

Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная  
и профессиональная гигиена, профпатология.

Из диетсанатория Татпрофсовета в г. Казани.  
Консультант профес. Р. И. Лепская.

К организации лечебного питания без отрыва от производства.

Н. С. Ширкевич и Н. С. Абражеева.

В настоящее время становится уже как будто излишне доказывать, какое огромное значение имеет характер питания в лечении заболеваний не только желудочно-кишечного тракта, но и всех других органов и систем. Питание начинает занимать в терапии место основного лечебного фактора, играющего активную роль, что вполне оправдывает термин „лечебное питание“. И, несомненно, значение этого фактора все больше будет возрастать по мере развития наших знаний о влиянии различных составных частей пищи на физиологические и патологические процессы в организме. Но и сейчас уже положение—без лечебного питания нет и не может быть правильного лечения—стало аксиомой в научной клинической медицине. В условиях нашего Советского Союза это положение получило совершенно новые возможности широкого проведения в жизнь: выдвинуты новые организационные формы лечебного питания—именно массовое лечебное питание непосредственно на производстве в системе общественного питания. В задачи такого массового лечебного питания входит не только быстрее восстановление трудоспособности рабочих, перенесших острые заболевания или при обострении хронических процессов, но и поднятие трудоспособности хронических больных, страдающих от частых обострений, предупреждение этих обострений путем назначения с целью профилактики лечебного питания и тем больным, которые находятся в стадии „компенсации болезни“ (Певзнер). Опыт лучших диетстоловых—на заводе „Серп и молот“ в Москве<sup>1)</sup> и в Одессе на трех крупных заводах<sup>2)</sup>, где применяется назначение полного суточного рациона диеты и имеется хорошо налаженное медицинское наблюдение над лечящимися больными, со всей убедительностью показывает реальное практическое значение таких организационных форм.

<sup>1)</sup> Проф. Певзнер М. И. Опыт организации столовой лечебного питания при заводе „Серп и молот“. Вопросы питания. Т. I, выпуск 1—2, 1932 г. Доц. Маршак М. С. К вопросу об изучении эффективности лечебного питания в столовых на производствах. Советская Врачебная газета, № 11, 1934 г.

<sup>2)</sup> И. Е. Голубовский и И. М. Фунт (Одесса). Опыт организации и работы цехов лечебного питания на заводах в г. Одессе. Кл. мед., № 23, 1931 г.

Наряду с диетстоловыми имеются также и другие более эффективные организационные формы массового лечебного питания, получившие пока у нас еще небольшое распространение. Совершенно неоспоримо, конечно, что лечебное питание, которое берется за основу терапии, будет иметь максимальный эффект, когда оно применяется в сочетании с другими лечебными факторами и в особенности с определенным режимом, как это блестяще показывает опыт лечения в санаторно-курортной обстановке. Между тем это благотворное влияние режима на психику, на вегетативную нервную систему, т.е. на факторы, играющие колоссальную роль в развитии, поддержании и обострении внутренних заболеваний (как например: желудочно-кишечных, печени и др.), можно использовать не только в чисто санаторно-курортной обстановке, но и на месте, в условиях трудовой обстановки, без отрыва рабочего от производства. Этой цели служат учреждения полусанаторного типа—диетпрофилактории или диетсанатории без отрыва от производства, существующие в местных условиях и имеющие своеобразную организационную структуру.

Во избежание недоразумений в терминологии нужно оговориться, что под диетпрофилакториями принято понимать различного типа учреждения: 1) диетпрофилакторий при больнице, амбулатории, ночном санатории и 2) диетпрофилакторий, как самостоятельное учреждение (ночной санаторий с диетстоловой и физиатрическим отделением). Первый тип мало отличается по сути дела от диетстоловой. Второй же тип диетпрофилактория, который можно назвать диетсанаторием без отрыва от производства, ставит себе уже более широкие задачи. Здесь помимо лечебного питания с полным суточным рационом больному рабочему предоставляется полусанаторный режим; рабочий в течение определенного срока (1—1½ месяца) отрывается от семьи и всяких домашних дел, от лишних нагрузок на предприятии и вторую свободную половину дня и ночь проводит в профилактории под наблюдением врача. Врач в этих условиях имеет возможность повседневно наблюдать больного, регламентировать его диету, отдых и труд, использовать в нужных случаях физиатрическое, а иногда и медикаментозное лечение.

