

Из факультетской терапевтической клиники Одесского мед. ин-та.

О применении диеты, богатой углеводами, при диабете.

Э. О. Городецкий и Я. О. Штрафун.

До открытия инсулина единственным терапевтическим мероприятием при лечении диабета была диета. Стремление воздействовать на основные симптомы заболевания — гипергликемию и глюкозурию — приводило к значительному ограничению углеводов. Оба других пищевых компонента — белки и жиры — вводились в том или ином соотношении, в зависимости от взглядов различных исследователей на роль этих веществ в межуточном обмене и в частности в обмене углеводов. Но, повторяем, основным характерным моментом во всех этих диетических схемах было ограничение углеводов.

Вполне понятно, что открытие инсулина не могло не отразиться и на вопросах диететики диабета.

Наряду с сторонниками прежних строгих диететических ограничений, признававшими целесообразным применение инсулина только в случаях тяжелых форм диабета, появились клиницисты, выступившие за коренной пересмотр данного вопроса.

Это новое течение в вопросах диететики нашло наиболее яркое выражение в диете, предложенной в 1926 г. Поргесом и Адлерсбергом.

Раньше назначение той или иной диеты имело в виду щажение неповрежденной части инсулярного аппарата путем резкого ограничения количества вводимых углеводов; Поргес и Адлерсберг, наоборот, говорят о необходимости тренировать функционально неполноценную железу путем увеличения количества углеводов в пище. Эта тренировка должна, по мнению этих авторов, увеличить ее функциональную способность, что должно повлечь за собой увеличение количества эндогенного инсулина и тем самым улучшить процессы ассимиляции углеводов.

Кроме того, считая, что жиры уменьшают гликогенообразовательную функцию печени и тем самым, естественно, снижают степень усвояемости углеводов, они резко ограничивают количество вводимых жиров за счет углеводов и белков.

По наблюдениям Поргеса и Адлерсберга, благодаря такой диете, сравнительно богатой углеводами и белками и бедной жирами, постепенно нарастает толерантность к углеводам, что дает возможность снизить довольно значительные количества инсулина, необходимые в начале лечения. Ацетонурия, как правило, исчезает. Самочувствие больных за все время применения диеты значительно лучше, чем при других пищевых режимах.

Эта диета нашла много сторонников, особенно среди педиатров, для которых вопросы диетотерапии детей-диабетиков всегда были самым тяжелым, а подчас и непреодолимым препятствием при проведении лечения.

Нашлись и экстремисты в этом вопросе, провозгласившие от-

каз от любых схем и ограничений при назначении диеты (Штольте, Мюллер).

У нас в Союзе эта диета была проверена на большом материале Сорокиным и Агалецкой. Авторы наблюдали во всех случаях благоприятный эффект — повышалась толерантность к углеводам, исчезала ацетонурия, больные прибавляли в весе. Биншток в Одесском институте питания проверял эту диету на 14 б-х и не мог отметить положительных результатов. В его наблюдениях замена жиров в диете эквивалентным количеством углеводов неизменно влекла за собой повышение уровня сахара в крови и нарастание глюкозурии.

Принципиальная важность решения этого основного в терапии диабета вопроса побудила нас проверить возможность применения диеты, насыщенной углеводами. Наблюдения велись нами исключительно на стационарном материале, прошедшем через клинику, что, как нам кажется, обеспечивает полноту и объективность выводов. Учитывая, что по этому вопросу опубликованы у нас в Союзе всего две вышеупомянутых работы и наблюдение над одним больным, леченным этой диетой (Дернова), мы считаем целесообразным сообщить о полученных нами результатах.

Всего под нашим наблюдением находилось 20 больных. Как видно из приведенной сводной таблицы, больные были различного возраста, с различной давностью заболевания. Данные, характеризующие степень и тяжесть заболевания — гликемия и глюкозурия — были также весьма разнообразны.

Каждый больной первые 3—4 дня находился на стандартной диете, содержащей 184 г углеводов. В зависимости от степени глюкозурии назначалась инсулиновая терапия, при чем по ходу лечения приходилось эту начальную дозировку инсулина менять в зависимости от клинических явлений. Для полного исчезновения глюкозурии приходилось обычно применять количества инсулина, далеко превосходящие исходные величины. Поэтому, как видно из приводимой таблицы, нам всего в 5 случаях удалось до конца лечения сохранить в диете исходную величину углеводов — 184 г. В остальных же случаях это количество пришлось снизить и довольно значительно. Во всех случаях имевшаяся в начале лечения ацетонурия исчезла. Почти все больные прибавили в весе, иногда довольно значительно (до 10 кг б-й В.).

Что касается толерантности, то таковая нарастала. Особенно значительно в случаях 1, 2, 9, 11, 12, 19. В случаях же 10 и 16 она даже снизилась. У остальных больных изменения оставались весьма незначительными. С другой стороны, мы, как правило, могли отметить весьма незначительное снижение гликемии, не превышавшее часто обычных физиологических колебаний при обследовании больного на протяжении нескольких дней. Вместе с тем не удалось значительно снизить количества вводимого инсулина. В ряде случаев это количество осталось совершенно неизменным или снижалось весьма незначительно (случаи 8, 11, 16 17 и 20).

