

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КУЛЬТУРЫ

Профессор
засл. деятель науки

А.Г. ГУКАСЯН

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ
И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ**

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»
Всесоюзного общества по распространению
полигических и научных знаний
Москва 1963

О ЧЕМ РАССКАЗЫВАЕТСЯ В ЭТОЙ КНИЖКЕ

Профилактика как ведущее звено советского здравоохранения	3
Краткий очерк анатомии и физиологии желудочно-кишечного тракта	4
Гастриты	10
Острый гастрит	10
Хронический гастрит	12
Профилактика гастритов	14
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	16
Причины возникновения и развития язвенной болезни	17
Основные признаки язвенной болезни	18
Меры предупреждения развития язвенной болезни и ее обострений	19
Лечение язвенной болезни	21
Рак желудка	23
Энтериты и энтероколиты	27
Профилактика	28
Лечение	29
Неспецифический язвенный колит	30
Запоры и их предупреждение	30
Пищевые отравления	34
Бактериальные отравления	35
Пищевые сальмонеллезы	35
Ботулизм	37
Стафилококковые пищевые отравления	39
Небактериальные пищевые отравления	40
Приложение «Интересно, полезно знать»	46

Автор

Арам Григорьевич Гукасян

Редактор *Е. В. Лагутина*

Техн. редактор *А. Г. Назарова*

Корректор *Н. Н. Огородникова*

Сдано в набор 19/XII 1962 г. Подписано к печати 21/I 1963 г. Изд. № 35.
 Формат бум 60×90¹/₁₆. Бум. л. 1,75. Печ. л. 3,5. Уч.-изд. л. 3,58.
 А 00645. Цена 11 коп. Тираж 160 000 экз. Заказ 3981.

Издательство «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.

Типография изд-ва «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.

ПРОФИЛАКТИКА КАК ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На всех этапах своего развития советское здравоохранение придавало ведущее значение мерам общественно-государственного характера по предупреждению заболеваний. Это вытекало из материалистического обоснования причин развития болезней, которое высказывали еще в прошлом веке корифеи русской медицины.

В первой четверти XIX столетия основоположник отечественной науки о внутренних болезнях М. Я. Мудров мужественно бросил вызов признанным авторитетам и стал развивать материалистическое понимание взаимоотношения между внешней средой и организмом. Он утверждал, что залогом успешной борьбы с человеческими недугами являются не только лечебные мероприятия, но также разумная гигиена и меры, предупреждающие возникновение болезни. Важнейшей задачей медицины он считал профилактическую работу и писал: «Взять на свои руки людей здоровых, предохранить их от заболеваний наследственных или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни — есть честно и для врача покойно. Ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить».

Достойными продолжателями взглядов М. Я. Мудрова оказались выдающиеся русские клиницисты С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов и др., которые в новых условиях значительно обогатили его профилактические взгляды. Так, С. П. Боткин писал: «Понятие о болезни неразрывно связывается с ее причиной, которая исключительно всегда обуславливается внешней средой, действующей или непосредственно на заболевший организм, или через его ближайших или отдаленных родителей».

Он подчеркивал свойство организма приспосабливаться к условиям внешней среды, закреплять вновь приобретенные признаки и передавать их по наследству.

Современник С. П. Боткина, Г. А. Захарьин, будучи одним из крупнейших терапевтов, прославленным диагностом и «лечебником», также был убежденным сторонником профилактического направления в медицине. Глубокая вера в гигиену и профилактику, как решающих факторов в борьбе против заболеваний, была высказана им в речи на тему «Здоровье и воспитание в городе и за городом», произнесенной на годовичном собрании в Московском университете в 1873 году.

«Мы считаем гигиену, — говорил он, — не только необходимой частью школьного медицинского образования, но и одним из важнейших, если не важнейшим, предметом деятельности всякого практического врача. Чем зрелее практический врач, тем более он понимает могущество гигиены и относительную слабость лечения — терапии. Кто не знает, что самые губительные и распространенные болезни, против которых пока бессильна терапия, предотвращаются гигиеной. Самые успехи терапии возможны лишь при условии соблюдения гигиены. Победоносно спорить с недугами масс может лишь гигиена».

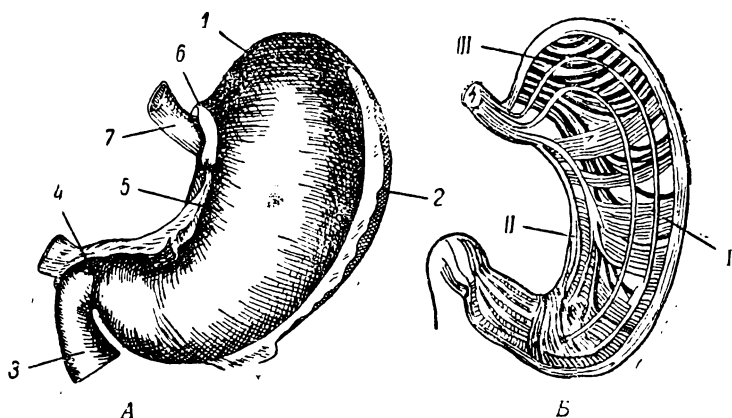
Профилактические и гигиенические взгляды были развиты в трудах многих крупнейших врачей дооктябрьского периода, однако претворение в жизнь их стало возможным лишь после Великой Октябрьской социалистической революции. Благодаря неустанным заботам партии и правительства были созданы необходимые материальные предпосылки для проведения широких оздоровительных профилактических мероприятий в стране, давших блестящие результаты. В период построения коммунистического общества эти профилактические мероприятия приобретают еще более широкий размах, что отмечено в новой Программе КПСС — программе коммунизма.

КРАТКИЙ ОЧЕРК АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Прежде чем приступить к изложению профилактических мероприятий, предупреждающих развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта, необходимо хотя бы вкратце остановиться на его анатомической и физиологической характеристике.

Желудок человека расположен между окончанием пищевода и начальной частью двенадцатиперстной кишки. В нем различают две поверхности — переднюю и заднюю, два края, или две кривизны — малую и большую, и отделы — входную часть, дно (свод), тело и выходную часть.

Входная часть называется еще кардиальной, или сердечной («кардия» — по-гречески «сердце»), поскольку она ближе



Желудок человека:

А — вид спереди: 1 — дно; 2 — большая кривизна; 3 — двенадцатиперстная кишка; 4 — привратник; 5 — малая кривизна; 6 — вход; 7 — пищевод. Б — схема расположения мышечных пучков: I — кольцевые мышечные пучки; II — продольные; III — косые (обозначены черным).

расположена к сердцу. Сюда поступает пища из пищевода. Это самый начальный отдел.

Затем идет дно, или свод, — куполообразная часть, находящаяся несколько левее входной.

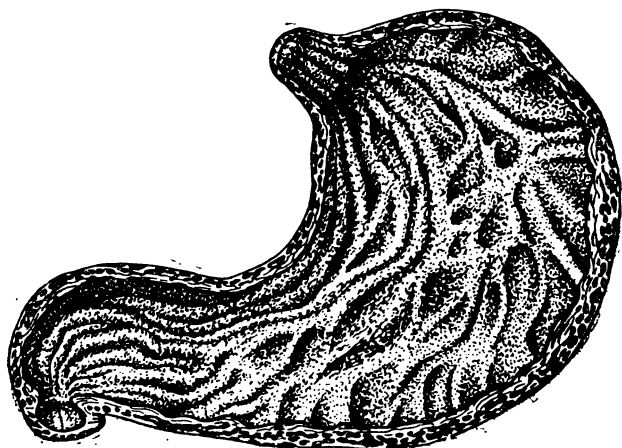
Выходная часть, через которую пища переходит в двенадцатиперстную кишку, называется еще пилорической («пилорус» — по-латыни «привратник»). Это конечный отдел желудка.

Длина умеренно растянутого желудка у взрослых людей равна 22—23 сантиметрам, поперечник в самом широком месте — 9—10 сантиметрам, емкость — 3 литрам. Емкость колеблется в зависимости от индивидуальных особенностей, а также количества выпитой жидкости, съеденной пищи и тонуса (напряжения) мышц.

Стенки желудка состоят из трех оболочек — серозной, мышечной и слизистой. Первая покрывает желудок снаружи со всех сторон. Мышечная также состоит из трех слоев — наружного, среднего и внутреннего. Наружный образован продольными, средний — круговыми, или кольцевыми, и внутренний — косыми мышечными волокнами.

Кольцевой слой на границе желудка и двенадцатиперстной кишки образует утолщение — сжиматель (сфинктер) привратника — привратниковую заслонку. При сокращении сжимателя привратника полость желудка отделяется от полости двенадцатиперстной кишки.

В слизистой оболочке, самой внутренней, расположено большое количество желез, вырабатывающих желудочный



Слизистая оболочка желудка.

сок. За сутки в норме выделяется от 1 до 5 литров желудочного сока.

Все артерии желудка соединены между собой веточками, тонкие разветвления которых проникают через мышечный слой до подслизистого и слизистого слоя. Самые крупные артерии проходят по малой и большой кривизне. Внутри стенок желудка большое количество нервных сплетений, играющих важную роль в выделении желудочного сока.

Основная функция желудка — химическая и механическая обработка пищи. Первую осуществляют главным образом ферменты желудочного сока, расщепляющие пищевые вещества (главным образом, белки) и подготавливающие их к всасыванию. Механическая обработка пищи, т. е. ее измельчение, перемешивание с желудочным соком и продвижение из желудка в кишечник, производится благодаря перистальтике (мышечным сокращениям) желудка.

