

Клиническая эффективность диетпитания ¹⁾.

И. И. Берлин (Москва).

Для обследования были взяты диетстоловые на 3-де „Борец“—среднем по мощности типе заводов и на „Электрокомбинате“—заводе-гиганте. Вся исследовательская работа проводилась в „полевых условиях“ на производстве, чаще в столовой, иногда в цеху. По столовой „Борец“ исследован весь состав б-ных, пользовавшихся диетпитанием—74 чел. По Электрозаводу—62 чел.

Большинство больных начали диетпитание в период обследования. Небольшая же часть была обследована до начала нашей работы. Для анализа состояния здоровья их были использованы первичные наблюдения врачей диетстоловых—квалифицированных специалистов. Лабораторному исследованию подвергались желудочный сок, испражнения, редко кровь, в соответствующих случаях моча.

В процессе наблюдения были широко и повторно проведены все дополнительные клинические, рентгенологические и лабораторные исследования. Для записей наблюдений была выработана анкета, заключающая в основном вопросы, принятые схемой Института питания в Москве. К ним присоединены были вопросы, характеризующие соц.-быт. условия и профессиональный профиль б-го. Клинич. исследования охватывали не только изучение состояния больных органов, но производилось всестороннее исследование организма. Повторные исследования проводились один раз в месяц.

Производственный состав б-ных распределялся след. образом. Производственных рабочих—90, вспомогат. рабочих—20, ИТР—10, служ.—16. Всего рабочих—81%, из них производственных рабочих—66%. Женщины составляли 21%. Изучение состава б-ых по цехам и детальным профессиям, с целью установления связи условий труда с заболеваниями, опущено в виду малочисленности наблюдений и разнообразия представленных в наблюдениях цехов и профессий. Для выполнения подобной задачи надлежит накапливать материал годами, в порядке текущей работы или путем объединения опыта ряда столовых.

Преобладающую группу в нашем материале составляли рабочие с трудовым стажем свыше 10 лет (рабоч. 71,4%, служ. 51,0%). Число рабочих с трудовым стажем с начала реконструктивного периода, т. е. до 5 лет, составляло 28,6% и старых кадров—47,4%. Это значит, что половина состава рабочих из всех б-ых имела за собою годы старого производства с капиталистическими методами и условиями работы, что не могло не отразиться на состоянии организма и не могло не повлиять на тяжесть заболевания, ресестиве, восстановление работоспособности.

¹⁾ Данная работа проведена по заданию стат. секции Научного совета Цустраха в 1933 г. Основной задачей этого исследования являлось изучение клинической и производственной эффективности диетпитания и прежде всего выработки методики подобного изучения, учитывая своеобразие условий исследовательской работы на заводах. Эта работа проведена бригадой по линии изучения состава диетрационов (Модель), исследования производственной (П. А. Кувшинников) и клинической эффективности (И. И. Берлин).

Иначе обстоит дело с распределением б-ных по детальным профессиям. Со стажем до 5 лет приходилось 62,5% (реконструктив. период). Вот почему мы отказались и от искания закономерностей в отношении влияния детальной профессии на заболевания, их возникновения и определения частоты в связи с продолжительностью работы и воздействием условий труда. Очевидно, что исследователям проблемы питания на производстве следует обратить внимание и на это обстоятельство.

Преобладающие формы заболеваний составляли среди изучаемой группы б-ых желудочные—100 чел., кишечные—23 ч., заболевания почек—6 ч., болезни обмена веществ—2 ч., анемия—1 ч. Разработка 200 историй б-ни, закончивших диетлечение в столовой электростанции, показало нам, что это соответствует обычному распределению заболеваний, отбираемых на питание в заводские столовые.

Существенно отметить, что из 136 обследованных б-ых 41,9% оказались без сопутствующих заболеваний. Больше половины случаев с сопутствующими заболеваниями имели ряд страданий, осложнявших течение основного заболевания. Из них отметим 18 случ. заболевания серд.-сосуд. системы, 9 случ. тбк легких, 26 сл. функционального поражения нервной системы, 6 сл. резко выраженной анемии. Группа функционального расстройства нервной системы интересна с той точки зрения, что здесь вполне естественно связать общий симптомокомплекс с желудочно-кишечными явлениями. Вполне обоснованным является, напр., при картине конституционального невроза, предположение о функциональной зависимости жел.-киш. изменений от общего вегетативного тонуса. Правильнее было бы сказать, что часть указанных заболеваний есть проявление общего невроза. Отсюда ясны мероприятия комбинированного характера, которые могут вести к максимальной эффективности питания. Из 26 сл.—9 вегетативного невроза падают на кислый катарр желудка, 7—субацидный, 4—ахилия и 6—заболевание кишок.