Оценивая полученные нами результаты, мы склонны случаи 1, 2, 9, 12, 15 и 19 оценить как положительные. Действительно, мы у всех этих больных имели нарастание толерантности при одно-

№№	Фамилия	П о л	Возраст	Дачность заболеванія	Дни пребы- ванія в клиникѣ	При поступленіи						При выписке							
						Сахар крови мл	Сѣточн. глюко- зурія	Колич. глюков. в пипет. в	Углев. бальс. в гр.	Ацетон в моче	Колич. инсул. (в ед.)	В с больш. в кгр.	Сахар в крв. мл	Сѣточн. глюко- зурія	Колич. глюков. в пипет. в	Углев. бальс.	Ацетон в моче	Колич. инсул. (в ед.)	В с больш. в кгр.
1	В.	м	25	2 г.	48	249	192	184	-8	+	40	53,3	230	15	145	+130	-	30	63
2	К.	м	28	1½ г.	30	230	144	184	+40	+	60	59,0	161	14	124	+110	-	40	62
3	Я.	ж	58	1 г.	30	284	160	184	+24	+	50	49,0	215	124	174	+50	-	20	54
4	З.	ж	49	1½ г.	54	200	110	184	+74	-	35	53,0	185	10	108	+98	-	15	54
5	К.	ж	60	2 м.	39	240	114	184	+70	-	30	69,0	185	11	100	+89	-	20	72
6	В.	м	65	15 л.	33	260	115	184	+69	+	30	64,0	225	28	112	+89	-	25	66
7	Е.	м	58	2 г.	63	270	144	184	+40	+	45	56,0	220	88	128	+40	-	20	59
8	Б.	ж	55	4 г.	47	135	174	184	+10	-	30	47,0	135	50	124	+74	-	30	46
9	К.	ж	58	2 г.	60	274	125	184	+59	-	50	72,0	170	60	184	+124	-	20	71
10	М.	м	47	4 г.	30	218	34	154	+120	-	0	69,5	185	28	130	+102	-	0	69,7
11	К.	ж	29	4 г.	95	288	138	164	+46	+	50	67,0	240	72	184	+112	-	50	72
12	Б.	м	45	9 м.	37	220	131	184	+53	+	40	54,0	160	28	184	+156	-	10	55
13	В.	м	60	19 л.	90	198	69	100	+31	-	30	69	211	45	95	+50	-	20	70
14	Ю.	ж	62	15 л.	29	180	36	172	+136	-	-	64	170	12	150	+138	-	-	65
15	С.	ж	56	2,5	35	310	105	184	+79	+	40	34	170	33	184	+181	-	30	38
16	Б.	м	53	5 л.	50	195	36	184	+148	+	20	65	185	-	90	+90	-	20	65
17	К.	ж	28	4 г.	50	323	116	126	+10	-	60	66	240	85	126	+41	-	60	67
18	Б.	м	45	9 л.	38	190	55	161	+105	-	30	54	160	28	136	+108	-	20	56
19	В.	м	26	2 г.	62	363	100	184	+84	+	40	52	23	15	145	+130	-	30	57
20	Т.	м	28	4 м.	37	185	75	184	+109	-	30	63	170	55	184	+129	-	25	64

временном уменьшении количества необходимого инсулина. В остальных же случаях мы получили лишь весьма незначительное нарастание способности к усвоению углеводов, либо же для поддержания полученного эффекта необходимо было то же количество инсулина, что и в начале лечения. Поэтому на основании полученных нами результатов мы никак не можем согласиться с целесообразностью применения этой диеты у всех диабетиков. Вместе с тем мы считаем, что в отдельных случаях, когда имеется значительное истощение, склонность к кетонемии, эта диета, как временное мероприятие, при одновременном введении больших доз инсулина, безусловно целесообразна и показана, являясь дальнейшим и значительным шагом вперед по сравнению с овсяными днями Ноордена, фруктовыми днями Фальта и т. д. Мы считаем необходимым подчеркнуть, что и эта диета не может быть применена во всех случаях диабета, отличных по своему патогенезу и клиническому течению. Лучшей для каждого диабетика является строго индивидуальная диета (Маранон). Катч еще более определенно подчеркивает, что нет оптимальной диеты при диабете, а есть оптимальная диета для каждого диабетика. С этим же вполне согласны Фальта и Умбер. Наконец нам кажется существенным еще один момент — диета, насыщенная углеводами, применяемая в клинике, создает у больных, если можно так выразиться, легкомысленное отношение к этому основному и кардинальному вопросу; этим самым в значительной степени выключается такой мощный фактор при проведении терапии больного диабетика, как его личное содействие, сознательное и вполне дисциплинированное. А ведь этот момент, в конечном счете, после выписки больного из стационара в основном решает вопрос успешности терапии.

Выводы. 1. Применение диеты, богатой углеводами, с ограничением жиров не всегда дает нарастание толерантности.

2. Диета, богатая углеводами, требует все время введения значительного количества инсулина для поддержания положительного углеводного баланса, а потому как длительное мероприятие не может быть рекомендована, особенно вне стен лечебного учреждения.

3. Большое количество углеводов в диете благоприятно влияет на кетонемиию.

4. У истощенных больных, у которых необходимо добиться прибавки в весе, большое количество углеводов дает возможность вводить одновременно и значительное количество жиров, без опасности наступления ацидотических явлений, что безусловно благоприятно отражается на состоянии больных.

5. Диета, богатая углеводами, обуславливает постоянный высокий уровень сахара в крови, для снижения которого требуются значительно большие количества инсулина, чем при других диетических схемах с ограниченным количеством углеводов.

Поступила в ред. 11. II. 1938.