые качества и эффективность применения овощей, обработанных таким образом, в лечении язвенных больных.

Выступая в прениях по вышеуказанным докладам, проф. Ф. К. Меньшиков особо остановился на диете при лечении больных с резекцией желудка. Он отметил, что с первых часов после резекции желудка включаются компенсаторные механизмы. Больные с резекцией желудка находятся в преморбидном состоянии в отношении нарушения кровотока, а потому следует при выработке диеты таким больным иметь в виду возможность развития гиперхромной анемии. Заслуживают внимания данные о том, что всасываемость в кишечнике не страдает, а страдает ассимиляционная способность клеток, так как желудок участвует и в клеточном метаболизме. Необходимо глубже изучать компенсаторные механизмы. Проф. Меньшиков указывает на необходимость расширения производства гомогенизированных овощей, особенно для севера, а также считает необходимым разработать метод расщепления жиров, а затем и белков — с тем, чтобы они были более готовы к усвоению больными с тотальной резекцией желудка.

Проф. Мондраков (Болгария) отметил, что в Болгарии также занимаются вопросами агастрии, в частности он сам интересуется данной проблемой. По его мнению, исследования советских авторов заслуживают внимания. Он считает, что изучение вопросов лечебного питания особенно полезно хирургам. Проф. Мондраков утверждает, что у больных с резекцией желудка «химическая реакция» происходит раньше самого акта резекции. Что касается гиперхромной анемии, которая чаще развивается через 6 лет, то к этому времени исчезают запасы витамина В₁₂. Стеаторея блокирует витамин В₁₂ и ухудшает его всасываемость. Больным с резекцией желудка необходимо назначить витамин В₁₂ вместе с фолиевой кислотой.

Большой интерес вызвала тема: «Комплексная терапия при хронических ангиохолитах» — в изложении д-ра медицины Л. М. Левитского. Докладчиком с сотрудниками наблюдались 60 больных с хроническими ангиохолитами и холециститами, в лечении которых применялись пенициллин и стрептомицин, как по отдельности, так и в различных сочетаниях. Лечение проводилось на фоне диеты № 5 в двух ее вариантах — белковом (150,0 белков и 70,0 жиров) и углеводном (70,0 белков, 70,0 жиров и 500,0 углеводов). По этиологии, холециститы были инфекционной (чаще всего возбудителем была кишечная палочка), калькулезной, обменной и лямблиозной природы. Стрептомицин вводился по 0,5 два раза в день и пенициллин — по 200.000 ед. два раза в день внутримышечно. Определялась концентрация пенициллина в крови, желчи и моче, проводились повторные посевы желчи на бактериальную флору, определялись в динамике билирубин и холестерин крови, ставились коллоидные реакции и проба Квика. В результате исследований авторами была констатирована зависимость концентрации пенициллина от диеты, получаемой больными. Концентрация пенициллина в крови у больных, находящихся на 5-й белковой диете, оказалась более высокой (0,12—0,15 ед.), чем у больных, получающих обычный стол, и значительно более высокой, чем у больных, находящихся на углеводной диете. При совместном введении пенициллина и стрептомицина, концентрация их в крови у больных, находящихся на 5-й белковой диете, превосходила такую у больных, которые получили обычную 5-ю и 5-ю углеводную диеты, причем высокий уровень их концентрации сохранялся в течение суток. Преимущество белковой диеты еще резче выявлялось при определении концентрации пенициллина и стрептомицина в желчи. В желчи концентрация пенициллина недостаточна после ночного перерыва. Через два часа после введения антибиотиков она была значительно более высокой у больных, находившихся на белковой диете, чем у больных, находившихся на углеводной диете (до 10 ед.) и держалась на таком уровне более продолжительное время. Сочетание пенициллина со стрептомицином не влияло заметно на величину концентрации пенициллина в желчи. Выделение пенициллина с мочой в начале и в конце лечения происходило при всех диетах в значительных концентрациях в первые часы после инъекции (от 8 до 30 ед.). Наибольшая

концентрация в моче определялась при белковой диете. Концентрация стрептомицина в крови при всех диетах в начале и в конце лечения держится на высоком уровне. Снижение концентрации стрептомицина в крови у больных, находившихся на 5-й белковой диете, идет значительно более постепенно, чем у больных, получавших обычную 5-ю и 5-ую углеводную диеты. Концентрация стрептомицина в желчи в конце лечения, в случаях, когда он вводился вместе с пенициллином, была более высокой при белковой диете, чем при углеводной. Выделение стрептомицина с мочой происходило при всех диетах равномерно в течение суток в значительных концентрациях. Посев на бактериальную флору выявил большую чувствительность к левомицину, стрептомицину, биомицину. Наилучшие результаты получены при лечении больных пенициллином в сочетании со стрептомицином на фоне белковой диеты № 5.