Состав б-ых по формам заболеваний характеризуется таблицей № 1 (см. ниже).

В возрастном отношении из 100 сл. желудочных страданий 67% падает на возраст 20—39 лет, из них половина форм кислого катарра и столько же суб-и анацидных форм. В возрасте 40 л. и выше большинство составляют ахилики и субацидные катарры. До 20 л. всего 10 сл.—кислые и субацидные катарры распределяются пополам. В кишечной группе большинство—15 (из 23-х) падает на возраст от 20 до 39 л., в том числе 5 сл. язвы 12-перстной кишки и 4 сл. хронич. аппендицита.

Изучение профгрупп позволило отметить преобладание в нашем материале язвенных форм среди производственных рабочих. Насколько закономерно это явление и какова здесь зависимость—трудно установить на сравнительно небольшом материале.

Продолжительность питания обследованной группы б-ых такова: желудоч. болезни до 3-х м-цев 24%, от 3 до 4 мес.—34%, от 5 до 6 мес.—27%, свыше 6 м.—15%. Кишечные б-ые до 3 м.—30%, остальные от 3 до 4 м. Язвенные б-ые—от 3 до 5 м., прочие заболевания свыше 3 м.

Таков, в кратких чертах, социальный, возрастно-половой и клинический состав б-ых. Для оценки эффективности питания важна также оценка материала с точки зрения продолжительности заболевания и характера его возникновения.

Из 136 сл. только 23 б-ых могли отметить острый характер начала заболевания. Остальные 83% указывают, что болезнь протекала исподволь, временами обостряясь. От 1 до 5 л. оказались 47,3%, свыше 5 л.—34,3%. Следовательно, давность заболевания значительна и б-ые являются хрониками, но легко поддающимися воздействию. До питания часть б-ых обращалась за лечеб. помощью, результаты которого мы учли при анализе: 14% подвергалось лечению в санаториях и б-цах, 19% посещало и раньше диетстоловые по 2—3 м-ца. Но подавляющее большинство—67%—либо не лечилось совсем, либо пользовалось медикаментозным лечением. Питание на дому из этой группы проводило лишь 4 чел. Очень ин-

интересно отметить последующее влияние этого лечения на б-ых. Из 15 сл. ухудшений—1 подвергался раньше стац. лечению, 6—повторному диетпитанию. Из 17 сл. без перемен—4 лечилось стационарно, 2 в санаториях, 5—повторное диетпитание, 1—диетпитание на дому. Только 8 из всех 32 сл. не проводили диетрежима на дому.

Чтобы не перегружать статью, мы опускаем анализ конституциональных типов обследованных б-ых и выяснение картины заболеваний в связи с конституцией. Исследование показало, что непосредственного значения эти моменты в отношении эффективности диетпитания не имели.

Переходя к оценке эффективности диетпитания, отметим, что особенное внимание было уделено уточнению группировки результатов диетпитания. Под *значит. улучшением* мы понимали стойкое улучшение как субъективных, так и объективных признаков. Критерием служила нормализация функций, подтвержденная, кроме клинич. осмотра, анализами. Улучшение характеризовалось исчезновением к моменту последнего исследования токсического симптомокомплекса при лабильности объективных клинич. данных (незначит. изменения кислотности, мочи и пр. в сторону нормы).

Суммарная оценка результатов показывает значит. улучшение 24⁰%, улучш.—59⁰%, без перемен—12,5⁰%, худш.—11⁰%.

Таблица № 1.

Формы заболеваний	Значит. улучш.	Улучшение	Без перемен	Ухудшение	Всего
Кислый катарр	7	29	4	6	46
Субацидн. катарр	6	10	1	3	20
Нормацидн. катарр	2	1	—	—	3
Ахилия	3	17	4	4	28
Язва желудка	—	2	—	—	2
Язва двенадцатипер.	3	3	3	—	9
Хронич. колит	—	4	2	1	7
Хронич. аппенд.	4	2	—	—	6
Послеопер. спайки	1	—	—	1	2
Атония кишек	1	—	—	—	1
Пиллит	1	—	—	—	1
Хронич. нефрит	4	—	—	—	4
Пионефроз	—	—	1	—	1
Холецистит	—	1	—	—	1
Хрон. гепатит	—	—	2	—	2
Подагра	—	1	—	—	1
Ожирение	—	1	—	—	1
Истощение	1	—	—	—	1
	33	71	17	15	136

Мы видим, что в группе ахилий имеется наименьший процент значит. улучшений (10⁰%), в группе субацидных наибольший (30⁰%). Даже язвен. поражения 12-перстной кишки дают значит. улучшение. Эти результаты тем более показательны, что, как выше было отмечено, подавляющее б-во б-ых были длительно болевшие. Но мы считаем недостаточным установление терапевтич. эффекта в общей оценке. Необходимо ее конкретизировать путем изучения влияния диетпитания на отдельные элементы симптомокомплекса, характеризующие динамику изменений.