Деятельность желудка как одной из основных частей пищеварительной системы была особенно тщательно изучена великим русским физиологом И. П. Павловым и его учениками. Были вскрыты основные закономерности желудочного пищеварения и установлено ведущее значение нервной системы в регуляции деятельности желудка.

И. П. Павлов в процессе пищеварения выделил две фазы: условнорефлекторную и нервно-гуморальную. Рефлекторная фаза совпадает с актом еды, когда выделение желудочного сока происходит под влиянием нервно-психических воздействий — запаха пищи, вида ее, сервировки стола. Эти воздействия передаются через органы чувств коре головного мозга, и

в ответ, еще до приема пищи, происходит обильное выделение желудочного сока, который Павлов назвал «запальным». Выделение сока продолжается и после, при приеме пищи под влиянием вкусовых ощущений, акта жевания и глотания. В этой второй фазе пищеварения сокоотделение поддърживается в основном химическими возбуждителями, содержащимися в пище, которые всасываются в кровь из желудочно-кишечного тракта. Влияет на сокоотделение еще и выделяющийся в это время гормон секретин, усиливающий сокоотделение.

И. П. Павлов установил, что жиры угнетают сокоотделение в желудке; вареные овощи, хлеб, фрукты, картофель, мясо и мясной суп (бульон), наоборот, усиливают. Он же доказал, что при длительном недостатке поваренной соли сокоотделение уменьшается вплоть до полного прекращения.

От принятой пищи желудок полностью освобождается спустя 2—6 часов, в зависимости от ее качества. Дольше всего в желудке задерживаются мясо и жиры, быстрее всего покидают его вода и молоко. Жир вызывает сильное сокращение привратника желудка, и это надолго задерживает переход пищи в двенадцатиперстную кишку.

Кишечник начинается непосредственно за привратником желудка и представляет извилистую трубку, кончающуюся заднепроходным отверстием. В нем различают двенадцатиперстную кишку, тонкую кишку, состоящую из тощей и подвздошной, и толстую кишку.

Двенадцатиперстная кишка получила свое название потому, что длина ее равна поперечнику 12 пальцев, т. е. примерно 23—27 сантиметрам. Она тесно связана с поджелудочной железой, имеет форму подковы и состоит из трех отделов: верхнего горизонтального, нисходящего и нижнего горизонтального.

В полость двенадцатиперстной кишки поступают: желчь из желчного протока и ферменты поджелудочной железы, имеющие важное значение в пищеварении.

Толстая кишка, длиной около 1,5—2 метров, является продолжением тонкой и разделяется на шесть отрезков: слепая кишка с червеобразным отростком, восходящая ободочная кишка, поперечная ободочная кишка, нисходящая ободочная кишка, сигмовидная кишка и прямая кишка.

Тонкая кишка имеет длину около 6 метров, она отделяется от толстой кишки баугиниевой заслонкой, которая позволяет кишечному содержимому проходить лишь в направлении толстой кишки и препятствует его обратному переходу из толстой кишки в тонкую.

Слепая кишка приобрела свое название вследствие своеобразного строения, напоминающего слепой мешок; ее длина и ширина обычно одинаковых размеров (6—8 сантиметров). От слепой кишки отходит слепо оканчивающийся

червеобразный отросток (аппендикс), длина которого равна 7—9 сантиметрам, а поперечник 0,5—1 сантиметру.

После слепой кишки идет восходящая кишка. Поднимаясь вертикально, она образует изгиб около печени и переходит в поперечную ободочную кишку, которая около селезенки также образует изгиб и спускается вниз и отчасти вперед. Этот отрезок называется нисходящей кишкой, переходящей затем в сигмовидную кишку. Она располагается в левой половине живота и имеет форму греческой буквы Σ (сигма), откуда и произошло ее название.

Прямая кишка — конечный отдел толстой кишки, заканчивающийся заднепроходным отверстием.

Переваривание пищи и усвоение ее организмом в основном осуществляются в тонком кишечнике. С помощью различных ферментов тонких кишок расщепляются белки до стадии аминокислот, жиры на кислоты и глицерин, а углеводы до стадии моносахаридов. Эти продукты переваривания всасываются ворсинками тонких кишок: аминокислоты, минеральные соли, и водорастворимые витамины — непосредственно в кровь, жиры и жирорастворимые витамины — главным образом в лимфатические сосуды.

В толстые кишки переходит, во-первых, вся масса неперевариваемых и неусвояемых частей пищи: неусвоенная растительная клетчатка, сухожилия, хрящевые ткани и т. д., во-вторых, небольшое количество пищевых веществ, не успевших подвергнуться воздействию ферментов в тонких кишках, а в-третьих, почти все кишечные ферменты, а также желчь и желчные кислоты.

В толстых кишках (слепой и восходящей) происходит дальнейшее переваривание и всасывание усвояемых частей пищи и клетчатки при участии ферментов, проникающих из тонких кишок, и бактериальной флоры, с образованием газообразных продуктов — метана, водорода, углекислоты и органических кислот — молочной, масляной, щавелевой.

В поперечной ободочной и нисходящей ободочной кишке происходит всасывание воды и формирование кала. Поэтому содержимое слепой и восходящей кишки бывает жидким или полужидким, в поперечной ободочной кишке — мягким, а в нижних отделах кишки приобретает густую консистенцию. Из 4000 граммов содержимого тонких кишок, перешедшего в толстые кишки, остается около 150—200 граммов сформированного кала.

Передвижение пищевой массы и окончательное ее переваривание целиком осуществляется кишечником, который выделяет негодные для питания отбросы пищи и газы. В среднем продвижение принятой пищи по кишечнику занимает от 24 до 48 часов, и приблизительно в эти сроки пищевые отбросы попадают в прямую кишку.

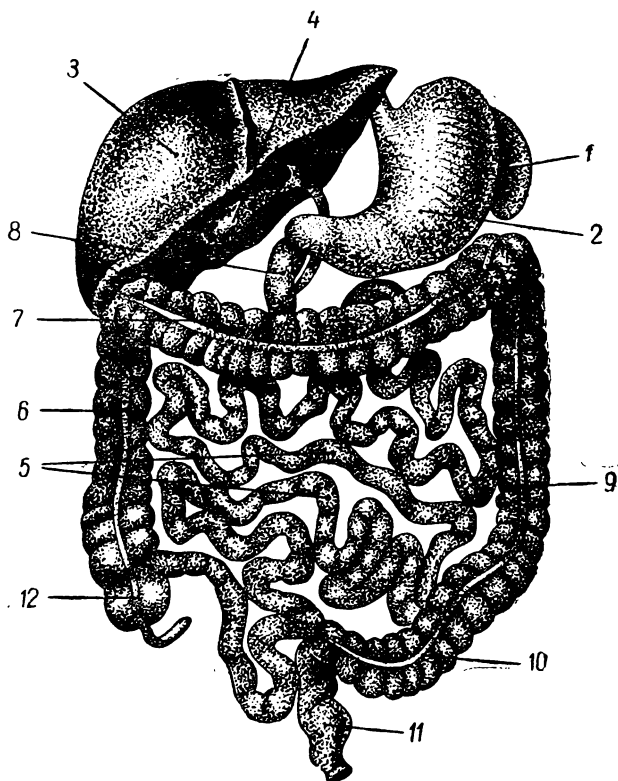


Схема расположения органов брюшной полости:
 1 — селезенка; 2 — желудок; 3 — печень; 4 — желчный пузырь; 5 — тонкие кишки; 6 — восходящая ободочная кишка; 7 — поперечная ободочная кишка; 8 — двенадцатиперстная кишка; 9 — нисходящая ободочная кишка; 10 — сигмовидная кишка; 11 — прямая кишка; 12 — слепая кишка с червеобразным отростком.

Продвижение пищевой массы складывается в результате нескольких согласованных между собой процессов. Во-первых, содержимое кишечника продвигается из тонких кишок в сторону толстых и дальше к заднепроходному отверстию благодаря продольным сокращениям кишечника; во-вторых, наблюдаются сокращения в обратную сторону и маятникообразные движения, в результате чего происходит перемешивание пищевой кашицы и пропитывание ее пищеварительными соками. (Эти мышечные сокращения называются перистальтикой.) Сложные процессы, связанные с продвижением кишечного содержимого, осуществляются центральной и вегетатив-

ной нервной системой, в частности нервным сплетением, расположенным внутри кишечной стенки.

Мы рассказали о работе пищеварительного тракта, его строении и функциях. Теперь перейдем к описанию некоторых заболеваний желудка и кишечника и тех необходимых мер, которые помогают предохранить себя от заболеваний. Расскажем о правилах поведения заболевшего и о том, какую диету лучше всего соблюдать при той или иной болезни желудочно-кишечного тракта.

ГАСТРИТЫ

Гастрит (от греческого «гастир» — желудок) представляет собой острое или хроническое воспаление слизистой оболочки желудка. Но учение И. П. Павлова и его школы о физиологии пищеварения доказало неразрывность связи физиологических и болезненных (патологических) процессов желудка с деятельностью важных отделов центральной нервной системы.

Таким образом, гастрит, как и всякое заболевание, это не только местное поражение органа, а и сложный болезненный процесс, связанный с поражением функций всего организма, особенно его нервной системы.