Помимо чисто лечебных целей диетсанаторий ставит себе и культурно-воспитательные задачи: ознакомление рабочих путем лекций и бесед с основами правильного питания вообще и лечебного питания, как основного лечебного фактора, в частности.

В настоящей статье мы хотим поделиться опытом работы такого учреждения полусанаторного типа. Последнего рода диетсанаторий организован в Казани УСПУ страхкасы ТР, которое учло важность правильной организации диететического лечения большого количества повторно и длительно болеющих рабочих.

Базой для вновь организуемого диетсанатория послужил однодневный дом отдыха ударников, расположенный на окраине в зеленой зоне города, в хорошем парке, вблизи трамвайной линии, что вполне отвечает вышеизложенным задачам такого типа учреждения. Санаторий организован на 50 коек. При санатории имеется диетстоловая, электро-светолечебный кабинет, лаборатория, зубоврачебный кабинет и клуб, помещающиеся в отдельных зданиях. Медобслуживание обеспечено двумя терапевтами-диетологами и зубным врачом. Из среднего медперсонала имеются: диетсестра, палатная сестра, сестра-лаборантка и сестра физиатрического отделения.

В выработке показаний мы руководствовались следующим: статистические данные, собранные в различных местностях, сходятся на том, что

огромный процент прогульных дней по заболеваниям на предприятиях падает на болезни желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей.

Так, из данных о заболеваемости по предприятиям города Казани в 1933 г., любезно предоставленных нам проф. С. М. Шварцем, можно видеть следующее: количество тяжелых случаев заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, влекущих за собой временную утрату трудоспособности, составляет по разным производствам от 12 до 17% всех случаев отрыва от производства по болезни; число же прогульных дней по этим заболеваниям составляет от 10 до 12,4% к общему числу прогульных дней. Если взять число прогульных дней, зависящих лишь от обострения внутренних заболеваний, то относительная значимость вышеперечисленных заболеваний (желудочно-кишечных и печени) еще больше возрастает. Исходя из этого в числе показаний к приему в Казанский диетсанаторий значатся на первом месте: язвы желудка и 12-перстной кишки, случаи, оперированные по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки или холецистопатий, хронические гастриты, хронические холециститы и гепатиты, хронические колиты и на втором месте стоят хронические нефриты и компенсированные заболевания сердца. Необходимым условием для получения прочных результатов мы считали поступление б-ных в стадии затихания процесса.

Режим дня санатория построен следующим образом. Так как производства расположены от санатория на разных расстояниях, то больные встают между 5—6 часами утра и завтракают от 5½ до 6½ ч. утра. Второй завтрак дается на руки. Между 3—4 часами дня больные возвращаются в санаторий, умываются, меняют рабочий костюм на санаторный и немного отдыхают до обеда. С 4½ до 5 часов — обед, с 5 до 6-ти — мертвый час. С 6-ти до 8½ часов — врачебный прием, выполнение назначенных физиатрических процедур, культразвлечения в парке или клубе. В 8½ часов вечера ужин, а в 10 часов сон. Таким образом у каждого больного 9—10 часов уходит на работу вместе с передвижениями, а остальное время он проводит в санатории, где он имеет 8 часов сна и 6 часов отдыха и культразвлечений.