Нами выделяются три группы симптомов, характеризующих степень заболевания и влияния на понижение трудоспособности. Эта группировка условна, но такая условность не отражается на возможности подробного учета эффективности с методич. точки зрения. Важно комплексировать отдельные признаки и найти метод для обобщения ряда явлений, характерных для тех или иных групп и сделать более правильные выводы. Мы объединяем бесчисленное множество симптомов в 3 комплекса.

А. Интоксикация—при полном выраженном синдроме—голов. боли, головокружение, плохой сон, аппетит и плохое самочувствие. **Б. Гастрический симптомокомплекс**—при выраженных явлениях—боли, изжога, отрыжка, рвота или тошнота, тяжесть под ложечкой. **В. Кишечный синдром**—боли, неправильный стул (запоры или поносы, или то и другое) и метеоризм.

При желудоч. и кишеч. страданиях обычно имеются симптомы со стороны всего пищеварит. тракта различной интенсивности либо с преобладанием, либо с выпадением тех или иных явлений. Поэтому нами выделяется 2-я группа заболеваний с частично выраженным синдромом. Наконец, 3-я группа представляет такие формы заболеваний, где тот или иной комплекс отсутствует. В результате такой группировки мы составили след. таблицу:

Интоксикация.

Таблица № 2.

При поступлении	В конце обследования			Всего
	Полно выраж.	Частично выражен.	Отсут- ствует	
1. Полн. выражен.	5	7	12	24
2. Частично выражен.	—	50	51	101
3. Отсутств.	—	—	11	11
	5	57	74	136

Гастрический комплекс.

Таблица № 3.

1. Полный выражен.	14	14	10	38
2. Частично выражен.	1	48	38	87
3. Отсутствует	—	—	11	11
	15	62	59	136

Кишечный симптомокомплекс.

Таблица № 4.

1. Полно выраженный	5	8	10	23
2. Частично выражен.	1	36	39	76
3. Отсутствует	—	—	37	37
	6	44	86	136

Мы отмечаем резкое улучшение общего состояния—полное исчезновение комплекса интоксикации в 50% и частичное—в 29%. Аналогичные результаты получаются в отношении сопутствующих и основных кишеч. симптомов. Из 99 случаев в 49 отмечается исчезновение патологич. синдрома. Из 23 сл. полного выраженного комплекса—совершенное исчез-

новение симптомов в 43%. Это показывает, что все сопутствующ. кишеч. явления, так же как и общетоксич. проявления сравнительно легко поддаются ликвидации при улучшении основного страдания.

Сложнее обстоит дело с гастрическим синдромом. Здесь удалось устранить диетпитанием желудоч. изменения лишь в 38%. Явление это вполне закономерное. При хронич. страдании изжога, отрыжка, рвота и пр. не могут пройти бесследно в короткий срок. Они могут тянуться годами, Кислотность желудоч. сока, уменьшаясь в своей интенсивности, будет связана с изменениями секреторного аппарата. В наших случаях, как правило, уменьшается интенсивность боли, исчезает рвота, очень часто остается изжога или отрыжка.

В группе желуд.-кишеч. больных мы отмечаем благоприятное влияние на функц. деятельность секреторного аппарата: при повышенной кислотности желудочная секреция становится нормальной в 25%; при пониженной кислотности в 35%; при анацидных формах в 10%.

Динамика изменений гемоглобина и веса, не характеризуюя прямого эффекта в отношении пораженных органов, является показателем улучшения общего состояния б-ых. Увеличение Hb имело место в 65,9%, уменьшение в 15,9%. Повышение Hb отмечено до 15% у 51% б-ых, а у остальных до 10%. Эти результаты могут считаться значительными, учитывая, что рабочие получали лишь двукратное диетпитание и работали на производстве непрерывно. Большая калорийность, питательность, лучшая всасываемость диетстола резко сказались и на росте весовых показателей. Из 136 б-ых — 73 прибыли в весе и лишь 28 убыли. Остальные без перемен. Прибавка в весе до 6 до 8 кгр.—2 сл., от 4 до 5 кгр.—4 сл., от 2 до 3 кгр.—17 сл., остальные до 2 кгр.—50 сл. Убыль в весе до 1 кгр.—в 18 случ., свыше 1 кгр.—в 10 случ.