Возникновение и развитие гастрита связано с многообразными факторами внешней и внутренней (т. е. сам организм) среды. Болезнетворные причины могут действовать непосредственно на слизистую оболочку желудка, пищеварительные железы и нервный аппарат. Может быть одновременно действие и на желудок и на важные регулирующие центры. Возможен и другой путь — нарушение функции центральной нервной системы, а от нее — уже вторичное развитие заболевания желудка или желудочно-кишечного тракта.

Форма гастрита зависит от характера, силы и продолжительности раздражителя (болезнетворной причины) и от тех нарушений, которые происходят в желудке. Гастрит может быть острым или хроническим, очаговым или разлитым (диффузным), с повышенной или пониженной кислотностью, язвенным или полипозным и т. д. Кроме того, на разных стадиях болезни характер воспалительных явлений может изменяться.

Острый гастрит

Острый гастрит возникает при раздражении желудка различными вредными веществами, поступающими через пищу в кровь. Наиболее частая причина — употребление обильной, трудно перевариваемой, жирной, острой, слишком горячей или холодной пищи, недоброкачественных продуктов и пр. Разви-

тие острого гастрита может наблюдаться при употреблении ряда продуктов (яйца, земляника, раки, томаты и др.) и лекарственных веществ (йод, бром, сульфаниламиды, антибиотики), по отношению к которым имеется повышенная чувствительность. Нередко гастрит является следствием некоторых заболеваний (различные инфекции, аппендицит и др.), ожогов, действия ультрафиолетовых лучей и т. д.

К наиболее тяжелым формам гастрита относятся коррозивные, которые вызываются в результате попадания в желудок концентрированных растворов кислот, щелочей, сулемы, мышьяка и других ядов, сильно раздражающих и разъедающих слизистые оболочки пищевода и желудка. Степень повреждения желудка зависит от характера и концентрации яда, а также от содержания пищи в желудке в момент отравления.

Признаки острого гастрита. Острый гастрит часто протекает легко, с ничтожными проявлениями, однако бывают случаи с тяжелыми местными и общими явлениями. Обычно гастрит возникает внезапно, через 6—12 и более часов после приема пищи и проявляется потерей аппетита, неприятным вкусом во рту, слюнотечением, тошнотой и рвотой, а также чувством полноты и тяжести в подложечной области. Больные чувствуют недомогание, испытывают сильную жажду из-за потери при рвоте большого количества жидкости, жалуются на головную боль, головокружение. Иногда наблюдаются болезненные судороги в икроножных и других скелетных мышцах. Температура тела повышена. Язык обложен серовато-желтым налетом. Количество мочи уменьшено, иногда в ней обнаруживается белок. Пульс частый, артериальное давление снижено. Острый гастрит нередко сопровождается острым воспалением тонких и толстых кишок. Тогда говорят об остром гастроэнтерите (от греческого «гастр» — желудок и «энтерон» — кишка), или гастроэнтероколите (от греческого «колон» — ободочная кишка).

Относительно тяжелое состояние продолжается не более 1—3 дней.

Признаки острого коррозивного гастрита в значительной мере отличаются от описанной выше формы гастритов.

Попавший в желудок яд сразу же вызывает сильную жгучую боль во рту, пищеводе и в подложечной области. Наступает рвота со слизью, кровью, остатками пищи. Следы ожога имеются на губах, слизистой оболочке рта, зева, гортань отекает, голос становится хриплым или вовсе исчезает. В тяжелых случаях больные погибают в ближайшие часы или дни. Легкие случаи заканчиваются выздоровлением, однако в пищеводе и желудке иногда образуются рубцы, которые суживают пищевод и привратник желудка и тем самым нарушают прохождение пищи.

Хронический гастрит

В возникновении хронического гастрита играют роль многочисленные внешние и внутренние факторы — систематическое употребление грубой, острой пищи, спиртных напитков, нерегулярное питание, еда всухомятку, переедание, плохое пережевывание пищи из-за дефектов жевательного аппарата, низкая калорийность, витаминная и белковая недостаточность пищи.

В развитии хронического гастрита играют роль также некоторые раздражители слизистой оболочки желудка: металлическая, хлопковая, угольная, силикатная пыль, пары щелочей и кислот. На сокоотделении желудка иногда вредно сказывается и работа в горячих цехах. Такую роль могут сыграть и некоторые лекарственные вещества (препараты салицилового натрия, сода, диуретин, слабительные) при их неправильном употреблении или при повышенной чувствительности к ним.

Хронический гастрит может развиваться и под влиянием некоторых острых (грипп, тифы и др.), хронических (малярия, сифилис, туберкулез, дизентерия, бруцеллез) инфекций, местных воспалительных очагов (тонзиллиты, стоматиты, холециститы) и ряда других заболеваний (воспаление печени, почек, сахарный диабет, ожирение, малокровие), когда вредные вещества, действуя через кровь на слизистую оболочку желудка, вызывают ее воспаление. Может наблюдаться хронический гастрит и при длительном отравлении никотином, когда под влиянием последнего постепенно выделяемый кислый желудочный сок при пустом желудке вызывает раздражение слизистой оболочки желудка.

Признаки хронического гастрита. Хронические гастриты можно разделить на две большие группы:

- 1) с пониженным сокоотделением или отсутствием последнего и
- 2) с нормальным или с повышенным сокоотделением.

Признаки гастрита зависят от того, какая разновидность имеет место. Правда, наблюдаются случаи хронического гастрита, которые не беспокоят больных и не сказываются до поры до времени на общем состоянии больного. Эта скрытая форма, протекающая без определенных симптомов, устанавливается лишь с помощью специальных исследований.

Гастриты с отсутствием или недостаточностью сокоотделения чаще всего наблюдаются в зрелом или пожилом возрасте. Данная форма гастрита проявляется чувством жжения, полноты и болями в подложечной области, частой и громкой отрыжкой воздухом, тухлыми яйцами, иногда кислым, из-за образования в желудке уксусной, молочной, масляной кислоты, вследствие развития в желудке бродильных процессов.



Множественный полипоз желудка.

Больных часто беспокоит рвота, особенно в период обострения. Иногда наблюдаются и поносы.

Заболевание протекает с периодическими улучшениями под влиянием лечения и ухудшениями, вызываемыми погрешностью в пище, волнениями, инфекцией, простудой. Все это ведет к исхуданию, малокровию, явлениям гиповитаминоза — недостаточность витаминов в пище или плохое их усвоение, т. е. к слабости, быстрой утомляемости, разрыхлению и кровотечению десен и т. п. Поражаются иногда и печень, поджелудочная железа, кроветворная система, нервно-психическая сфера.

При хроническом гастрите с понижением или отсутствием сокоотделения в желудке иногда образуются доброкачественные опухоли — полипы, множественные или одиночные; величина их не превышает 5 сантиметров, но чаще 1—2 сантиметра. При полипозе желудка, помимо признаков хронического гастрита, перечисленных выше, наблюдается склонность к желудочным кровотечениям.

Гастрит с нормальным или повышенным сокоотделением чаще всего наблюдается у лиц молодого или среднего возраста. Больные обычно жалуются на кислую отрыжку, изжогу, чувство жжения в подложечной области, распирание живота, запоры. Рвота встречается редко, аппетит сохранен, даже повышен, отсутствие его чаще всего объясняется боязнью еды, после которой и возникают неприятные ощущения. Иногда беспокоят лишь изжога или ощущение тяжести после еды, особенно после употребления жирных, острых блюд и алкогольных напитков. В этих случаях больные прибегают к употреблению все возрастающих доз питьевой соды, которая приносит лишь временное облегчение.

В общем состояние больных вполне удовлетворительное. Лишь при длительном применении щадящей диеты могут появляться признаки гиповитаминоза — с сухостью кожи, разрыхлением десен. Наблюдается у них и неустойчивость нервной системы, раздражительность, легкая возбудимость, быстрая утомляемость, похолодание конечностей, потливость.

Профилактика гастритов

Профилактика острого гастрита — это в основном санитарно-гигиеническое мероприятие при заготовке и хранении пищевых продуктов, санитарный надзор за продажей продуктов на рынках и за приготовлением пищи в местах общественного питания. Очень важно также правильно хранить продукты и пищу, особенно летом, когда они быстро портятся.

Продукты, покупаемые как на рынках, так и в магазинах, надо тщательно промывать, хорошо проваривать и прожаривать; пищу, по возможности, лучше готовить на один день.

Следует строго соблюдать выполнение санитарных требований при выборе и оборудовании источников, используемых для хозяйственно-питьевого водоснабжения, и проводить систематический контроль за качеством питьевой воды. Так как острые гастриты иногда бывают результатом острых инфекционных заболеваний, становится понятной и необходимость соблюдать меры предохранения от этих заболеваний.

Предупреждение острых коррозивных гастритов, возникающих в результате приема внутрь едких щелочей и концентрированных кислот, а также других ядовитых веществ, вытекает из их причины. Следует строго следить за хранением этих ядов. Если все же произошло отравление, надо еще до прихода врача постараться облегчить состояние больного домашними средствами, если состав отравляющего вещества известен окружающим. При отравлении кислотами дают пить молоко в обильном количестве, при отравлении щелочами —

разведенную лимонную или уксусную кислоту. Обильное питье вызовет рвоту, а это поможет удалить из желудка отравляющие вещества.