В основу организации лечебного питания положена система группового питания с номенклатурой столов, предложенной проф. Певзнером для диетстоловых. Имеются 1, 2, 4, 6 столы согласно последним данным его сокращенной номенклатуры (см. „Организация столовых лечебного питания“ под редакцией проф. М. И. Певзнера, 1933 года). Однако, эта система не только не исключала индивидуализации, но, наоборот, очень часто дополнялась индивидуальными назначениями диеты, что мы считаем совершенно необходимым, если хотим избежать шаблона и лечить действительно больного, а не болезнь. Осуществить это было нетрудно путем сочетания блюд из разных столов и лишь в редких случаях добавлением специальных блюд. Калораж суточного рациона определяется в среднем в 4000 калорий. В отдельных случаях применялись и специальные методы лечебного питания в клинической обстановке, как, например, ахлоридная диета при повышенной кислотности и язвах желудка. Параллельно велась также наблюдения над действием некоторых новых методов диетотерапии, но об этом мы сообщим в другом месте. В нужных случаях дополнением к диете и режиму применялись физиатрические методы лечения. Из минеральных же вод санаторий пока располагал только ижевским источником. При такой постановке лечения прибегать к медикаментозной терапии приходится в исключительных случаях и медикаменты в санатории играют сугубо подсобную роль.

Наши наблюдения касаются 449 больных, прошедших через диетсанаторий за время его функционирования в течение года и одного месяца. Срок пребывания больных был установлен для первых семи смен в 1½ месяца и для последних 4-х смен—1 месяц. Так как пребывание в санатории не отрывало рабочего от станка, то лечение здесь естественно комбинировалось с обязательными трудовыми процессами, знакомыми данному рабочему.

За указанный период через санаторий прошло: рабочих 69% и 31% служащих; ударников 81%; лиц в возрасте выше 24 лет 75%, и с трудовым стажем выше 5 лет 73%.

По роду заболеваний больные следующим образом распределились при поступлении и выписке из санатория:

Диагнозы	При поступлении	При выписке	Диагнозы	При поступлении	При выписке
1. Язва желудка . . . .	37	28	10. Сплянхнопоз . . . .	1	4
2. „ 12-перст. . . . .	42	47	11. Грыжа бел. линии . .	—	1
3. Гиперац. гастрит . . .	114	64	12. Оперир. язва желудка	11	11
4. Субац. гастр. . . . .	119	88	13. Нефрит . . . . .	3	4
5. Холецистит . . . . .	79	131	14. Артериосклероз и микрокардиопатия . . . . .	11	15
6. Холецист. лямбл. . . .	—	5	15. Гипертиреоз . . . . .	—	1
7. Гепатит . . . . .	3	10	16. Остатки эпид. энцефалита . . . . .	—	1
8. Апенд. хрон. . . . .	2	12			
9. Колит. хрон. . . . .	27	27			

Расхождение в диагнозах при поступлении и при выписке объясняется тем, что санаторию пришлось заниматься не только лечением уже обследованных случаев, но и чисто диагностической работой, что не является прямой задачей такого рода учреждения. При обсуждении вопросов отбора мы еще к этим фактам вернемся.

Переходя к непосредственным итогам лечения в диетсанатории, необходимо отметить, что в большинстве случаев уже по истечении первой декады лечения состояние больных менялось в лучшую сторону, а к концу пребывания больных в санатории уже отчетливо выявлялись изменения и субъективного и объективного порядка.

Наилучшие результаты дали гастриты с повышенной и также с пониженной кислотностью. Больные с гиперацидным гастритом дали исчезновение диспептических явлений в 82,2% и болевых ощущений субъективно и объективно в 78,6% случаев. При субацидных гастритах диспептические явления исчезли в 95,5% и давление под ложечкой в 92,2% случаев. На втором месте мы ставим хронические колиты. У б-ных с хроническим колитом стул стал нормальным в 88,2%, диспептические же явления и тенезмы исчезли у всех. Из числа хронических колитов мы имели три случая отрицательных результатов, о которых будет речь ниже.

Также вполне удовлетворительные результаты пребывания в диетсанатории мы наблюдали у больных с холецистопатиями и язвами желудка и 12-перстной кишки. У больных с холециститом болевые ощущения

субъективные и при объективном исследовании исчезли в 58,8% и уменьшились в 41,2%, диспептические же явления исчезли в 95,6% случаев. У больных с язвой желудка болевой синдром субъективно и при объективном исследовании исчез в 78% и уменьшился в 22% случаях, диспептические же явления исчезли в 93% случаев. Язвы 12-перстной кишки дали несколько меньший процент улучшения, а именно болевой синдром исчез в 50% и уменьшился в 50% случаев. *Defense musculaire* исчез у всех, диспептические явления исчезли в 90% случаев.