Мы имели группу б-ых, находившихся в домах отдыха, в нервном санатории, которые прибыли с понизившимся весом (обильное питание, не соответствовавшее функц. способности пищеварит. аппарата). Эти б-ые при диетпитании давали значит. прибавку в весе. Сохранение веса при напряженной работе является прямым следствием правильного питания и рацион. режима.

Но прибыль, как и убыль в весе не всегда совпадают с объективными результатами диетпитания, что в каждом случае можно было объяснить рядом причин соц.-быт. порядка, произв. нагрузки и пр.

Детальный анализ влияния диетпитания на функц. деятельность секреторного аппарата, на общее состояние организма подтверждает знач. эффективность диетпитания в условиях производства. Демонстративными в этом смысле являются субъективные ощущения б-ых, которые представляют в больш. случ. правильный критерий состояния их, отражая нервно-психич. реакцию на те или иные изменения в организме. Отчасти ими характеризуется и работоспособность б-ых. Приводим типичные примеры:

1. Субацитас. Столовая очень помогла. Раньше „ужасные боли“. В 1930, 31 г.—6—7 раз в году бюллетени по 1½ м-ца и больше. В мае 1932 г. 20 дн., в июне 4 дня. Все по желуд. заболеванию. Со дня поступления в диетстоловую в течение 6 м-цев не было бюллетеней.

2. Атрофический гастрит. Объективно без перемен. Самочувствие прекрасное.

3. Кислый катарр. Прекрасное действие, исчезли боли, отрыжка, нет изжоги, лучше работоспособность, раньше ложился на станок от боли.

4. Ахилия. 1½ м-ца не работал из-за желудка. Переменял работу на м-ц, был сторожем. Считал, что „загибнет“. Теперь за 3 м-ца окреп настолько, что перешел на работу грузчиком.

5. Кислый катарр. Конституциональный невроз. Отмечает благотворное влияние. В прошлом году не мог работать, слег, лежал в санатории. Диетпитание „определенно поддерживает“. Имеет больше нагрузки и переносит лучше.

6. Язва 12-персти. кишки. Резкое улучшение до отпуска. Вследствие нарушения диеты во время отпуска—ухудшение. Теперь исчезновение болей, отрыжки, икоты, рвоты. „Только сосет“.

7. Ахилия. Хронич. колит. „Чуть не помер до столовой“. Теперь боли исчезли. Чувствует себя бодрее.

8. Язва желудка. „До столовой валялся на мосту от изжога“, „без диетпитания пропал бы давно. Сделал перерыв с неделю, появилась рвота, боли. 2 дня лежал в постели. Питание в диетстоловой дает возможность работать и существовать“.

Из 136 б-ых—110 отмечают благотворное влияние на самочувствие. Основная субъективная реакция относится к уменьшению болей, изжоги, отрыжки, рвоты и улучшению самочувствия, а также и повышению работоспособности.

Возникает законный вопрос—как сказывается влияние продолжительности диетпитания на эффективность. По нашему материалу наибольший максимум улучшений падает на группу б-ых, находившихся в диетстоловой свыше 3 мес. Но даже и в группе с более кратким сроком пребывания имеется значит. клинич. эффект до 71%. Из группы, питавшихся от 3—6 мес.—81% улучшений, в том числе стойких улучшений 31%. Анализ продолжительности диетпитания по отдельным формам заболеваний убеждает в том, что даже группа трудно поддающихся процессов может дать существенный клинич. и производ. эффект при условии длительного диетрежима. Здесь лишь отметим, что большинство язвенных поражений дают стойкий клинич. эффект в сроки в 3—6 мес.; ахилики дают нестойкие результаты за срок от 3—6 мес.

При сравнительной оценке результатов диетпитания в обследованных столовых мы видим существенную разницу:

	„Борец“	Электро- завод
Значит. улучшение	38%	8%
Улучшение	44%	63%
Без перемен	16%	8%
Ухудшение	2,6%	21%

Это колоссальное расхождение в основных группах значит. улучш. и ухудшения послужило предметом детального изучения, которое показало; 1) ни по формам, ни по характеру заболевания не отмечается преобладания более тяжелых форм на электрозаводе. В возрастном отношении среди б-ых столовой „Борец“ имеется значит. больший % молодежи, но и это обстоятельство, если учесть удельный вес данной группы б-ых среди всех наших б-ых и значительное преобладание в той же столовой возраста свыше 40 л., можно прийти к заключению, что возраст не мог оказать влияния на суммарные результаты диетпитания в столовой электрозавода. Мы должны неизбежно искать причин недостаточности эффективности диетпитания в других факторах. Таким основным могучим терапевтич. фактором должен быть качественно высокий, достаточный калоражу, с правильным применением пищевых наборов диетстол. Л. М. Моделем было установлено неблагоприятное положение с постановкой