Профилактика хронических гастритов. Обычно острый гастрит при своевременном и правильном лечении в течение 1—3 дней исчезает бесследно, но может принять и затяжное течение, т. е. приобрести хронический характер. Следовательно, здесь важнейшей профилактической мерой будет правильно проведенный курс лечения. В целях предотвращения перехода острого гастрита в хронический, если после острых проявлений наблюдаются остаточные явления, рекомендуется лечебное питание в диетических столовых и достаточно длительное врачебное наблюдение за состоянием выздоравливающего.

Иногда хронический гастрит возникает самостоятельно, развиваясь постепенно, исподволь. Эти случаи чаще всего наблюдаются при негигиеническом образе жизни больного, несоблюдении элементарных правил гигиены питания. И здесь очень важно провести своевременное оздоровление полости рта (санацию), т. е. удалить или вылечить все больные зубы, провести обследование миндалин для лечения их в случае надобности. Может быть, их также придется удалить.

Необходимо прекратить курение и употребление спиртных напитков.

Для предотвращения развития гастритов с пониженным или отсутствием сокоотделения также необходимо полноценное питание с достаточным количеством белков и витаминов. Кроме того, эти больные, в особенности с полипозом, должны находиться под диспансерным наблюдением. Последнее весьма важно для предупреждения обострения процесса или же развития различных осложнений, из которых наиболее опасным является раковое новообразование. Предупреждение осложнений гастритов достигается употреблением полноценной диеты: рубленой или протертой, богатой животными белками, витаминами (В, С). Разрешаются некоторые острые приправы, возбуждающие сокоотделение, а также эссендуки № 17, ижевская вода, содержащие поваренную соль, составную часть желудочного сока. Минеральные воды следует принимать за полчаса до еды в теплом виде, глотками. Рекомендуется употребление соляной кислоты с пепсином, ацидопепсина, натурального желудочного сока. Это должен назначить лечащий врач. Санаторно-курортное лечение лучше проводить вне обострения в Ессентуках, Железноводске, Старой Руссе, Трускавце, Пятигорске, Друскининкай и др.

Профилактика хронических гастритов с нормальным и повышенным сокоотделением. Иногда на почве этой группы гастритов развивается язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Для предотвращения подобного ослож-

нения и периодических обострений гастрита рекомендуется определенная диета, так называемая «щадящая» пища — молоко, сливки, сливочное масло, каши из протертых круп, белый хлеб, сухари, творог, вареное мясо, курица, речная рыба, яйца всмятку.

Запрещается употребление острых и жирных блюд, кислого молока, пряностей, кислых фруктов, кислой капусты, черного хлеба, мяса в большом количестве, копченостей, солений, поскольку все они значительно усиливают сокоотделение. Из минеральных вод наиболее полезны боржом, славянская; их следует принимать за час до еды небольшими глотками. Из лекарственных веществ рекомендуется магния, сода: они уменьшают или снимают тягостные ощущения, вызванные изжогой. Курортное лечение проводится в Боржоми, Железноводске, Джермуке, Трускавце, Саирме, Карловых Варах.

Важным профилактическим мероприятием является и плановое обследование населения на глистозность. Доказано, что глисты могут стать причиной развития как острых, так и хронических гастритов. Поэтому при обнаружении глистов надо обязательно провести тщательный курс лечения для полного очищения желудочно-кишечного тракта от паразитов.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь известна уже давно. Классические признаки этого заболевания впервые были описаны французским клиницистом Крювелье еще в 1829 году. Выдающиеся русские ученые М. П. Кончаловский, Н. Д. Стражеско и др., руководствуясь учением крупного русского клинициста С. П. Боткина и знаменитого физиолога И. П. Павлова, содействовали раскрытию сущности язвенной болезни и внесли ценные данные по вопросам ее распознавания, причин возникновения, лечения и предупреждения. Интерес к этому заболеванию объясняется тем, что оно поражает людей от детского и кончая старческим возрастом. Однако чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста, приобретая хронический характер и становясь одной из частых причин потери трудоспособности и ранней инвалидности. Мужчины болеют чаще, чем женщины.

Успешная борьба против этой тяжелой болезни возможна лишь при условии раннего распознавания и своевременного

лечения. И тут врачу может помочь только сам заболевший, который должен при первых же признаках нарушения пищеварения обратиться в поликлинику, чтобы не было таких случаев, какой произошел в одной из московских больниц.

В больницу в тяжелом состоянии привезли гражданина Р-ова, 32 лет. Даже при первом беглом осмотре и опросе стало ясно, что здесь случай прободения язвы двенадцатиперстной кишки.

Операция спасла жизнь больному, но до полного излечения должны были пройти долгие месяцы.

Что же выяснилось при тщательном опросе? Оказалось, Р-ов и не подозревал, что у него язва двенадцатиперстной кишки. Правда, уже более трех лет он ощущал периодические боли в подложечной области, беспокоила частая изжога, иногда тошнота. Но пойти к врачу мешала лень, беспечность. Отсюда полное пренебрежение диетой. Р-ов частенько употреблял спиртные напитки, помногу курил.

Результаты не замедлили сказаться.

Причины возникновения и развития язвенной болезни

Большинство отечественных ученых в возникновении язвенной болезни основное значение придает расстройству центральной нервной системы, что подтверждается многочисленными экспериментами. Так, например, выдающийся советский хирург Н. Н. Бурденко, а также А. Д. Сперанский добились у подопытных животных развития язвы при повреждении различных отделов нервной системы.

В действительности, повседневные наблюдения свидетельствуют о громадной роли как в возникновении, так и в развитии язвенной болезни различных нервно-психических переживаний, конфликтных ситуаций в быту и на работе, а также травм центральной нервной системы — контузий. В пользу этого предположения говорит также закономерная связь между обострением хронической язвы и психической травмой, внезапным ухудшением жизненной ситуации и, наоборот, совпадение улучшения течения язвенного процесса с ликвидацией факторов, вызывающих нервно-эмоциональное напряжение.

Происхождение часто обусловлено нарушением нормального режима питания. Беспорядочное питание с различными промежутками, особенно у нервных людей, может привести к нарушению секреторной функции желудка. Накопление в последнем большого количества желудочного сока, не связанного с пищей, раздражает слизистую оболочку желудка, а эти раздражения, передаваясь центральной нервной системе, вызы-

зывают ее перевозбуждение. Наступает спазм (сужение) сосудов желудка, а в дальнейшем и образование язвы.

Пагубную роль в развитии язвенной болезни играет и никотин. Он вызывает сужение сосудов желудка и усиливает сокоотделение. Впрыскиванием раствора никотина удалось вызвать у морских свинок острые и хронические язвы. Установлено, что если больные при лечении не бросают курения, заживление язвы происходит намного позднее, чем у некурящих.

То же можно сказать и о роли алкоголя в возникновении заболевания. При систематическом употреблении спиртных напитков наблюдается выделение желудочного сока с высокой кислотностью и с большим количеством слизи. Это может привести к хроническому гастриту, а затем стать одной из причин развития язвенной болезни.

Основные признаки язвенной болезни

Язвенная болезнь — хроническое общее заболевание, с образованием язвы на стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

Вначале больные жалуются на периодические кратковременные боли в подложечной области. В дальнейшем эти неприятные ощущения становятся более продолжительными. Болезнь протекает иногда бурно, остро, порой с тяжелыми осложнениями — прободением, кровотечением.

Возникновение боли в подложечной области, в строго определенной точке, связано с приемом пищи, а время ее появления и продолжительность — от места локализации язвы. Поздние голодные или ночные боли характерны для язвы двенадцатиперстной кишки. Боли отдают в лопатку или плечо, успокаиваются при надавливании подложечной области, а также с помощью грелок, атропина и искусственной рвоты.

При язве желудка боли бывают обычно через 1—2 часа после еды. И периодичность возникновения болей — один из основных симптомов язвенной болезни.

Особенно сильные боли бывают после употребления в пищу капусты, жилистого мяса, огурцов, арбуза, редьки, лука, жареного мяса, баранины, рыбы, сала, солений, копчений, спиртных напитков и др.

Боли могут приобрести постоянный характер, если язвенная болезнь осложняется сращениями и спайками с соседними органами; при этом наблюдается усиление болей при сгибании, разгибании, ходьбе, тряской езде, физическом перенапряжении и при лежании на левом боку, если имеются сращения с желчным пузырем.

Частым признаком является изжога, которая беспокоит больного через 30—50 минут после приема пищи, тяжесть в подложечной области, тошнота и рвота в разгаре пищеварения. Аппетит обычно не нарушен.

В большинстве случаев, особенно при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке, наблюдается увеличение количества желудочного сока и его кислотности. Надо отметить, что иногда наблюдаются случаи язвенной болезни с понижением или даже отсутствием свободной соляной кислоты в желудочном соке.

При этом заболевании могут быть запоры, которые вызываются спазмом кишечника, а также употреблением в пищу продуктов, содержащих недостаточное количество клетчатки, столь необходимой для нормальной двигательной функции кишечника, т. е. нормальной перистальтики его.

Язвенная болезнь может вызвать ряд грозных осложнений. К ним относятся: а) кровавая рвота или кишечное кровотечение, возникающее в результате разъедания стенок сосудов дна язвы; б) перфорация (прободение) язвы, развивающаяся нередко вследствие употребления грубой и острой пищи, злоупотребления алкогольными напитками, физического и психического перенапряжения; в) стеноз (сужение) привратника в результате рубцевания язвы или нервного спазма. При этом пища дольше задерживается в желудке, появляются боли и тяжесть в подложечной области, обильная рвота, пахнущая гнилью, тухлыми яйцами, поскольку при задержке в желудке она подвергается процессам гниения и брожения. Из-за хронического голодания и частых рвот больные истощаются и могут погибнуть, если им своевременно не оказана хирургическая помощь.

