

Э. Г. ГРИГОРЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДИЕТ РАЗЛИЧНОГО ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В комплексной терапии больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью исключительное значение имеет лечебное питание. Речь идет, разумеется, не только о соблюдении общих физиологических принципов, обеспечивающих усвоение пищи, но и о специальном питании, построенном применительно к изменениям, связанным с патологическим процессом (в реактивности организма больного, в ферментных системах органов пищеварения и в нервнорегуляторных механизмах обменных процессов).

К сожалению, именно эти особенности изменившегося организма в результате патологического процесса часто не учитываются при организации лечебного питания, хотя всем известно, что при определении дифференцированного питания следует принимать во внимание не только присущие индивидуальные особенности больного, но и происшедшие изменения в различных системах организма вследствие патологического процесса.

До настоящего времени в основе лечебного питания больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью, как известно, лежит принцип уменьшения механического раздражения желудка при условии полноценности диеты.

В литературе существуют разногласия по вопросу о назначении качественно различного характера питания. Так, Э. С. Вардья [2], З. В. Аскаргов [1], В. С. Староверов [8] считают, что для больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью наиболее рационально облегчить повышенную компенсаторную работу кишечника, что лучше всего может быть достигнуто введением в рацион достаточного количества животного белка. Имеются также противоречивые данные о влиянии углеводов на секреторно-моторную деятельность желудка при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью [3, 5, 7, 9].

Именно из-за такой противоречивости в настоящее время все больше высказываются рекомендации за расширение диеты больным хроническим гастритом с секреторной недостаточностью в смысле ее полноценности и сбалансированности аминокислотного состава. Большинство клинико-экспериментальных работ [4, 6, 10, 11] свидетельствует о том,

что наиболее эффективной диетой при функциональных нарушениях поджелудочной железы и при ее воспалении является белковая диета. Ввиду тесной связи между хроническим гастритом с секреторной недостаточностью и состоянием поджелудочной железы, диетотерапия должна проводиться с учетом основного заболевания, а также оказывать влияние на функции поджелудочной железы.

Для изучения влияния диет различного химического состава на больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью и на состояние поджелудочной железы были проведены наблюдения над 100 больными. Большинство из них (78) были люди физического труда. Среди наблюдавшихся мужчин было 45, женщин—55. По возрасту они распределялись так: от 20 до 40 лет—37 чел., от 41 до 50—36, от 51 до 60—27. Обследованные больные были распределены по степени компенсации: в группу стойкой компенсации были включены 23 чел., в группу субкомпенсации—77. В отношении симптоматиологии следует подчеркнуть, что выраженность клинической картины, наблюдаемая у больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью, зависела от тяжести патологического процесса и наличия сопутствующих заболеваний.

Больные жаловались на боли и тяжесть в эпигастральной области, вздутие и урчание в животе, боли по ходу кишечника, расстройства стула, вегетативные расстройства. Как сопутствующее заболевание по клинико-лабораторным показателям в 43% случаев был диагностирован хронический колит, в том числе дискинезии кишечника, в 40%—нарушение поджелудочной железы (в 15%—панкреатит, в 25%—диспанкреатизм), в 26%—хронический холецистит и дискинезии желчных путей, в 16%—дуоденит и дискинезии двенадцатиперстной кишки и в 13% случаев—гипохромная анемия. Общеклинические биохимические показатели крови у наблюдаемых больных в большинстве случаев находились в пределах нормы.

У некоторых больных хроническим гастритом в стадии субкомпенсации отмечалась диспротеинемия в сторону некоторого уменьшения альбуминов и тенденция к росту α_1 - и α_2 -глобулинов.

При исследовании состояния кислотности желудочного содержимого у обследованных больных по Боас-Эвальду фракционным путем после введения через зонд 7%-ного капустного отвара и инъекции гистамина выяснилось, что в 5% случаев сохранилась способность секретировать соляную кислоту в незначительном количестве. У остальных больных при низких цифрах общей кислотности определялось полное отсутствие свободной и связанной HCl.