диетпитания в столовой электрозавода с точки зрения подбора пищевого рациона и колебания калоража в течение некоторого периода времени. В составе продуктов появился маргарин, уменьшилась порция бел. хлеба, пища стала однообразна. Вторая причина—перерывы в диетпитании по различ. мотивам на более или менее длительный срок и переход на общий стол, сводящий на-нет все достигнутые результаты. Третья причина—нарушение диеты в выходные дни. Небольшое число б-ых пользуются правом и используют это право питания на ф-ке-кухне электрозавода. Соблюдение диеты на дому не всегда проводится в силу соц. быт. условий. Последние две причины, влияющие на ухудшение результатов диетпитания в одинаковой степени относятся и к з-ду „Борец“. Особенно резко сказалось нерациональное диетпитание на группу с рецидивными и тяжелыми формами, давших, при прочих неблагоприятных условиях, ухудшение. Но это сказалось и на количестве стойких улучшений, составляющих единицы.

Переходим к анализу *групп с ухудшением*. Помимо указанных общих причин, существует ряд причин индивидуального порядка, которые лучше всего иллюстрируются примерами.

Сл. 1. Х-в. Обжигальщик в чугун. цеху АТЭ электрозав, 37 л. Спайки кишок после операции по поводу заворота кишок и аппендицита в 1930 г. 2 года диетпитания с перерывом. Диеты дома в выход. дни и вечерами не соблюдает. Давно кандидат в стационар, пока не удалось поместить.

Сл. 2. Д-на. Цокаловщица. Лампов. з-д, 31 г. Кислый катарр. Гипертиреоз. Перерыв 1 м-ц в диетпитании. Резкое усиление болей. Направлена в стационар. В цеху с высокой тем-рой плохо переносила работу.

Сл. 3. П-а. Запайщица лампов. з-да, 24 л. Ахилия. Болея 18 лет. Обострение хронич. воспаления матки и воспаление мочев. пузыря—в связи с этим ухудшение общего состояния.

Сл. 4. Л-н. Сверловщик трансфор. з-да, 32 л. Болен 3 года. Анацидитас. Ахилия. Вначале улучшение. После появления маргарина в столовой появление резких болей.

Сл. 5. Б-ва. Уборщица АТЭ электрозавода, 22 л. Кислый катарр. Болея 9 лет. Перерыв в питании 1 мес. вызвал ухудшение. Диеты в выход. дни и вечерами не соблюдает.

Сл. 6. Д-ва. Уборщица послед. 2 мес. в АТЭ эз., раньше ткачиха, 58 лет. Анацидный катарр. Выраженный артериосклероз. Миокардит в 1926 г. Язва желудка и 12-перст. кишки. По состоянию здоровья переменяла профессию. Направлена в б-цу. Необратимый процесс. Раньше неоднократно диетпитание.

Сл. 7. Л. Слесарь сборного цеха. Прожектор. з-да, 38 л. Раньше 21 г. шахтер. Субацидный катарр. Повтор. диетпитание. В недавнем прошлом погатор. Послед. мес. ухудшение. Диету не соблюдает (дома ест ржаной хлеб и пр.).

Сл. 8. М. Слесарь ремонт. цеха „Борец“, 37 л., хронич. колит. Подозрение на язву. Повторное диетпитание без результатов. Выход. дни питался в общей столовой. Как правило—после этого поносы. Пьет водку.

Эти случаи отражают весь комплекс причин, отягчающих течение заболевания и сводящих на нет положит. сторону диетпитания в столовых.

В группе, где не отмечены никакие перемены в состоянии здоровья б-ых, нарушают диету в домаш. условиях вечерами и в выход. дни 9 чел., в том числе 1 имел перерыв в диетпитании до 1½ мес. Соблюдают диету в выход. дни и вечерами 9 чел., из них перерыв в диетпитании от 1—3 мес.—у 2 чел. и перенесли грипп с осложнениями 2 чел.

Приведем неск. примеров группы без перемен.

1. И. Зав. бюро рационал., 32 л. Ахилия, атрофич-гастрит. Болен 7 лет (в 1925 г. аппендектомия). Погатор.

2. С. Плотник упаковоч. цеха „Борец“. 52 л. Ахилия. Эмфизема, миокардиопатия. 1931 г. диетпитание 2 мес. 1932 г. 1½ мес. санаторий Перловка, без улучшения.

3. Р., слесарь штамповщик цеха АТЭ, 19 л. Язва 12-перстн. кишки. Болен 3 года. Диетпитание в течение 1 года в другой столовой. Здесь 10 мес. Лежал в б-це в теч. м-ца. Боли периодически затихают. В выход. дни питается дома—боли обостряются настолько, что теряет работоспособность.