Рентгенологическое исследование устанавливает так называемый симптом «ниши», т. е. небольшое выпячивание стенки желудка из-за образовавшегося дефекта ее слоев. Но даже если рентгенологически это заболевание не подтверждается, нельзя еще отрицать его наличие.

Течение заболевания длительное, хроническое; периоды обострения сменяются периодами затихания процесса. Отмечена и определенная сезонная периодичность с весенними и осенними обострениями.

Меры предупреждения развития язвенной болезни и ее обострений

Профилактика этого тяжелого заболевания вытекает из вызывающих ее причин. При этом особое внимание должно быть обращено на состояние нервно-психической сферы.

Ограждение лиц, особенно предрасположенных к язвенной болезни, от сильных нервно-эмоциональных переживаний, от конфликтных ситуаций является одной из важнейших профилактических мер.

Здесь важно разумное построение рабочего дня с правильным чередованием работы и отдыха, обязательные занятия физической культурой и спортом, закаливание организма. Совершенно необходим достаточный и спокойный сон, рациональное и своевременное питание.

Значение нарушения режима питания становится понятным в свете учения И. П. Павлова об условнорефлекторной и нервно-гуморальной фазе пищеварения. У людей под влиянием еды в определенные часы вырабатываются рефлексы к выделению желудочного сока, что ощущается чувством голода, сосания под ложечкой и т. д. Если в этот момент не поесть, желудок будет поставлен в невыгодное положение, поскольку желудочный сок не связывается с пищей и вызывает раздражение нервных окончаний желудка. Последние в свою очередь передают сигналы коре головного мозга и перевозбуждают ее.

Любопытно, что экспериментально удалось вызвать язву желудка у собаки с перерезанным пищеводом. Собака глотала пищу, которая не доходила до желудка и выпадала из пищевода через перерезанный и выведенный наружу конец. Одновременно с глотанием пищи у собаки выделялось обильное количество желудочного сока. Многократное повторение опыта привело к образованию язвы желудка.

Выше уже было сказано о роли алкоголя и никотина в развитии язвенной болезни или ее обострения, если она уже имеется. К сожалению, многие по невежеству или недомыслию пренебрегают этим предупреждением и подвергают себя опасности. Шарлатаны-«специалисты» даже разработали свой метод исцеления с помощью водки и сливочного масла. Врачам хорошо известны результаты подсобного «лечения», когда больные еще до конца «курса лечения» попадают в больницы в тяжелом состоянии, нередко с прободением желудка или двенадцатиперстной кишки, а иногда даже с воспалением брюшины.

Приведем один случай из наших наблюдений.

Гражданин С. в течение ряда лет жаловался на изжогу и периодические боли в подложечной области. В поликлинике обнаружили у него язвенную болезнь и рекомендовали лечь в больницу для прохождения курса противоязвенного лечения. Однако сосед по общежитию оказался для больного авторитетнее врача. Он порекомендовал более «верный» и, очевидно, более приятный для С., алкогольный «способ» избавления от язвы. Результат не замедлил сказаться: через две недели больной был доставлен к нам с прободением язвы же-

лудка. Лишь экстренное хирургическое вмешательство спасло его от гибели.

Кроме «винно-водочных специалистов», имеются и «исцелители» редькой.

Больному П., страдавшему язвенной болезнью в стадии обострения, соседка по квартире, продавщица бакалейного магазина, посоветовала лечиться редькой. Это, по ее словам, проверено на опыте многими. Больной П. наелся редьки, а через час у него появились резкие боли в подложечной области, затем и кровавая рвота. Соседка-«консультант» заверила П., что оснований для тревоги нет, так как и боли и рвота свидетельствуют о «вытеснении» язвы редькой. К утру, однако, П. был доставлен в больницу в полуобморочном состоянии. Через два месяца после выздоровления, поняв всю вредность лечения по советам кумушек, он заверил, что станет «злым гением сердобольных соседок».

В целях предупреждения развития язвенной болезни необходимо также лечить заболевания желудка, предрасполагающие к ее возникновению (гастриты, некоторые функциональные заболевания желудка и т. д.). Во всех этих случаях надо обращаться к врачу и ни в коем случае не лечиться домашними средствами.

Лечение язвенной болезни

Язвенная болезнь рассматривается как сравнительно доброкачественное заболевание с склонностью к заживлению. Эту склонность можно усилить своевременным и правильным лечением.

В стадии обострения лечение проводится в стационаре. Основой подобного лечения является диетический режим. С помощью диеты можно действовать не только на местный процесс, но и на функциональное состояние нервной системы. Большим распространением в Советском Союзе пользуются противоязвенные диеты, разработанные в Институте питания Академии медицинских наук (они указаны в приложении).

Необходимо предупредить не только развитие язвы, но при ее появлении и ряд осложнений, возникающих в основном из-за нарушения гигиенического режима. Обычно при проведении курса противоязвенного лечения уже через несколько дней больные чувствуют значительное улучшение. Однако заживление самой язвы и ее рубцевание происходят не раньше, чем через 4—5 недель. Поэтому, несмотря на улучшение состояния, надо в течение продолжительного времени соблюдать предписанный режим и диету. А длительное врачебное наблюдение продолжается и после выписки больных из лечебного учреждения. Изменение режима, а также и рас-

ширение диеты должно происходить только по указанию врачей.

Если больной не выполняет назначений врача, то возможны различные осложнения, о которых мы уже упоминали, — кровотечение, прободение желудка или двенадцатиперстной кишки, сужение привратника, спайки и сращения. Эти осложнения не следует рассматривать как неизлечимые, и для избавления от них необходимо обратиться к медицинской помощи. К сожалению, на практике приходилось встречаться со случаями недооценки ряда начальных серьезных осложнений. Так, испражнения черного цвета (черный стул) — признак кишечного кровотечения. Но больные часто не обращают на это внимания, продолжают работать и питаться по-прежнему, не догадываясь о наличии внутреннего кровотечения, так как общее самочувствие еще резко не изменилось.

Приведем один пример.

В клинику был доставлен в тяжелом состоянии больной И-в с явлениями резкого малокровия и падения сердечно-сосудистой деятельности. При опросе выяснилось, что он давно страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. После последнего противоязвенного курса лечения он перестал соблюдать предписанную диету, употреблял много овощей и даже выпивал. В день появления черного стула он вместе с приятелями пошел по грибы. Спустя 4 часа внезапно почувствовал сильное головокружение, шум в ушах, резкую слабость во всем теле, особенно в ногах. Окружающие заметили резкое побледнение лица. Вскоре все вернулись поездом в Москву. Дома И-в снова почувствовал резкую слабость, а потом потерял сознание, и его доставили в больницу, где было установлено повторное кишечное кровотечение.

Строгое соблюдение врачебных предписаний, а главное — своевременное обращение к лечащему врачу могло бы предотвратить тяжелое осложнение.

При сужении (стенозе) привратника можно добиться значительного улучшения состояния, тем более, если оно вызвано не рубцевым процессом, а лишь спазмом. Дробное питание с устранением острой, грубой и обильной пищи, раздельное употребление жидкости и плотной пищи приносит несомненное облегчение.

Значительное сужение привратника излечивается операцией.

Послеязвенные спайки между желудком, двенадцатиперстной кишкой и окружающими органами и тканями наблюдаются достаточно часто. Они сопровождаются сильными и почти постоянными болями, усиливающимися при различных напряжениях, движении и изменении положения тела. В этих случаях уместно применение тепловых процедур (грелки, припарки, парафин, диатермия, грязелечение, электролечение

и т. д.). Весьма полезно и курортное лечение в Ессентуках, Пятигорске, Карловых Варах и т. д.

В ряде случаев при язвенной болезни прибегают к резекции (удалению) значительной части, примерно от половины до двух третей желудка. К сожалению, многие не понимают, что их образ жизни после резекции желудка не может быть таким же, как у здоровых людей. После операции у большинства больных нарушается нормальное выделение желудочного сока, иногда даже до полного исчезновения соляной кислоты и пепсина. Кроме того, из-за малого объема желудка пища быстро эвакуируется из него и вызывает разнообразные осложнения со стороны кишечника, в частности поносы.

Во избежание этого следует воздерживаться от употребления грубой растительной и животной клетчатки без их предварительной механической обработки. Из пищи должны быть исключены все сильные химические раздражители желудка: копчения, соленья, спиртные напитки. Пищу следует принимать маленькими порциями, 5—6 раз в сутки. При поносах, которые иногда бывают после резекции желудка, пища должна быть малообъемистой, богатой белками (творог, рубленое мясо, отварная рыба, белый хлеб, какао на воде, слизистые супы, протертые каши, витамины и др.). Жиры в пище должны быть временно исключены или резко ограничены.