А. В. Ходькин выступил с докладом: «Эффективность применения диеты, обогащенной липотропными факторами, при лечении заболеваний печени на курорте» (Ессентуки). Автор поделился 5-летним опытом применения при хронических гепатитах липотропной диеты. С целью обогащения организма липотропными факторами, в диету № 5 были включены продукты, богатые липотропными веществами: творог — 300, судак или треска — 250, вымоченная сельдь — 50, овсяная и гречневая крупа, сыр. Кроме того, в диету добавлялись пшеничные отруби, дрожжи, овощи, зелень, фрукты, фруктовые соки, пчелиный мед или варенье. Количество сливочного масла было уменьшено, и оно частично заменялось растительным маслом. Под влиянием диеты в комплексе всех курортных факторов наступило более значительное улучшение самочувствия больных, чем в контрольной группе. Автор высказывается о целесообразности более широкого применения рекомендуемой им диеты.

С особым интересом участниками конференции были заслушаны доклады по лечебному питанию при болезнях обмена веществ. Проф. М. Н. Егоровым и его сотрудниками были освещены современные представления о патогенезе и диетолечении ожирения, об этой сложнейшей проблеме внутренней патологии. Наиболее эффективным методом лечения ожирения остается лечебное питание. При ожирении оно строится по принципу постепенного снижения калорийной ценности пищи до уровня основного обмена за счет, главным образом, углеводов, в меньшей степени — жиров; в пределах физиологической нормы остаются белки. Клиникой разработаны диеты в 2000 и 1300 калорий с вариантами а, б и в. Предусматривается постепенное снижение калорийной ценности пищи, поваренной соли, экстрактивных веществ. Однако, диета эффективна лишь на короткий промежуток времени. Для усиления эффективности лечебного питания включается система «разгрузочных дней». Лечение разгрузочной диетой приводит к нормализации корковой деятельности, наряду с улучшением клинической картины болезни.

В докладе д-ра медицинских наук Степанян-Таракановой была освещена нейроэндокринная форма ожирения. При развитии так называемого локального ожирения сочетаются поражение межучточно-гипофизарной системы и афферентных приборов соответствующих сегментов спинного мозга. В основе нейроэндокринных форм ожирения лежит нарушение функции межучточно-гипофизарной системы с обязательным вовлечением в процесс ряда эндокринных желез: щитовидной, надпочечников, поджелудочной и половых. Комбинированные обменноэндокринные заболевания: ожирение с гипотиреозом и микседемой, ожирение с диабетом или с гиперфункцией коркового вещества надпочечников развиваются, по-видимому, при нарушении продукции и выделении тропных гормонов гипофиза, в одних случаях — в сторону гипофункции, в других — гиперфункции, что в конечном счете, как правило, зависит от нарушения взаимодействия центральной нервной системы и гипофиза. Наблюдения автора дают основание рекомендовать при лечении нейроэндокринных форм ожирения лечебное питание в сочетании со средствами, воздействующими на нервную и эндокринную системы¹.

Оживленный интерес вызвал доклад о лечении сахарного диабета надизаном в комбинации с лечебным питанием. Авторы М. Н. Егоров и др. не разделяют полностью мнения зарубежных авторов о целесообразности включения повышенного количества жира (130,0) в диету больных диабетом. Институтом питания разработана диета для этих больных, содержащая 100,0 белков, 70,0 жиров, 300,0 углеводов. Более широкому включению в диету больных диабетом подлежат продукты, богатые метионином, холином, микроэлементами (цинк, марганец), витаминами (дрожжи). Установлено, что надизан может быть полезен в определенных стадиях и формах сахарного диабета. Он явно снижает гипергликемию и в меньшей степени — глюкозурию. Иногда возможны нежелательные гипогликемические явления.

На конференции были представлены доклады по диетопитанию при анемических состояниях. Институтом питания разработана диета для больных с малокровием (С. С. Плотникова). Предложенная диета — преимущественно белковая, с наличием аминокислот, необходимых для гемопоеза, с умеренным ограничением

¹ Более подробное освещение вопроса об ожирении получил в недавно вышедшей монографии — М. Н. Егоров, Л. М. Левитский. «Ожирение», 1957.

жира, при нормальном содержании углеводов. В этой диете предусмотрено наличие продуктов, содержащих достаточное количество меди, марганца, кобальта, цинка, витамина В₁₂, фолиевой кислоты, никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты, тиамина и веществ, обладающих липотропным действием. В диету включены пекарские дрожжи (100—150), блюда из печени, отвар шиповника. Под влиянием рекомендованной диеты заметно улучшалось общее состояние больных и состав периферической крови при анемиях различной этиологии.

О микроэлементах в лечебном питании при малокровии было доложено Г. А. Свентицким. Как известно, одни из микроэлементов имеют косвенное отношение к кроветворению, действуя на систему крови через центральную нервную систему в эндокринные железы (йод и бром), другие непосредственно участвуют в эритро- и гемоглобинообразовании (железо, марганец, медь, кобальт, цинк). Для обеспечения нормального кроветворения взрослый человек должен получить в пище: железа — 15 мг, марганца — 7 мг, кобальта — 20 микрограмм, меди 2 мг, цинка — 12 мг; при малокровии необходимо увеличивать эти количества в 2—3 раза. В связи с этим возникает необходимость подсчитывать их в диете по таблицам.

Проф. В. В. Ефремов сделал обобщающий доклад о витаминах как факторах лечебного питания при различных заболеваниях.

На заключительном заседании были заслушаны доклад проф. М. С. Маршака об организационных вопросах лечебного питания и ряд докладов об опыте организации лечебного питания в различных лечебных учреждениях.

Статья поступила 28 августа 1957 г.