4. Ф., модельный токарь, 42 л. Модельщик 30 лет. Болен 18 лет. Хронич. гепатит, потатор. Обострение после очередной выпивки. Постоянно нарушает диету.

5. К. Инженер трансформ. з-да, 28 л. Кислый катарр. Пребывание в доме отдыха не дало поправки. Питание в столовой не регулярно. В выход. дни диету не соблюдает.

С несомненной очевидностью вытекает из приведенного материала роль соц.-быт. факторов в снижении эффективности диетпитания, значение интеркуррентных заболеваний, алкоголизма и, наконец, трудно поддающиеся воздействию органич. процессы с длительностью, измеряемой десятками лет. Но и для этих форм диетстоловая имеет колоссальное значение, поддерживая общее состояние и давая возможность работать.

В группе б-ых, давших улучшение, имеются также б-ые, нарушавшие диету в выход. дни. Но надо все же отметить, что нарушение диеты ряда б-ых носит спорадический характер и они различно реагируют на всякие погрешности в диетпитании.

Здесь лишь отметим, что из 104 чел. группы улучшений—34 нарушает диету в выход. дни и по вечерам, причем постоянные нарушения имелись у 26 чел. Отмечая такое положение вещей, приходится удивляться что погрешности в диете, допускаемые больными, не отразились более резко на результатах диетпитания в столовых. Это лишь подтверждает предположение, что эффективность диетпитания была бы значительно выше и результаты более стойкими при правильном и полном проведении режима диетпитания, т. е. группа со значит. улучшением могла бы вырасти за счет других групп при этом условии.

Для характеристики терапевт. эффекта диетпитания мы приводим ряд типовых примеров из различных групп заболеваний.

№ 1. Б-ной Г., 39 лет. Мастер механич. цеха „Борец“, 25 лет производ. стаж. Язва 12-перст. кишки. Болен 9 лет. В 1931 г. 2½ м-ца в б-це. В дальнейшем с перерывами в диетстоловых. 1932 г. с мая в диетстоловой „Борец“. При поступлении резкие схваткообразные боли, отрыжка, изжога, рвота с кровью. Стул с клизмой. Рентген—симптом ниши. ОК 100. Своб. НС1 83. В декабре ОК—78/62—7, редко ноющие боли. Исчезновение рвоты, изжоги, отрыжки, запоры без перемен. Дома диету соблюдает. Рентген—бульбус 12-перстной доформирован, болезненность. Это улучшение является значительным. На месте язвы образовался рубец.

№ 2. Б-ой М., 31 г. Плотник экспедиции з-да „Борец“. Болен 6 лет. Язва 12-перстной и перидуоденит, 1930 г. 1½ мес. диетпитание. 1932 г. в марте в б-це. 28/V поступил в столовую „Борца“. Отрыжка, изжога, рвота. Резкие боли в подлож. области. Запоры. Желудоч. сок при поступлении 92/72. 12/X 70/56,9. 16/X. 58/49—9. Гемоглобин при поступлении—62%. 15/XI—74%. Рентген при поступлении—бульбус—болезненность, симптом ниши. В декабре—бульбус безболезнен, ниши не видно. Исчезновение болей и гастрических явлений. Стул N. Б-ной аккуратно посещает столовую, соблюдает диету. Перестал пить.

Эти случаи показывают, как длительное диетпитание при правильном режиме дома приводит к значительному эффекту.

№ 3. У-ва, 17 лет. Слесарь механич. цеха. Больна 12 лет. Д-З-кислый катарр, Тбк лимфаденит. Порок сердца. Диетстоловая с 14/IX. Резко выраженный гастрич. симптомокомплекс. Запоры по несколько дней. Желудоч. сок 6/X—68/46—9. 18/II—46/20—16. Нь—54%, вырос до 72%. Вес—+2 клг. Чувствует себя выздоровевшей.

№ 4. К. ФЗУ. 17 лет. Болен 6 мес. Кислый катарр. Аналогичная картина. Желуд. сок 17/X—78/52. 15/I—44/30—10. За время диетпитания + 4 кг. Исчезновение всех жалоб.

Приведенные примеры демонстрируют обратимые процессы в молодом возрасте, подчеркивающие рентабельность диетпитания. В противоположность этим больным приведем два случая с более глубокими органич. поражениями.

№ 5. М-в. Слесарь механич. цеха, контролер, 40 лет. Производ. стаж 26 л. Ахилия. Резко выраженный токсический синдром. Слюнотечение, отрыжка, метеоризм, периодич. боли по ходу толстых кишек. Запоры. Жел. сок 10/0, св. 5. Болен 13 лет. Эссенцики 1923 год. Институт 1927 г. Диетпитание по 2 мес. 3 раза. С конца мая 1932 г. диетстоловая „Борец“. Прекрасное самочувствие, очень доволен столовой. Рвота исчезла, болей нет. Желуд. сок—12/0—6.

