

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ УРЕМИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ПОДДЕРЖИВАЮЩИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

М. А. Самсонов, В. М. Ермоленко, С. А. Агаджанов

Отдел лечебного питания Института питания АМН СССР (директор — проф. В. А. Шатерников) и кафедра терапии и профзаболеваний (зав. — акад. АМН СССР проф. Е. М. Тареев) 1-го ММИ

Резюме. На основании биохимических анализов и клинического наблюдения за 32 больными терминальной почечной недостаточностью, находящимися на поддерживающем гемодиализе, разработана специальная диета 7Г, содержащая 60 г белка (0,9—1,0 г на 1 кг массы тела больного) и физиологическую норму витаминов и минеральных веществ. До диетического лечения больные были на свободном диетическом режиме и получали 90—100 г белка в день. На фоне лечения диетой 7Г наблюдалось улучшение общего состояния и уменьшение содержания азотистых шлаков в сыворотке крови; количество белка и альбуминов при этом увеличивалось. Результаты исследований подтверждают патогенетическую адекватность разработанной диеты и позволяют рекомендовать ее как важный компонент комплексной терапии больных уремией.

Ключевые слова: уремия, хронический гемодиализ, диета.
3 таблицы. Библиография: 9 названий.

У больных терминальной почечной недостаточностью (ТПН), находящихся на регулярном гемодиализе, в междиализный период происходит нарастание азотистых шлаков в крови и соответственно усиливаются проявления уремии. Динамика азотемии может изменяться под влиянием диеты [2, 7].

При решении вопроса о химической структуре диеты для больных ТПН большинство авторов придает основное значение квоте белка в их рационе. Некоторые авторы рекомендуют снижать количество белка в диете до 0,75 г на 1 кг массы тела. $\frac{2}{3}$ «индивидуальной дозы» должен составлять белок животного происхождения. Применение этого рациона обеспечивает поддержание положительного азотистого баланса [6, 9]. Вместе с тем, согласно другим наблюдениям, признаки белковой недостаточности обнаруживались у больных ТПН, получавших даже 0,97 г белка на 1 кг массы тела в сутки с учетом качественного состава белка [5, 8].

Кроме содержания белка в диете большое значение имеет ее минеральный состав. Особое внимание уделяется содержанию Na в диете. Роль задержки в организме натрия в патогенезе гипертензии не вызывает сомнений. В то же время концентрация натрия в плазме больных ТПН до и во время лечения гемодиализом, несмотря на снижение АД, колеблется в широких пределах.

Количество калия в крови больных ТПН регулируется во время каждого гемодиализа. Поэтому ограничение его в диете в междиализный период не должно быть таким же значительным, как для больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на консервативном лечении [4].

Для предотвращения развития гиперкалиемии больным ТПН рекомендуется принимать ионообменные смолы (в виде конфет), которые препятствуют всасыванию калия в пищеварительном тракте [3].

Содержание фосфора и кальция в диете необходимо сбалансировать таким образом, чтобы больные получали меньше фосфора и достаточное количество кальция [1].

На основании данных литературы и результатов наших наблюдений за больными ТПН, находящимися на лечении регулярным гемодиализом в клинике терапии и профзаболеваний 1 ММИ, была разработана гипонатриевая диета 7Г, химический, витаминный, минеральный состав и энергоемкость которой приводятся в табл. 1.

Таблица 1

Химический, витаминный, минеральный состав и энергоемкость диеты 7Г

Химический состав и питательная ценность		Содержание витаминов, мг		Содержание минеральных элементов, мг	
Белки, г	60	А	1,5	Калий	2540
Жиры, г	110	Каротин	5,1	Кальций	824
Углеводы, г	400	В ₁	1,3	Магний	300
Энергоемкость, мДж	12,1	В ₂	2,5	Фосфор	1190

Из общего количества белка $\frac{3}{4}$ его приходится на белок животного происхождения. Содержание белка изменялось в зависимости от массы тела больных и составляло 0,9—1 г белка на 1 кг.

Диета была применена у 32 больных ТПН, находящихся на поддерживающем гемодиализе. При этом у 28 больных причиной терминальной уремии являлся хронический гломерулонефрит, у 1—подагрическая почка, у 1—хронический пиелонефрит, у 1—системная красная волчанка и у 1—перенесенный геморрагический васкулит.

Гемодиализы проводили больным по 8 ч 2 раза в неделю на гемодиализаторах типа Киила. В качестве полупроницаемой мембраны использовали купрофан. В неделю раз делали биохимический анализ крови на аппарате «Техникон». Одновременно с этим больные в течение месяца получали диету 7Г. Данные о динамике азотемии до и во время назначения диеты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Содержание азотистых шлаков, общего белка и альбуминов в сыворотке крови в междиализный период у больных до и после назначения диеты 7Г

Биохимический показатель	До лечения	После лечения	P
Остаточный азот, ммоль/л	67,1±2,5	54,3±2,0	<0,001
Креатинин, ммоль/л	1,18±0,01	1,07±0,01	<0,05
Мочевая кислота, ммоль/л	0,58±0,01	0,52±0,01	<0,001
Общий белок, г/л	68±1	70±0,1	>0,1
Альбумины, ммоль/л	0,55±0,01	0,62±0,01	<0,01

На фоне применения диеты 7Г происходило значительное снижение уровня азотистых шлаков, а концентрация общего белка и альбуминов повысилась. Диетотерапия способствовала заметному улучшению общего состояния больных ТПН в междиализный период, они значительно лучше переносили физические нагрузки. При этом отмечалось снижение АД, уменьшалась степень анемии.

Динамика минерального обмена у больных ТПН под влиянием диетического лечения приводится в табл. 3.