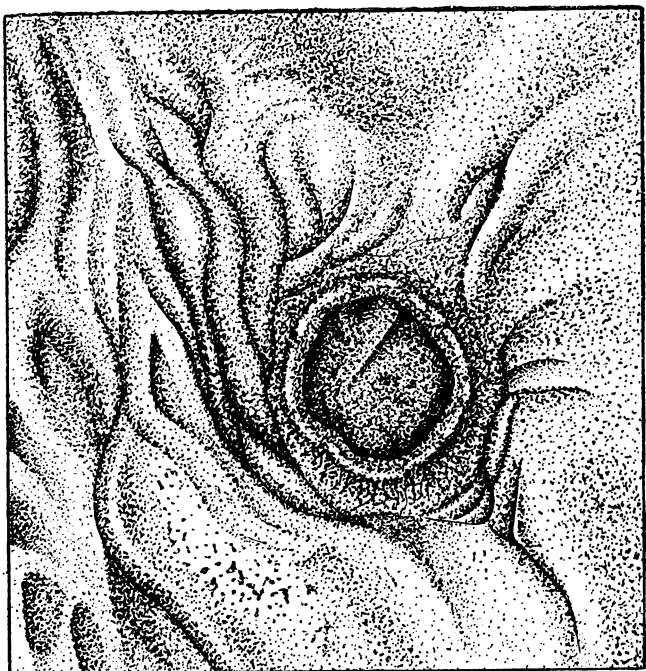
Периодически следует принимать лекарственные препараты, содержащие железо и витамин В₁₂ (подкожно) во избежание развития малокровия.

Под влиянием курса противоязвенного лечения в 60—80% случаев наступает заживление язвы.

РАК ЖЕЛУДКА

Рак желудка является наиболее частой формой раковых новообразований и составляет более одной трети всех злокачественных опухолей. Наиболее часто он поражает людей в возрасте 40—60 лет, однако может наблюдаться и у лиц моложе 40 лет, иногда в юношеском возрасте и даже в детском. У мужчин рак желудка встречается значительно чаще, чем у женщин.

На последнем Международном противораковом конгрессе, состоявшемся в Москве (1962 г.), было высказано много новых предположений о причинах ракового новообразования. Ученые всего мира настойчиво ищут возможные меры предупреждения и лечения этих тяжелых болезней. Уже научились значительно раньше распознавать рак, а следовательно, и более эффективно его лечить. Но, к сожалению, истинную при-



Каллезная язва желудка с переходом в рак.

чину возникновения злокачественных опухолей до сих пор еще не удалось выяснить.

Вместе с тем наблюдения показывают, что рак желудка нередко встречается у лиц с некоторыми предшествующими заболеваниями, своевременное лечение которых может предупредить развитие злокачественных опухолей. В первую очередь речь может идти о хроническом гастрите с недостаточным или отсутствием сокоотделения, полипах и полипозах желудка и некоторых формах язв, называемых каллезными, или мозолистыми, поскольку вокруг язвы появляются плотные мозолистые образования.

Несмотря на многочисленные утверждения выдающихся отечественных и зарубежных авторов, рассматривающих хронический гастрит, как возможный источник ракового новообразования в желудке, многие выступают с противоположными взглядами на этот счет. Но повседневные врачебные наблюдения показывают, что в части случаев рак желудка отмечается у лиц, ранее длительное время болевших хроническим гастритом с уменьшением или отсутствием сокоотделения. С этой точки зрения следует считать вполне оправдавшей

себя практику диспансерного наблюдения над такими больными.

Что касается развития рака желудка из каллезной язвы или полипоза желудка, то по этому вопросу нет разногласий, примеры достаточно многочисленны, причем в большинстве случаев это происходит по вине самих больных.

Чтобы не быть голословным, приведу два примера из личных наблюдений.

Три года назад в нашу клинику обратилась больная Б., 58 лет, с жалобами на боли в подложечной области и тошноту, связанные с приемом грубой пищи. При обследовании у нее был обнаружен полипоз желудка, и рекомендовано оперативное вмешательство. Однако больная категорически отказалась от операции на том основании, что перерождение полипа в рак бывает редко, лишь в 10—20%.

К сожалению, когда эта женщина снова пришла к нам через два года, чувствуя себя значительно хуже, операцию уже нельзя было делать. У больной диагностировали рак желудка с большими метастазами, т. е. распространением на окружающие органы (печень) и лимфатические узлы.

В другом случае мы были очевидцами гибели больного по вине как самого больного, так и его родственников. Речь идет о нашем давнишнем пациенте И., который длительное время страдал язвенной болезнью. В последнее время боли в подложечной области приобрели постоянный характер и не утихали при лечении. Была предложена операция, от которой он также отказался, в чем его активно поддерживали родственники. Один из них — студент медицинского факультета ошибочно информировал о перерождении каллезной язвы в рак лишь в 10% случаев, в то время как эти данные относятся не к каллезным, а к обычным язвам. Через год, когда согласие на операцию все же было дано, у больного диагностировали перерождение язвы в рак, с проращением последнего в печень и поджелудочную железу.

Возможность таких исходов должна быть известна как больным, так и особенно врачам, которые обязаны приложить все усилия, чтобы подобные случаи не повторялись.

Вместе с тем следует отметить, что при раннем распознавании рак желудка вполне излечим хирургическим путем. С этой точки зрения своевременное выявление рака желудка представляет важнейшую проблему современной медицины. Оно вполне достижимо благодаря диспансеризации и более внимательному отношению к своему здоровью.

Каковы же ранние признаки рака желудка?

Практика показывает, что огромное большинство больных задолго до развития типичных для рака признаков замечает начальные симптомы заболевания. Правда, имеются и «немые» раки желудка, т. е. случаи, когда заболевание долгое

время протекает скрыто и без симптомов, но количество их не превышает 2—3% к общему числу заболеваний. Эти случаи, как говорится, не делают погоды.

Среди начальных признаков рака желудка ведущее место принадлежит не желудочным признакам, а расстройству общего характера, которое обозначается термином «дискомфорт». Последний проявляется изменением обычного хорошего самочувствия, появлением беспричинной слабости, снижением трудоспособности, быстрой утомляемостью. Важный начальный признак рака желудка — немотивированное и стойкое понижение аппетита, похудание, развитие малокровия.

Следует обращать внимание и на появление признаков желудочного дискомфорта, т. е. на потерю физиологического чувства удовлетворения от принятия пищи, на ощущение переполнения желудка, распирающие его газы, чувство тяжести в подложечной области, иногда тошноту и (редко) рвоту.

В качестве ранних признаков могут фигурировать также подавленное настроение, потеря чувства радости жизни, интереса к окружающему, к труду. Последнее объясняется тесной связью между корой головного мозга и нарушением функции жизненно важных органов.

Эти начальные признаки рака желудка могут развиваться на фоне полного предшествующего здоровья или же при наличии ряда заболеваний желудка (гастрит, язва, полипоз). В последнем случае прежние жалобы, вызванные хроническими заболеваниями желудка, меняют свой характер; к ним присоединяются непривычные для больного ощущения, что должно побудить немедленно обратиться к врачу, который в состоянии разобраться в их происхождении.

Естественно, что диагноз рака желудка не может быть установлен только на основании ощущений самого больного, поскольку уверенное его распознавание возможно лишь с помощью клинико-лабораторных и рентгенологических исследований.

Изложение ранних признаков рака желудка преследует цель повысить осведомленность в некоторых симптомах этого заболевания, чтобы побудить внимательнее относиться к своему здоровью и раньше обращаться за медицинской помощью.

Следует вновь и вновь подчеркнуть, что своевременное хирургическое вмешательство является на данном этапе единственным радикально излечивающим методом. Кроме того, учитывая тесную связь между хроническим гастритом, особенно с отсутствием сокоотделения, полипозом, язвенной болезнью и раком желудка, необходимо за такими больными установить диспансерное наблюдение. Вместе с тем каждый больной каллезной язвой или полипозным гастритом во избежание ракового новообразования должен своевременно оперироваться.

Эти ранние признаки — потеря аппетита, снижение трудоспособности и др., не всегда говорят именно о раке желудка и могут наблюдаться при многих иных заболеваниях. Из сказанного вытекает, что лица, выявив у себя эти симптомы, не должны волноваться из-за возможного ракового новообразования, но обязаны немедленно обращаться к врачу, который сможет установить истинную природу заболевания.

ЭНТЕРИТЫ И ЭНТЕРОКОЛИТЫ

Энтерит — воспаление слизистой оболочки (катар) тонких кишок. Однако изолированное поражение тонких кишок встречается чрезвычайно редко. Чаще всего воспалительный процесс захватывает также желудок и толстые кишки, тогда говорят о гастроэнтероколите. Энтериты и энтероколиты по своему течению делятся на острые и хронические.

Острый энтерит и энтероколит в большинстве случаев встречаются в летне-осенние месяцы и вызываются перееданием углеводистой пищи — фруктов, фасоли, гороха и т. д. В развитии этих заболеваний большую роль играют пищевые отравления, в основном при употреблении недоброкачественной, чаще всего мясной пищи. Возбудителями являются микробы, которые попадают в пищевые продукты при загрязнении последних инфицированной водой или насекомыми.

Возникают они в результате острых инфекционных заболеваний, локализующихся преимущественно в кишечнике (брюшной тиф, паратифы и др.), в части случаев имея токсическое происхождение, поскольку развитие их связывается с постоянным воздействием на организм некоторых промышленных ядов — мышьяка, ртути, а также лекарственных веществ — йода, салицилатов. Наблюдались случаи возникновения болезни после перегревания, ожогов, переохлаждения, при повышенной чувствительности к некоторым пищевым веществам — к землянике, малине, ракам, иногда к помидорам, дыне и так далее.

Особенно подвержены этому заболеванию лица с недостаточностью или отсутствием сокоотделения в желудке, поражением функции поджелудочной железы, люди с ослабленной и неустойчивой нервной системой.