№ 6. Б-ш. Грузчик, 49 л. Трудстаж 34 г. Д-з: Ахилия. Болен 10 лет. Выражен. токсич. синдром. Боли тупые, поносы в течение 3 х недель до 20 раз за день. С авг. диетстоловая. Желуд. сок 6/0—3. По 29/XII великодушное состояние. Стул норма. Болей нет, метеоризм. исчез. Гастрич. явлений нет. Желуд. сок 4/0—2. Гемоглобин с 56% повысился до 72%. Вес + 1 кг. В течение августа переведен по болезни на работу сторожем. Сейчас вернулся на прежнюю работу. Полная работоспособность. „Дома себя бережет в питании“.

Как видно из этих примеров, даже в этих случаях, где рассчитывать на *restitutio ad integrum* невозможно, получается при длительном рациональном диетпитании значительный клинический эффект.

Из большой группы субацидных гастритов демонстрируем два случая.

№ 7. С-в. Пожарник, 22 лет. Д-з: субацидный катарр. Болен 2 г. Алкоголизм „редко, но много“. Очень плохое общее состояние. Изжога, рвоты. Схваткообразные боли в подлож. области. Поносы 3—4 раза в день. Метеоризм. В 1930 и 31 г. 6—7 раз в году бюллетени по 1½ мес. и больше. В мае 32 г. 20 дней. В июне 4 дня. Поступил 10 июня 1932 г. Желуд. сок 11/6—28/8 св. 9. 12/XI—58/44 св. 8. Гемогл. с 67% вырос до 76%. Вес + 2 кг. Не пьет 5 м-цев. Самочувствие очень хорошее. Стул норм. Боли очень редко тупые.

№ 8. Б-н. Черноработчий механич. цеха, 33 л. Трудстаж 18 л. Д-з: субацидный гастрит. Хронич. бронхит. Болен 2 года. Нигде не лечился. Диетпитание первый раз. Умеренно выраженный гастрич. синдром, но боли интенсивные в подлож. области. Самочувствие плохое. Поступил 7/IX. Желуд. сок 32/12 св. 10. 13/XII—значит. улучшение общего состояния. Желуд. сок 60/42 св. 11. Боли исчезли с октября. Прочие гастрич. явления тоже не наблюдаются.

На приведенных примерах подчеркнем два момента: поразительная быстрота наступления клинич. эффекта через 3 недели; в ряде случаев улучшение общего состояния отмечается уже в первые две недели. У б-го Силаева несомненно важно отметить прекращение употребления алкоголя. В сочетании с диетпитанием это привело к стойкому улучшению.

Наконец приведем типичные случаи благотворного влияния диетпитания на заболевание почек.

№ 9. Сык-н. Электро-монтер, слесарь, 32 л. Д-з: гломеруло-нефрит. Миокардиопатия. Болен с мая 1932 г. В б-це двукратно 2 мес. и 1 мес., выписан 27/VIII. Поступил 3/IX в диетстоловую „Борец“. Отеков, нет. Плохое самочувствие, боли в пояснице. Анализ мочи 28/VIII уд. вес 1021, белок 0,09%, эритроц. 5—6 в поле зрения. Гиал. цил. единич. в препарате. 9/IX уд. вес—1010. Белок 0,069%. Эритроц. 2—3 в поле зрения. Гиал. цил. до 3-х в препарате. Начал ходить и работать, 11/X—белок 0,12%. Лейкоциты 50—60 в поле зрения. Эритроциты 5—6 в поле зрения. Гиал. цилиндры 8—10 в поле зрения. Зернистые цил. единич. в препарате. 23/X—белок 0,12%. Лейкоциты 2—3 в поле зр. Эритроц. 20—25 выщелоч. в препарате. Гиал. и зерн. единич. в препарате. Много ходит, много работает. В ноябре ангина. 27/XI белок 0,18%. Эритроц. 15—18 в поле зрения. Гиал. цил. 6—8 в поле зр. Зернист. единич. в препарате. В дальнейшем исследовании мочи показывают исчезновение формен. элементов и уменьшение белка. 20 января моча нормальна.

№ 10. Д-а, 24 лет. Раздатчица механич. цеха. Д-з: Пиэлит. Больна с мая 1932 г. Поступила в июле в столовую. Анализ мочи 19/VII. Лейкоциты—усеяны все поля зрения. Значит. скопление эритроцитов. Белок—следы. 5/XI моча норм. Все время работала.