Функциональное состояние поджелудочной железы изучалось путем определения в сыворотке крови активности трипсина, ингибитора трипсина по методу Эрлангера в модификации В. А. Шатерникова, липазы—по В. А. Шатерникову и Л. А. Савчук и амилазы—по Смит—РОЭ. В дуоденальном содержимом определяли активность трипсина и ингибитора трипсина по Эрлангеру в модификации В. А. Шатерникова, липазы—по Г. К. Шлыгику и др., а активность амилазы—по Вольгемуту.

Все обследованные больные были разделены на две группы и получали качественно различные диеты (непротертые). Первая группа больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью в течение 30—35 дней с последующим изучением ферментативной активности поджелудочной железы получала диету с пониженным содержанием белков, а вторая группа (39—в состоянии субкомпенсации, 11—в состоянии компенсации)—с повышенным. В первые 10—15 дней пребывания в клинике все больные находились на диете № 1 (контрольная). В этот период производилось начальное изучение ферментативной активности поджелудочной железы. Химический состав примененных диет приведен ниже.

Большинство больных диету № 1 переносили удовлетворительно. В состоянии больных, получавших малобелковую диету, не констатировалось существенных изменений. Лишь в некоторых случаях обострились боли, диспептические явления, нарушился стул. К концу лечения эти больные выписались или без изменений, или с некоторым ухудшением состояния здоровья. После такой диеты ферментативная активность поджелудочной железы оставалась без существенных сдвигов как в сыворотке крови, так и в дуоденальном содержимом. Лишь ингибитор трипсина проявлял тенденцию к понижению во всех порциях дуоденального содержимого (табл. 2). Причем эти сдвиги в основном имели место у больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью в стадии субкомпенсации. Высокобелковую диету больные переносили хорошо. С первых же дней пребывания на этой диете уменьшались болевые

Таблица 1

Диета	Белки (в г)	Жиры (в г)	Углево- ды (в г)	Калории	Соотноше- ние белков и углеводов
Диета № 1	100	90—100	400—450	3200	1:4
Диета с пониженным содержа- нием белков	75—80	80—100	450—550	3000—3500	1:7
Диета с повышенным содержа- нием белков	150—160	80—100	300—350	3000—3200	1:2

ощущения, диспептические жалобы, вегетативные расстройства. Особенно заметный положительный эффект данная диета в отличие от предыдущей оказала на уменьшение болевых ощущений, вздутия, урчания в животе, на нормализацию стула (табл. 3). Удовлетворительно переносили диету также 8 больных с сопутствующим панкреатитом и 15—с диспанкреатизмом.

К концу лечения больные выписывались со значительным улучшением (28 из 39 больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью из стадии субкомпенсации перешли в компенсированное состояние). Остаточные явления после лечения главным образом отмечались у больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью в стадии субкомпенсации. После данной диеты произошли изменения и в ферментативных показателях: тенденция к понижению трипсина, ли-

Таблица 2

Активность ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и дуоденальном содержимом у здоровых испытуемых и больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью до и после пребывания на диете с пониженным содержанием белков