Признаки острого энтерита и энтероколита зависят от вызывающей их причины и особенностей организма больного. В легких случаях состояние больного мало меняется. Тяжелые формы сопровождаются поносом от 5 до 15 раз в сутки, болями в животе, потерей аппетита, тошнотой, иногда повторной рвотой, вначале остатками пищи, затем слизью с примесью желчи. Боли носят приступообразный характер, локализуются вокруг пупка, усиливаются перед опорожнени-

ем кишечника. Характер поноса зависит от преимущественного поражения той или иной части кишечника: если преобладают явления энтерита — испражнения обильные, сначала кашицеобразные, затем водянистые, пенистые, 4—7 раз в сутки; при преимущественном поражении толстых кишок понос учащается до 10—15 раз в сутки, сопровождаясь сильными схваткообразными болями. В испражнениях много слизи, иногда и кровь, характерны ложные мучительные позывы к испражнению (тенезмы).

При правильном лечении как острый энтерит, так и энтероколит проходят за 3—5 дней, но иногда затягиваются до 2—3 недель. Повторное заболевание может привести к истощению организма и к явлениям витаминной недостаточности.

Иногда, в довольно редких случаях, отмечают осложнения (воспаление желчных путей с желтухой, воспаление почечных лоханок и мочевого пузыря и др.) и переход в хроническую форму.

Хронический энтерит и энтероколит обычно развиваются одновременно с гастритом, чаще всего как следствие острой формы заболевания. И здесь причиной служит раздражающее действие пищи, химических веществ, болезнетворных микробов. Предрасполагающими факторами служат также понижение или отсутствие сокоотделения, нарушение функции поджелудочной железы, удаление части желудка (резекция) и т. п. Болезнь может быть и следствием индивидуальной непереносимости некоторых продуктов питания; большую роль играет также грубая, несвежая, холодная и жирная пища.

Признаки хронического энтерита и энтероколита мало чем отличаются от острых форм. Больные жалуются на неприятные ощущения в животе, тяжесть после приема пищи, урчание, переливание, водянистые испражнения от 3 до 4 раз в сутки, чередующиеся с запорами. Иногда понос наступает рано утром (понос-будильник) и вскоре после приема пищи. Больные легко возбудимы, иногда настроение становится подавленным. Заболевание протекает с периодическим ухудшением и улучшением состояния. При длительности процесса наступает резкий упадок питания организма, малокровие. Больные худеют, теряют в весе, у них понижена работоспособность.

Профилактика

Основное внимание должно быть уделено предупреждению развития острого и хронического энтерита и энтероколита.

Меры предупреждения вытекают из причин развития болезни. В первую очередь — свежая доброкачественная пища,

предохранение продуктов от мух и других загрязнений, тщательная обработка продуктов (мытьё, варка, жарение и пр.). Необходимо также соблюдение пищевого режима, обязательное кипячение воды из сомнительного источника или молока от неизвестной коровы.

Для предупреждения обострения процесса необходимо избегать инфекций — ангин, гриппа и др.; производить оздоровление носоглотки, лечить тонзиллиты, гаймориты, воспаления среднего уха и т. п.

Все лица, страдающие заболеваниями желудка (гастрит, удаление части желудка и др.), поджелудочной железы — нередких причин развития хронического гастрита, должны систематически лечиться. Это может предупредить и развитие хронического энтерита и энтероколита.

Наконец, надо твердо помнить, что в большинстве случаев хронический энтерит развивается из острого, лечение которого не представляет больших трудностей, если оно проводится правильно и своевременно, со строгим соблюдением всех врачебных назначений.

Лечение

Лечение острого энтерита и энтероколита проводится амбулаторно или в стационаре. Если заболевание вызвано употреблением недоброкачественной пищи, после промывания желудка назначают солевые слабительные, сульфаниламидные препараты, антибиотики, на живот кладутся грелки, компрессы. Для успокоения болей применяют болеутоляющие препараты (белладонна, папаверин). Обязателен постельный режим в первые два дня.

Первые день-два рекомендуется также голодная диета — горячее питье (чай без сахара), белые сухари, протертые сырые антоновские яблоки. Потом рисовый отвар, слизистые супы, мясные бульоны, кисели, желе, хорошо протертые каши, приготовленные на воде.

При хронической форме заболеваний особое внимание следует уделить пищевому режиму с исключением всякой раздражающей пищи, соблюдением точно установленных часов завтрака, обеда и ужина, обильным введением витаминов, назначением яблочных дней. Пища должна быть вываренная, протертая, приготовленная на пару, хлеб белый, черствый, несдобное печенье, супы на мясном бульоне, на рыбном отваре, на овощных отварах с крупой, лапшой, картофелем. Рекомендуется употребление тушеной говядины, телятины, кур, ветчины, нежирной отварной рыбы, компотов, киселей, желе, мусса из ягод и фруктов. Запрещается молоко, колбаса, консервы, сырые овощи, фрукты, капуста, орехи, репа, грибы,

винные ягоды, соусы, жирные сорта мяса, рыбы, сдобные пироги, пирожные.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Причина данной разновидности хронического колита неясна. Некоторые утверждают, что он вызывается вирусом, другие считают его результатом нервно-трофических расстройств в кишечнике.

Это заболевание отличается тяжестью течения. В период обострения процесса температура незначительно повышается; в кале имеется слизь, кровь и гной, иногда возникают обильные кровотечения. Резко выраженное малокровие и крайнее истощение могут привести больного к гибели. Язвенный колит протекает с периодическими обострениями процесса. Нередко осложняется развитием опухоли в кишечнике (полипоз), которая в ряде случаев может переродиться в раковое новообразование. В последние годы для лечения, данного колита с временным успехом применяются гормоны: ад-ренокортикотропный гормон, преднизон, преднизолон и др.

После стихания обострения процесса в пищевой рацион включаются овощи, нежирная ветчина, макароны, вермишель. В течение длительного времени запрещается употребление пряностей, копчений, консервов, капусты, бобов и сала, жареной рыбы и мяса.

При запоре необходимо наладить деятельность кишечника: назначают внутрь оливковое, вазелиновое масло или же масляные клизмы.

Санаторно-курортным лечением следует пользоваться вне периода обострения — в Ессентуках, Железноводске, Боржоме, Карловых Варах. Для местного воздействия применяются грязевые лепешки на живот также вне периода обострения.

Профилактика и лечение при этой форме колита примерно те же, что и при энтеритах и энтероколитах. Здесь одним из важных условий является строгое соблюдение механически и химически щадящей диеты.

ЗАПОРЫ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Запор — длительная задержка стула или систематическое недостаточное действие кишечника.

Продвижение содержимого по толстым кишкам и акт дефекации (выбрасывание кала из кишечника) регулируется центральной и вегетативной нервной системой. У здорового человека действие кишечника происходит ежедневно, нередко в определенное время. Оно стимулируется пищей, богатой растительной клетчаткой (черный хлеб, овощи, фрукты) и хи-

мическими возбудителями кишечной перистальтики (кислые молочные продукты, квас, овощные и фруктовые соки, жиры, растительные масла и т. д.). Частота и объем дефекации в значительной степени зависят от характера питания.

Запоры очень распространены. Они встречаются у лиц всех возрастов, но чаще у пожилых людей, особенно у женщин. При хроническом запоре обычно не бывает тяжелых расстройств, поэтому больные редко обращаются к врачам. Заболевание вначале не причиняет большого беспокойства. Самочувствие человека, его работоспособность не изменяются, а деятельность кишечника удается отрегулировать с помощью слабительных и клизм. Но безрассудное их применение нередко приводит к тяжелым последствиям.

Если запор вначале не сказывается заметно на самочувствии, то в дальнейшем появляются боли в животе, урчание, чувство переливания в кишках, вздутие и распирающие живота, иногда чувство неполного опорожнения кишечника и другие неприятные ощущения. Со временем заболевание отражается на нервно-психической сфере, и больные становятся легко возбудимыми, мрачными, их беспокоят головные боли, головокружения, быстрая утомляемость, потеря работоспособности, повышенная раздражительность.

Не лишена интереса характеристика, данная известным французским просветителем XVIII века, писателем и философом Вольтером, людям, страдающим запорами: «Особы, имеющие здоровый быт, — писал он, — дородство, «бархатные кишки» и исправно работающий желчный проток, легкую и правильную перистальтику кишок, отдающие каждое утро «долг природе» тотчас после завтрака так же легко, как отхаркивают мокроту, — эти особы благодаря таким природным качествам имеют нрав тихий, они приветливы, ласковы, предупредительны, сострадательны и услужливы. Слово «нет» в их лексиконе выходит приятнее и любезнее, чем слово «да» в устах человека, подверженного запору».

Среди причин хронических запоров первостепенное место, как мы уже говорили, занимают пищевые факторы.

Эти запоры чаще бывают у пожилых, которые из-за плохого состояния жевательного аппарата питаются протертой, рубленой пищей, не содержащей растительной клетчатки. В возникновении запоров имеет значение и недостаточное употребление жидкости: это приводит к чрезмерному высыханию и затвердеванию каловых масс, затрудняя прохождение последних по кишечному тракту.

Запоры могут быть результатом рефлекторных воздействий с различных областей организма и отдельных органов, пораженных воспалительным или другими процессами (воспаление желчного пузыря, червеобразного отростка, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, женских поло-

вых органов и т. д.). По нашим наблюдениям, запоры у указанных больных в большинстве случаев ликвидировались с излечением основного процесса.

