

Рис. 1. Вверху: капнограмма больного митральным стенозом с недостаточностью II степени. Концентрация CO_2 на протяжении выдоха альвеолярного воздуха на увеличивается. Внизу: капнограмма больного хроническим бронхитом с легочной недостаточностью II степени. Концентрация CO_2 на протяжении выдоха альвеолярного воздуха не прерывно растет.

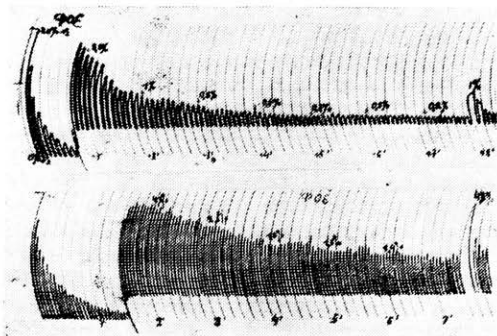


Рис. 2. Вверху: азотограмма при дыхании чистым кислородом у больного с митральным стенозом с недостаточностью II степени — уже через 2 мин концентрация азота в альвеолярном воздухе не превышает 1%. Внизу: азотограмма больного хроническим бронхитом с легочной недостаточностью II степени — в течение 7-минутного вдыхания кислорода в альвеолярном воздухе сохраняется высокое содержание азота.

к резкому замедлению вымывания азота из легких при дыхании кислородом. Так, при легочной недостаточности I степени концентрация азота в конце 7-минутного вдыхания кислорода в среднем равнялась $1,7 \pm 0,9\%$, II — $4,6 \pm 3,1\%$ и III — $7,1 \pm 3,8\%$ (у здоровых — $0,6 \pm 0,5\%$). Концентрация азота в альвеолярном воздухе при вдыхании кислорода достаточно высока на протяжении всего 7-минутного исследования.

При заболеваниях сердца с сердечной недостаточностью альвеолярная вентиляция относительно равномерная, остаточный объем изменен в меньшей степени, поэтому в условиях гипервентиляции, что характерно для таких больных, при дыхании кислородом азот из легких вымывается без задержки. Так, при недостаточности I степени содержание азота в альвеолярном воздухе в конце 7-минутного дыхания составило $0,6 \pm 0,2\%$, II — $1,0 \pm 0,8\%$, III — $1,4 \pm 1,2\%$ (рис. 2).

Таким образом, приведенные неинвазивные методы исследования обладают достаточной информативностью, необходимой для дифференциальной диагностики сердечной, легочной и легочно-сердечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

Вотчал Б. Е. В кн.: Руководство по внутренним болезням. М., Медицина, 1964.

Поступила 29 ноября 1983 г.

УДК 616.34—009.11—08:633.11

ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПШЕНИЧНЫХ ОТРУБЕЙ

И. Л. Билич, Р. А. Абдулхаков

Городская клиническая больница № 1 (главврач — А. А. Абдулхаков) г. Казани

В структуре внутренней патологии значительный удельный вес занимают заболевания толстого кишечника различной этиологии. Сложность дифференциальной диагностики отдельных заболеваний кишечника обусловлена однотипностью их клинической картины. В настоящее время наблюдается чрезвычайное увлечение

диагнозом «хронический колит» в ущерб, очевидно, более часто встречающимся заболеваниям кишечника функционального характера или связанным с дисбактериозом, гипоферментацией тонкого кишечника, нарушением его всасывательной функции со вторичными изменениями функции толстого кишечника. Определенное место среди них занимает дивертикулез, который, по имеющимся в настоящее время данным, не всегда связан с развитием воспалительного процесса. Чаще он вызван патологической активностью циркулярных и продольных мышц кишечной стенки [4, 5], длительными запорами (синдромом раздраженной толстой кишки).