Показатели	Сыворотка $M \pm \epsilon$			Дуоденальный сок I $M \pm \epsilon$			Дуоденальный сок II $M \pm \epsilon$			Дуоденальный сок III $M \pm \epsilon$		
	Здоровые	больные		Здоровые	больные		Здоровые	больные		Здоровые	больные	
		до диеты	после диеты		до диеты	после диеты		до диеты	после диеты		до диеты	после диеты
Трипсин в милли- единицах	$2,52 \pm 1,28$	$8,4 \pm 6$	$2,8 \pm 6$	$222,2 \pm 91,9$	163 ± 203	195 ± 263	$301,2 \pm 89,4$	223 ± 164	254 ± 164	$858,6 \pm 583,1$	414 ± 288	410 ± 257
Р	0,01	>0,5		>0,25		>0,5	>0,25		>0,5	>0,25		>0,5
Ингибитор трипси- на в миллиеди- ницах	$499,4 \pm 77,5$	399 ± 166	396 ± 176	$8,4 \pm 26,5$	173 ± 112	102 ± 193	$128,0 \pm 211,1$	308 ± 644	$163,1 \pm 455$	$491,1 \pm 350,0$	759 ± 240	586 ± 352
трипсина, ингиби- руемого 1 мл. сыворотки	>0,1	>0,5		>0,05		<0,5	>0,25		>0,5	>0,25		0,25
Р		>0,5		>0,05		<0,5	>0,25		>0,5	>0,25		0,25
Липаза в милли- единицах	$3,6 \pm 8,2$	35 ± 40	36 ± 31	339 ± 128	484 ± 280	495 ± 243	516 ± 139	577 ± 248	750 ± 248	772 ± 214	750 ± 735	734 ± 720
Р	<0,001	0,5		>0,25		0,5	>0,05		0,5	>0,25		0,25
Амилаза в едини- цах	$73 \pm 15,4$	113 ± 68	103 ± 46	498 ± 236	345 ± 180	363 ± 744	626 ± 252	282 ± 213	314 ± 188	706 ± 319	99 ± 93	99 ± 97
Р	<0,05	>0,5		<0,01		>0,5	<0,001		>0,5	<0,001		>0,5

пазы, амилазы в сыворотке крови с направленностью к росту ингибитора трипсина и сдвиг к росту этих ферментов во всех порциях дуоденального содержимого (табл. 4).

Показатели в сыворотке крови имеют большую достоверность, чем в дуоденальном содержимом. Полученные данные дают основание считать, что в отличие от малобелковой на высокобелковой диете отмечен положительный клинико-биохимический эффект. Диета с преимущественным содержанием белков оказывает нормализующее влияние не только на течение основного заболевания — хронического гастрита с секреторной недостаточностью, но и на состояние поджелудочной железы. Последнее проявляется в тенденции к понижению ферментов в сыворотке крови, превышающих норму до лечения, и в стимулирующем влиянии на повышенную выработку панкреатического сока в дуоденальное содержимое.

Таблица 3

Клиническая симптоматология больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью до и после пребывания на диете с повышенным содержанием белков

Симптомы	До лечения	После лечения
1. Боли в эпигастральной области по всему животу	47	3
2. Боли в левом подреберье и опоясывающие боли	19	3
3. Вздутие и урчание в животе	29	3
4. Отрыжки воздухом	32	4
5. Пониженный аппетит	19	2
6. Тошнота	19	3
7. Стул: а) запоры	5	1
б) поносы	6	—
в) неустойчивый	16	2
8. Общая слабость	20	2
9. Нарушение сна	7	—
10. Болезненность при пальпации эпигастральной области	24	2
11. Болезненность при пальпации живота	34	2

Положительное влияние высокобелковой диеты свидетельствует также о противовоспалительном ее влиянии на поджелудочную железу. Белковая диета активизирует деятельность защитно-компенсаторных механизмов, оказывает заместительную роль, влияет на синтетические и трофические процессы.

В ы в о д ы

1. Больным хроническим гастритом с секреторной недостаточностью считаем целесообразным назначать непротертую диету.

2. Диета с пониженным содержанием белков не оказывает существенного влияния ни на клиническое течение хронического гастрита с секреторной недостаточностью, ни на состояние поджелудочной железы.

3. Высокобелковая диета улучшает клиническое течение хронического гастрита с секреторной недостаточностью и оказывает нормализующее влияние на состояние поджелудочной железы.