Из приведенных случаев можно сделать определенный вывод о роли диетпитания при почечных страданиях. Этот эффект мы отмечаем и в двух остальных почечных случаях.

Таким образом, многочисленные примеры, приведенные нами, указывают экономическую целесообразность диетпитания, его клиническую и производственную эффективность. Не приходится сомневаться, что и в группах б-ых, где мы не констатируем клинич. эффекта, многие б-ные сохраняют свои силы на определенном уровне, не давая ухудшений и продолжая работу.

Производственная эффективность диетпитания разработана д-ром Е. А. Кузшиинниковым. Данные с необычайной яркостью демонстрируют полное соответствие клин. результатов с влиянием диетпитания на повышение выработки б-ых.

Выводы. Данное исследование подтверждает с несомненностью значительную эффективность диетпитания на производстве.

1. Отмечается в группе ахилий наименьший эффект, в группе субатрофических форм—наибольший. Влияние диетпитания тем более показательно, что оно касается длительно болеющих.

2. Особенно ярко обнаруживается клинич. эффект при анализе: а) влияния на изменение функциональной деятельности секрет. аппарата, в частности при желуд.-киш. забол.—на динамике кислотности;

б) при изучении комплексным методом;

в) субъективная оценка б-ых характеризует громадное влияние диетпитания на состояние и работоспособность б-ых.

3. Отсутствие клинич. эффекта и ухудшение нужно повидимому искать:

а) в причинах соц.-бытов. порядка: нарушение диеты в домашних условиях, алкоголизм,

б) в недостаточности срока диетпитания,

в) в неправильном подборе б-ых.

4. Сравнительная оценка диетпитания в столовых показывает значит. разницу, зависящую от не рациональной постановки диетпитания в одной из обследованных столовых, что особенно резко сказалось на группе с рецидивными и тяжелыми формами, давшими, при прочих неблагоприятных условиях, ухудшение.

5. Изучение состава б-ых по формам заболеваний показывает преобладание жел.-кишеч. заболеваний. Настоятельно необходимо расширение показаний по диетпитанию за счет острых желуд.-киш. форм, реконвалесценто, истощенных и закрытых форм тбк, независимо от бактериальных, требующих некоторых особых организационных мероприятий в отношении изоляции от общего питания.

6. С точки зрения социальной значимости целесообразно введение обслуживания диетпитанием беременных. Показанными к диетпитанию являются комбиниров. формы заболеваний жел.-киш. тракта и серд.-сосуд. системы или легких.

7. Хронич. формы жел.-киш. заболеваний дают более стойкое клинич. улучшение в больш. случаев в сроки от 3 до 6 мес. Непосредств. эффект отмечается довольно скоро и измеряется неделями.

8. Наряду с индивидуализацией подхода, с учетом достигнутых результатов, необходимо учитывать формы и характер заболевания, его течение в производств. условиях (горячий цех, газы и пр. условия труда). При язвенных поражениях кишок и желудка срок должен быть удлинен до 4—6 мес.

С точки зрения сохранения достигнутого эффекта желательно продление диетпитания, особенно при отсутствии благоприятных соц.- быт. условий.

Опасение, что, с экономич. точки зрения, расширение сроков диетпитания не рентабельно—является не обоснованным, потому что группа, требующая удлинения сроков, не велика. Большинство будет довольствоваться сроком в 3—4 месяца.

Организационные выводы. 1. Для проведения исследования эффективности диетпитания необходимо комплексировать клиническую эффективность с производственной. Для этого необходимо проводить отбор таких контингентов б-ых, которые доступны для соответствующих исследований:

1) *по линии производственной:*

а) желательно производить отбор таких производств. объектов, где наиболее мощно представлены группы рабочих, работающих на индивидуальной сдельщине,

б) отбираются б-ые с учетом предыдущих производственных отношений (неизменность дет. профессий в течение определенного срока);

2) *по линии изучения клинич. эффективности:*

а) при отборе групп заболеваний надлежит обратить главное внимание на социально значимые группы заболеваний,

б) должен быть обеспечен минимум клинических данных при поступлении на диетпитание и в процессе диетпитания,

в) исследованию подвергаются б-ые, не нарушающие диету в выходные и вечерами в домаш. условиях, либо б-ые, поставленные на период обследования в условия правильного диетрежима.

3) Применяемая методика исследований даст возможность изучения клинич. эффективности в „полевых“ амбулаторных условиях. Срок наблюдения не должен быть ниже 3-х мес. Для правильного учета результатов целесообразнее поставить исследование на группах вновь поступающих б-ых, проводя наблюдение для некоторых форм заболеваний на более длительные сроки.