У значительной части лиц среднего и пожилого возраста, занятых малоподвижной работой, ведущей жалобой является обстипация, которая часто сопровождается не только кишечным дискомфортом, но и общими вегетативными нарушениями, интоксикацией организма. Существующие многочисленные медикаментозные средства оказывают временный эффект, организм к ним быстро привыкает, и они становятся малоэффективными, а порой сами становятся причиной раздражения кишечника. В связи с этим особое значение в регуляции деятельности кишечника следует придавать рационально подобранной диете с учетом ее действия на функции кишечника.

Общезвестна роль продуктов питания, в состав которых входит растительная клетчатка (овес, ячмень, гречиха, пшеница, рожь, овощи и др.), поскольку они оказывают благотворное влияние на процесс пищеварения и предупреждают различные функциональные нарушения кишечника [1]. Так, блюда с добавлением овсяных хлопьев, отрубей в виде киселей и пр. получили признание в пищевом рационе, особенно в диетсанаториях и на курортах [3].

В последние годы особый интерес вызвало применение для регуляции функции толстого кишечника натуральных, необработанных пшеничных отрубей. Поскольку растительные волокна не подвергаются обработке ферментами, они удерживают воду в кишечнике, увеличивают объем фекальных масс и ускоряют их пассаж по кишечнику. Кроме того, растительная клетчатка уменьшает давление в толстой кишке, оказывает антитоксическое действие и улучшает состав кишечной микрофлоры. На недостаток клетчатки в нашем питании указывают В. П. Кретович и Р. Р. Токарева (1978).

В нашей стране инициатором использования необработанных отрубей при лечении заболеваний толстого кишечника, в том числе при дивертикулезе, является НИИ проктологии МЗ РСФСР. Этот метод внедрен нами в стационарных и амбулаторных условиях. Пшеничные отруби предписывали по схеме, разработанной для лечения больных дивертикулезом толстого кишечника [2]. Согласно этой схеме в течение первых двух недель с целью адаптации следует назначать отруби по одной чайной ложке 3 раза в день. Затем количество отрубей надо увеличить до 1 — 2 столовых ложек 3 раза в день и в такой дозе применять их до появления стула 1 — 2 раза в день. После достижения эффекта дозу необходимо уменьшить до 1,5 — 2 чайных ложек 3 раза в день и продолжать такое лечение не менее 6 недель.

Мы изучали эффективность приема пшеничных отрубей у 70 больных с дискинетическим изменением толстого кишечника по спастическому типу. Дозу отрубей для различных больных определяли в зависимости от частоты стула, что позволило сократить период адаптации и достичь лечебного действия через 1 — 1,5 нед от начала приема отрубей, то есть в три раза быстрее, чем по описанному выше методу. После нормализации стула дозу снижали до 1 — 2 чайных ложек 3 раза в день.

Длительность запоров до лечения колебалась от 2 — 3 до 10 — 12 дней. Слабительные средства, которыми пользовались все больные, оказались неэффективными. Пациенты жаловались на боли в левой (62 чел.) и правой (8) половине толстого кишечника, которые нередко усиливались после приема пищи и ослабевали после акта дефекации. Отмечались вздутие (56), снижение аппетита (48), головные боли (31).

При выборе дозы отрубей мы исходили из продолжительности запора. Положительный эффект в результате лечения был достигнут у всех больных. У 60 человек установился ежедневный стул, у 7 с первоначальной частотой стула 1 раз в неделю появился самостоятельный стул 1 раз в 2 дня, у 3 больных с первоначальной задержкой стула до 12 дней — 1 раз в 3 — 4 дня. Побочных явлений при применении пшеничных отрубей не отмечалось.

Назначение отрубей особенно показано тучным людям. Помимо появления стула, у таких больных несколько снижалась масса тела, улучшалось общее состояние. Следовательно, применение пшеничных отрубей — эффективный метод нормализации моторики толстого кишечника у больных с дискинезиями толстого кишечника по спастическому типу. Было бы целесообразным наладить промышленный выпуск отрубей диетического назначения в расфасовке по 300 — 500 граммов.