Таблица 3

Среднее значение концентраций калия, натрия, кальция и фосфора в сыворотке крови у больных до и после назначения диеты 7Г

Электролиты, ммоль/л	Содержание		P
	до лечения	после лечения	
Калий	5,5±0,1	5,5±0,1	—
Натрий	138,0±0,8	137,0±0,6	>0,6
Кальций	2,40±0,03	3,30±0,03	>0,1
Фосфор	2,52±0,08	2,19±0,05	<0,01

После диетического лечения наступили положительные сдвиги в фосфорно-кальциевом обмене—статистически достоверно снизилось содержание в крови фосфора и повысилось количество кальция. Концентрация калия и натрия в сыворотке крови практически не менялась, тем не менее у больных отмечалось значительное снижение и стабилизация АД.

Отсутствие у больных симптомов гипо- или гиперкалиемии дает основание считать, что количество калия в диете соответствует потребности в нем организма больных ТПН, находящихся на поддерживающем гемодиализе.

Положительные сдвиги в содержании кальция и фосфора уменьшают возможность развития остеодистрофии, отложений кальцификатов в органах. Однако более значительное ограничение количества фосфора в диете затруднено вследствие его высокого содержания в пищевых продуктах, входящих в диету.

Как показали результаты наших наблюдений, назначение больным ТПН диеты 7Г приводило к снижению уровня остаточного азота благодаря уменьшению белковой нагрузки; вместе с тем констатировано снижение уровня креатинина за счет улучшения белкового обмена и уменьшения катаболизма мышечной массы, а также уменьшение содержания мочевой кислоты вследствие резкого ограничения в диете пуриновых оснований.

Несмотря на некоторое ограничение общего количества белка в диете, у больных отмечалось повышение общего белка и альбуминов сыворотки крови, что было связано, по-видимому, с введением в рацион животного белка в объеме, достаточном для обеспечения организма оптимальным количеством незаменимых аминокислот.

Ни у одного больного в процессе диетического лечения не наблюдалось снижения массы тела, а 10 больных прибавили в массе около 1,5 кг. Эти данные свидетельствуют об анаболическом эффекте диетотерапии.

Таким образом, в комплексном лечении больных терминальной уремией, находящихся на регулярном гемодиализе, диета играет важную роль и должна быть рекомендована на весь период гемодиализной терапии. Диетическое лечение в значительной мере способствует улучшению состояния больных в междиализный период, позволяет у части больных сократить частоту гемодиализов (до 2 раз в неделю), а некоторым больным вернуться к более активному образу жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Berlyne G. M., Ben-arie J. a. o. Nephron, 1973, 10, 2—3.—2. Comty C. M. J. Am. Dietet. Ass., 1968, 53, 439.—3. Johnson K., Caree C., Gutch C., Ogden D. Clin. Nephrology, 1976, 5, 6.—4. Johnny K. W. a. o. Nephron, 1970, 7, 230.—5. Kluthe K., Shaeffer G. a. o. Inter. Cing. of Nutr., 1975, 47, 456.—6. Kopple G. D., Shinaberger G. H. a. o. Trans. Am. Soc. Artif. Int. Organs, 1969, V, XV.—7. Mackenzie J. C. Rev. Nutr. and Dietet., 1971, 13, 194.—8. Shaeffer G., Henze V. a. o. Clin. Nephrol., 1975, 3, 228.—9. Shinaberger G. H., Ginn H. E. Am. J. Clin. Nutr., 1968, 21, 618.

Поступила 29 января 1980 г.

УДК 615.37:576.8—097.33:616—056.3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ

*Р. Х. Бурнашева, И. Е. Алатырцева, В. Н. Цибулькина,
Б. А. Молотиллов, Ф. З. Камалов, А. Г. Шамсутдинов*

Кафедра аллергологии (зав. — проф. Р. Х. Бурнашева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, отдел бактериальной аллергии (зав. — доктор мед. наук А. Н. Маянский) Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии

Реферат. Для лечения инфекционно-аллергических заболеваний (предастма и бронхиальная астма) использовали метод гипосенсибилизации бактериальными аллергенами производства Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии. Под наблюдением находилось 725 больных. Эффективность лечения составила 74,4%.

Ключевые слова: инфекционно-аллергические заболевания, бактериальная аллергия, гипосенсибилизирующая терапия, аллергены.

2 таблицы. Библиография: 2 названия.

В настоящее время в практической аллергологии широко применяются различные формы бактериальных аллергенов. Предприятием бактериальных препаратов Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии МЗ РСФСР впервые в нашей стране разработано и освоено к производственному выпуску 16 наименований бактериальных аллергенов, приготовленных по методу Андо — Вержиковского. Более чем 10-летний опыт ряда городских и областных аллергологических кабинетов, клинических отделений больницы и медицинских институтов, использующих бактериальные аллергены для диагностики бактериальной сенсibilизации внутрикожным тестом, показал их безвредность и специфичность.

Полагают, что эффект специфической десенсибилизации связан с развитием состояния, аналогичного толерантности [2]. Применение бактериальных аллергенов для проведения гипосенсибилизирующей терапии оказывает положительный эффект благодаря не только ее специфическому действию, но и, по-видимому, неспецифическому влиянию, повышающему резистентность организма к бактериальной инфекции [1].

Нами проводились исследования по разработке методов гипосенсибилизирующей терапии и оценке ее эффективности при инфекционно-аллергических заболеваниях. В городском аллергологическом кабинете и клинических отделениях г. Казани, в некоторых других городах Средневолжского региона было обследовано с использованием бактериальных аллергенов производства Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии более 12 тыс. больных. Бактериальная сенсibilизация выявлена у 1440 из них, что составило 12% от общего числа обследованных. Проведение специфической гипосенсибилизации было признано возможным у 725 больных, из кото-