Таблица 4

Активность ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и дуоденальном содержимом у больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью на диете с повышенным содержанием белков

Показатели	Сыворотка крови $M \pm \epsilon$		Дуоденальный сок I $M \pm \epsilon$		Дуоденальный сок II $M \pm \epsilon$		Дуоденальный сок III $M \pm \epsilon$	
	смешанная диета	высокобел- ковая диета	смешанная диета	высокобел- ковая диета	смешанная диета	высокобел- ковая диета	смешанная диета	высокобел- ковая диета
Трипсин в миллиединицах	$7,81 \pm 6,11$	$6,68 \pm 4,25$	$291,6 \pm 171,6$	$388,9 \pm 270,8$	$318,4 \pm 205,7$	$399,7 \pm 185,0$	$496,8 \pm 332,6$	$960,3 \pm 614,7$
P	$>0,1$		$>0,25$		$>0,25$		$<0,02$	
Ингибитор трипсина в миллиединицах трипсина, ингибируемого 1 мл. сы- воротки	$339,6 \pm 102,3$	$498,7 \pm 111,5$	$188,7 \pm 256$	$339,2 \pm 529,1$	$319,3 \pm 196,3$	$403,4 \pm 615,5$	$629,4 \pm 436,1$	$1122,1 \pm 1006,8$
P	$>0,1$		$>0,25$		$>0,25$		$>0,25$	
Липаза в миллиединицах	21 ± 10	$19 \pm 9,2$	349 ± 213	613 ± 235	544 ± 289	654 ± 218	717 ± 423	718 ± 135
P	$>0,25$		$<0,05$		$>0,25$		$>0,25$	
Амилаза в единицах	99 ± 27	90 ± 45	343 ± 105	296 ± 396	214 ± 106	335 ± 308	104 ± 44	140 ± 75
P	$>0,25$		$>0,1$		$<0,001$		$>0,25$	

Է. 2. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ՏԱՐԲԵՐ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԲԱՂԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ԴԻԵՏԱՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ԱԶԴԵՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍԵԿՐԵՏՈՐ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԳԱՍՏՐԻՏԻ ԸՆԹԱՑՔԻ ԵՎ ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԻՃԱԿԻ ՎՐԱ

Ա մ փ ա փ ու մ

Սեկրետոր անբավարարությամբ խրոնիկական գաստրիտով հիվանդները բաժանվել են երկու խմբի (յուրաքանչյուրում 50 հիվանդ) և ստացել տարբեր բրակի ոչ մանրացած սպիտակուցներով բարձր և ցածր պարունակությամբ դիետաներ:

Փորձարկվել է այդ դիետաների ազդեցությունը սեկրետոր անբավարարությամբ խրոնիկական գաստրիտի կլինիկական ընթացքի և ենթաստամոքսային գեղձի վիճակի վրա:

Ուսումնասիրության արդյունքները ցույց են տվել, որ սպիտակուցներով ցածր պարունակությամբ դիետան չի բերել էական կլինիկա-բիոքիմիական փոփոխությունների, իսկ նրա բարձր պարունակությամբ դիետան, ընդհակառակը, բարենպաստ ազդեցություն է թողել հիվանդության կլինիկական ընթացքի վրա և նորմալացրել է ենթաստամոքսային գեղձի գործունեությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аскаров З. В. В кн.: Актуальные вопросы диагностики, клиники и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Уфа, 1964, стр. 284.
2. Вардя Э. С. Здравоохранение Советской Эстонии, 1960, 1, стр. 62.
3. Золотова-Костомарова М. И. Казанский медицинский журнал, 1935, 10, стр. 1135.
4. Лаздынь М. Р. Материалы XV научной сессии Института питания АМН СССР, т. II, М., 1964, стр. 11.
5. Магазаник Г. Л. Виноград и виноградный сок. Пищевое и лечебное значение. Кишинев, 1957.
6. Савощенко И. С., Тужилин С. А., Шатерников В. А. Советская медицина, 1964, 9, стр. 9.
7. Смолиговец П. В. В кн.: Вопросы питания. М., 1962, стр. 158.
8. Староверов В. С. Тезисы научно-практической конференции врачей. М., 1964, стр. 88.
9. Черкасский М. А. Диссертация. Л.—Курск, 1954.
10. Drelling D. A. Gastroenterology, 1962, 42, 6, 53.
11. Lyman R. L., Wilcox S. S. Journal Nutrition., 1963, 79, 1, 28.