1. Кретович В. П., Токарева Р. Р. Проблема пищевой неполноценности хлеба. М., Наука, 1978.—2. Левитан М. Х., Дубинин А. В. и др. Сов. мед., 1981, 8.—3. Ногаллер А. М., Луговой Г. В., Петрова З. А. Вопр. питания, 1955, 4.—4. Artwidson S. Acta chir. scand., 1964, Suppl.—5. Ritchie J. A. Gut., 1977, 12, 350.

Поступила 8 августа 1983 г.

УДК 616.345—07—089.8

ДИАГНОСТИКА И НЕОТЛОЖНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

О. С. Кочнев, И. А. Ким, В. Р. Хузиев

Кафедра неотложной хирургии (зав. — проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Частота закупорки кишечника относительно невелика (1,6—9,3%), однако у таких больных наблюдается наиболее высокая летальность — 38—52% [7]. Немаловажное значение для исхода оперативного лечения толстой кишки при неотложных состояниях имеет возраст больных. Часто с осложненными формами рака толстой кишки госпитализируют в экстренном порядке от 37,5 до 37,7% пациентов старше 60 лет [2, 10].

В нашей клинике с 1973 по 1981 г. находилось на лечении 110 больных (женщин — 56, мужчин — 54) с неотложными заболеваниями толстой кишки. Возраст пациентов колебался от 25 до 88 лет, у 60% из них составлял 50—60 лет. Всех больных доставили в экстренном порядке. Поводом для срочной госпитализации были острая обтурационная непроходимость (у 89) и кишечное кровотечение (у 21). Причинами непроходимости оказались злокачественная опухоль различных отделов толстой кишки (67), заворот сигмы (16), дивертикулит толстой кишки с выраженным воспалением слизистой (2), эрозивно-язвенный колит (4).

Опухоли локализовались в илеоцекальном углу (16), восходящем отделе толстой кишки (2), поперечной ободочной кишке (9), селезеночном углу толстой кишки (3), нисходящем отделе толстой кишки (2), ректосигмоидном отделе толстой кишки (28), в прямой кишке (6).

Анализ клинических наблюдений показывает позднюю обращаемость больных за медицинской помощью, особенно при опухолевой обтурационной непроходимости кишок. Так, из 67 пациентов с этим заболеванием в срок до 24 ч за медицинской помощью обратились лишь 4 человека. Но и они не были направлены в стационар, врачи порекомендовали им прием слабительных и проведение очистительных клизм. Поэтому все наблюдаемые нами больные были госпитализированы через 24 ч от начала заболевания. Больные же с заворотом сигмовидной кишки поступили в следующие сроки: до 6 ч — 6, до 12 ч — 6 и до 24 ч — 2 человека.

При тщательном анализе поздней госпитализации больных с опухолевой непроходимостью кишок по сравнению с заворотом сигмовидной кишки были выявлены следующие основные причины. Всех больных с заворотом сигмовидной кишки быстро доставляли в отделение неотложной хирургии из-за сильных болей, в то время как при опухолевой обтурации данный симптом был выражен незначительно. У 15 человек острая обтурация кишок наступила на фоне длительно (от 6 до 18 мес) протекающей кишечной непроходимости. Эти больные обратились за медицинской помощью из-за неэффективности самолечения, которым занимались ранее с помощью слабительных препаратов или очистительных клизм. Большинство из них неоднократно обращались до этого в поликлиники с жалобами на хроническую кишечную непроходимость. 30 из 67 пациентов вызвали бригаду скорой помощи на ранних сроках кишечной непроходимости, и все они были оставлены дома с рекомендацией принимать слабительные средства и проводить очистительные клизмы. Таким образом, неосведомленность больных о ранних признаках опухолевого процесса в кишечнике и необходимости обращения к врачу при диспептических расстройствах, отсутствие онкологической настороженности у врачей скорой