К концу пребывания необходимо отметить улучшения со стороны нервной системы. У большинства больных уменьшилось неврастеническое состояние, уменьшилась повышенная реактивность. Многие больные сами заявляли, что работоспособность у них значительно поднималась. Это улучшение конечно прежде всего надо отнести за счет режима: регулярного образа жизни, нормального сна, обязательного послеобеденного отдыха, строго фиксированных часов приема пищи, отсутствия каких бы то ни было побочных нагрузок и моментов, травмирующих психику. Разумеется это благоприятное изменение в состоянии нервной системы не могло не отражаться на течении основного заболевания. ]

Изменение веса у шести смен с полуторамесячным пребыванием выразилось в следующем: убыло до 1 килограмма—11 чел., осталось без перемен—15 чел., прибыло до 1 кг.—14 чел., до 2 кг.—58 чел., до 3 кг.—69 чел., до 4 кг.—39 чел., до 5 кг.—35 чел., до 6 кг.—13 чел., до 7 кг.—5 чел. и до 8 кг.—4 чел., у 4-х же последних смен, прошедших месячный курс лечения, произошли следующие изменения в весе: прибыло до 1 кг.—23 чел., до 2 кг.—27 чел., до 3 кг.—31 чел., до 4 кг.—20 чел., до 5 кг.—9 чел. и до 6 кг.—5 чел.

Вообще же за первые семь смен выписано с значительным улучшением 194 человека, с улучшением 116 ч. и без перемен—25 чел. Итак 92,8% больных, лечившихся полтора месяца, оставаясь в то же время на производстве, получили определенный положительный результат от лечения в санатории: только у 7,2% больных положение осталось без перемен. К числу последних относятся случаи, поступившие в стадии обострения процесса, т. е. не показанные для лечения в санатории и требующие клинического лечения, а также случаи, рано выписавшиеся по разным обстоятельствам. Из лиц, лечившихся один месяц, при выписке было значительное улучшение у 74 человек, улучшение у 28 чел. и осталось без перемен—13 чел. Таким образом пробывшие в санатории один месяц дали хорошие результаты в 88,7%, а у 11,3% изменений не произошло по тем же причинам, как и у 1-ой группы с полуторамесячным сроком лечения.

Интересуясь дальнейшим состоянием наших больных, мы через 6 месяцев после выписки 5-ой смены имели возможность часть больных, прошедших за весь указанный срок через санаторий, подвергнуть подробному опросу и осмотру путем вызова их в санаторий, другим, не явившимся на повторный осмотр, разослали подробно разработанную анкету, на которую часть больных также дала подробные ответы. Данные произведенного опроса и осмотра послужили материалом для суждения об отдаленных результатах полуторамесячного лечения в санатории. Время, прошедшее после выписки для разных смен, было от 6 до 12 месяцев.

Здесь надо отметить, что при выписке из санатория мы всем нашим больным для закрепления полученных результатов рекомендовали переход на питание в заводские диетстоловые, так как мы считали, что неполный суточный рацион заводских диетстоловых послужит для наших больных как раз тем переходным столом к общему пищевому режиму, дать который в условиях санатория было еще несвоевременно. Организационно это мероприятие можно было бы обеспечить (со всеми страховыми выплатами пунктами на специальных совещаниях было достигнуто соглашение о проведении этого мероприятия в жизнь). Фактически же оказалось, что из числа осмотренных нами больных только  $\frac{1}{3}$  получила питание в диетстоловых от двух недель до 2 месяцев. Поэтому при учете отдаленных результатов необходимо считаться с тем, что большинство наших больных по выписке из санатория переходило на более грубый, приближающийся к обычному питанию, пищевой режим и имело лишь ограниченную возможность использовать те сведения о необходимом для них питании, которые они получили за время лечения в диетсанатории. Эти факты показывают, что как страховые организации, так и здравпункты все еще недооценивают значения правильной организации лечебного питания, дающей большую экономию как страховых средств, так и чисто производственную.

При указанных выше условиях последующего питания наших больных мы получили следующие отдаленные результаты лечения в диетсанатории: 77,68% больных субъективно чувствовали себя вполне хорошо, считая себя здоровыми от 3 до 12 месяцев по выписке из санатория, и только 22,32% больных чувствовали себя хорошо до 2 месяцев после выписки.

Что касается количества прогульных дней по основному заболеванию до и после пребывания в диетсанатории, то мы здесь можем привести следующие данные, относящиеся к группе больных в 94 человека. За полгода-год до поступления в санаторий у 40 из них было 1125 прогульных дней нетрудоспособности, а через полгода-год после выписки имели прогулы по болезни уже только 15 человек, из них же и они прогуляли только 201 день.

Особо должны быть учтены 7 тяжелых случаев с далеко зашедшими процессами; за тот же отрезок времени до поступления они дали 206 прогульных дней, а после выписки—494 дня. Эти 7 отрицательных случаев относятся к больным, для которых лечение в диетсанатории без отрыва от производства по сути дела показано не было; четверо из них подверглись в дальнейшем операциям по поводу перфорировавшей язвы 12-перстной кишки, трое представляли тяжелые случаи язвенного колита, упорно не уступавшие лечению даже в клинической обстановке. Двое из них в настоящее время переведены на пенсию. Эти примеры лишь показывают еще раз важную роль правильного отбора больных.

Мы вполне отдаем себе отчет в том, что, имея дело с такими заболеваниями, как язва желудка и 12-перстной кишки, которым свойственна спонтанная периодичность, или, как холецистопатии, которые также могут самостоятельно переходить надолго в состояние латентности процесса, мы должны с особой осторожностью подходить к оценке приведенных благоприятных результатов. Но все же мы считаем, что наши данные не могут быть объяснены за счет спонтанных ремиссий. За это говорит и количество больных и определенная закономерность в отношении наступ-

ления срока улучшения и сопоставление с данными лечения тех же больных другими методами до пребывания их в диетсанатории.

Наш материал позволяет нам сделать некоторые выводы и затронуть ряд вопросов, на которых мы считаем возможным хотя бы кратко остановиться, так как форма диетсанаториев, подобных нашему, еще не получила широкого распространения в стране и возможно, мы думаем, что обсуждение этих организационных вопросов в печати и наш опыт могут быть учтены практически при развертывании новых подобного рода учреждений.

I. Лечебно-профилактические учреждения типа диетсанатория без отрыва от производства заслуживают широкого распространения, как весьма целесообразная и ценная с точки зрения производственно-экономической форма лечения.

II. В условиях лечения в диетсанатории с сравнительно коротким сроком пребывания в нем больных, желательно использовать *комплекс лечебных факторов*, отводя первостепенное место диете и режиму и подкрепляя его физиотерапией, а если возможно и другими лечебными методами так же, как это делается в санаторно-курортной обстановке; ибо задачей диетсанатория не является изучение действия какого-нибудь одного лечебного метода, как диетотерапия, а практическое получение наилучших и наиболее экономных результатов с наименьшей затратой времени.

III. При отборе больных необходима более строгая дифференцировка случаев в отношении показаний не только к диететическому лечению вообще, но и к различным формам диететического лечения: коечному, санаторному или без отрыва от производства. А такая дифференцировка возможна лишь при более тщательном предварительном обследовании, если нужно даже в стационаре. Несколько дней, потраченных на это, окупают те ненужные и гораздо большие затраты, которые возникают, когда эта обследовательская работа перекладывается на диетсанаторий, где уже в периоде пребывания больного там выясняется, что ему требуется другой тип лечения. Нужно также учитывать, что максимально длительный, а следовательно и наиболее экономически выгодный эффект дают случаи с выраженной склонностью к компенсации.

IV. Помимо своей основной работы внутри учреждения диетсанаторий должен быть организационно связан с сетью диетстоловых и стать для них объединяющим центром: контингент больных диетсанатория может в значительной мере отбираться из городских диетстоловых, туда же диетсанаторий направляет больных для закрепления полученных результатов лечения. Такая согласованная работа могла бы в значительной мере укрепить и улучшить работу всей сети лечебно-профилактических диететических учреждений города и содействовать достижению наиболее ценных результатов.

---