Хронические запоры являются почти обязательным спутником органических заболеваний спинного и головного мозга, а также поражения цереброспинальных нервов и нервных узлов.

Механические, или органические, запоры могут быть вызваны различного рода рубцами, сужениями на почве разнообразных сращений кишечника между кишками, между кишками и брюшиной, а также между другими органами.

Механические препятствия приводят к полному или частичному сужению просвета кишечника, особенно в ободочной кишке у селезеночного изгиба, где даже в норме наблюдается затруднение продвижения содержимого кишечника. В последнем случае развивается запор, к которому может присоединиться кратковременная непроходимость.

К механическим запорам следует отнести также и случаи закрытия просвета кишечника различными новообразованиями, каловыми и желчными камнями.

Бывают запоры и токсического происхождения. Например, запоры, вызванные интоксикацией организма свинцом, морфином, кокаином, бензолом, нитробензолом, сулемой и т. д.

Гораздо реже запоры могут быть вызваны слабостью диафрагмы и мышц брюшного пресса, гладкой мускулатуры кишечника, обусловленной пониженным питанием, малокровием.

Рассмотрев разнообразные факторы, вызывающие нарушение двигательной функции кишечника, можно с полным основанием сказать, что причины хронических запоров многообразны, следовательно, различными должны быть и лечебно-профилактические мероприятия при этих заболеваниях. В исцелении от запора нельзя надеяться на молниеносные результаты. Необходима выдержка как со стороны больного, так и врача; лишь длительным, строгим соблюдением предписанного врачом режима удастся добиться регулярной деятельности кишечника.

Чтобы яснее представить, какие трудности возникают при лечении хронических запоров, напомним высказывание английского ученого Джексона: «Стоит только почитать бесконечные рекламы слабительных и прикинуть, сколько таковых продается в любом аптекарском магазине, чтобы получить представление о том, как широко распространена беспомощность в борьбе с одним из страшных бичей современности — запором».

Эти слова, высказанные полвека назад, справедливы по существу и для нашего времени, если больной обратился к



Пища, богатая клетчаткой, усиливает перистальтику кишечника.

врачу тогда, когда болезнь приняла уже хроническую форму. Несравненно легче, если к лечению приступили в начале заболевания, когда еще не было попыток устранять его домашними средствами. Для осуществления наиболее эффективных мер профилактики и лечения запоров в каждом отдельном случае необходимо прежде всего своевременное обращение к врачу и строгое соблюдение всех его назначений. И тут важную роль играют не только, а пожалуй, и не столько, лекарства, сколько разумное и регулярное питание.

Если запор возникает в результате чрезмерного употребления пищи, бедной клетчаткой, назначают специальную диету. Достаточное количество клетчатки содержит хорошо пропеченный, не очень кислый черный и бородинский хлеб, печенье из грубой муки, отруби, лучше пшеничные. Их измельчают в ступе и прибавляют к супу, яблочному муссу. Рекомендуется квашеная, шинкованная капуста, помидоры, огурцы, морковь, свежая капуста, свекла. Полезны шпинат, кабачки, лук, редиска, горох, чечевица, бобы, фасоль. Людям, предрасположенным к запорам, рекомендуется виноград, мандарины, апельсины, инжир, финики. Умеренно возбуждают кишечную перистальтику мед, медовые коврижки, тростниковый и свекольный сахар, варенье, изюм, яблоки, чернослив.

Для ликвидации запоров применяются также фрукты и ягоды, богатые водой, — дыни, персики, арбузы, сливы, крыжовник. Весьма полезны некоторые молочные продукты: простокваша, мацони, варенец, одно- и двухдневный кефир, кумыс, кислая сыворотка, yogurt, сливочное и растительное масло, а также блюда, приготовленные на растительном масле. Издавна с большим успехом применяются русский квас и кислые щи. Хорошо выпить утром натощак стакан холодной воды или воды с сахаром, вареньем, стакан холодного молока, холодный лимонный сок или стакан минеральной воды (боржом, эссендуки).

От употребления ряда продуктов следует воздерживаться, так как они действуют закрепляющим образом. К таким продуктам относятся: белый хлеб и белые сухари, пироги, рис, шоколад, черный кофе, крепкий чай, мучнистые и слизистые супы, черника, брусника, кизил, красное вино, протертые и рубленые блюда, манная каша, лапша, макароны и т. д.

При запорах, вызванных нарушением нервной системы, назначают успокаивающие средства. Кроме того, дают пищу, бедную клетчаткой и богатую белками и витаминами. Мясо, рыба, курица назначаются в рубленном виде, овощи — в протертом. Рекомендуются белый хлеб, мучнистые и слизистые супы, масло, одно- двухдневный кефир, чай, мед, фрукты, фруктовые соки, овощные пюре, простокваша. По мере улучшения общего состояния переходят к пище, богатой клетчаткой.

В предупреждении и лечении запоров, помимо диеты, успокаивающих нервную систему средств, имеют значение слабительные клизмы и физиотерапия.

Слабительные средства не должны применяться без особых показаний и врачебного контроля, так как эти средства не безвредны. Кроме того, при длительном употреблении слабительных приходится увеличивать дозы этих препаратов, так как больные к ним привыкают и, в конечном счете, слабительные перестают действовать. Тогда приходится прибегать к очистительным клизмам. Но при длительном регулярном применении клизм нервно-мышечный аппарат кишечника ослабляется, а в самом кишечнике могут развиваться хронические воспалительные изменения в результате раздражения слизистой оболочки вводимой жидкостью, которая не всегда бывает для организма безвредной. Кроме того, длительное применение клизм притупляет чувствительность толстой кишки, и тогда исключается возможность самостоятельного стула под воздействием обычных физиологических раздражителей.

Вместе с тем необходимо отметить, что при хронических запорах очистительные клизмы могут оказаться весьма полезными. Важно, чтобы не было привыкания к ним, а поэтому не следует их применять систематически. Особенно хорошо действуют капельные клизмы из физиологического раствора, не вызывающего раздражения кишечной стенки.

Полезны, по назначению врача, физические методы воздействия — массаж живота, водные процедуры, грязевые аппликации, прогулки на свежем воздухе, занятия физической культурой и спортом и т. д.

ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Пищевые отравления могут возникать у большей или меньшей группы людей, членов одной семьи, употребляющих в пищу недоброкачественные продукты, или даже целого коллектива, если члены его питаются в одном месте. К единичным случаям отравления следует подходить с осторожностью и думать о других причинах заболевания.

Пищевые отравления по своему происхождению делятся на две большие группы — небактериальные и бактериальные. Для последней группы иногда применяется название «токсикоинфекция».

Бактериальные отравления (токсикоинфекции)

Бактериальные пищевые отравления в большинстве случаев вызываются различными микробами из группы *сальмонелл*, *стрептококками*, *стафилококками*, *кишечной палочкой*, бактериями из группы *протей* и др. или продуктами их жизнедеятельности — *токсинами*.

Эти отравления чаще всего бывают при употреблении *белковой пищи* — *мяса, рыбы, творога, молока*, — *зараженной* тем или иным микробом. Заражение может произойти при *неправильном хранении и обработке пищевых продуктов* и при *нарушении технологии их приготовления*.

Микроб, попавший вместе с пищей в *желудочно-кишечный тракт*, вызывает *воспалительные изменения в слизистой оболочке кишечника*, что способствует *всасыванию в кровь* продуктов *жизнедеятельности микробов*. Происходит отравление организма, в частности *печени, почек, сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы*.

Признаки пищевых отравлений бактериального происхождения в общем одинаковы, но имеются и отличия, *свойственные каждой группе возбудителя в отдельности*.

Пищевые сальмонеллезы

Эти отравления вызываются при употреблении пищи, *зараженной возбудителями паратифов А, В и др., мышинного тифа, свиной холеры и т. д.* Часть микробов из группы *сальмонелл* встречается в *кишечнике человека и животных* и в *норме не вызывает болезненного состояния*, однако при определенных условиях они могут стать причиной заболевания (*ослабление организма, переутомление и т. д.*). Заражение происходит через *мясо, рыбу, яйца, яичный порошок*, преимущественно *утиный, картофель, горох, бобы и т. п.*

Первые признаки отравления появляются не ранее 6 и не позднее 24 часов после употребления зараженного продукта. Больные жалуются на *внезапно появившиеся боли в подложечной области, многократную рвоту и, несколько позднее, на частый жидкий стул со слизью*. Появляется *лихорадка*.

В легких случаях общее состояние страдает мало, в тяжелых случаях появляются *головная боль, вялость, холодный пот, сухость кожи* из-за обезвоживания организма, вызванного *рвотой и частым стулом*. Иногда наблюдаются *резкое*

уменьшение мочеотделения, судороги, учащение пульса, падение артериального давления, желтуха. Даже тяжелые случаи отравления салмонеллами в подавляющем большинстве заканчиваются полным выздоровлением. Болезнь продолжается не более 7 дней. Но иногда после отравления развиваются различные заболевания со стороны органов брюшной полости, — холециститы, воспаление печени, толстых кишок (колиты) и др.

Профилактика заключается в правильной организации санитарно-ветеринарного надзора и контроля на бойнях.

Необходимо строгое соблюдение санитарно-технологического режима в процессах обработки, изготовления и хранения пищевого сырья и продуктов. Во всех случаях, где невозможно провести бактериологическое исследование, мясо должно быть реализовано в течение суток, при условии предварительной стерилизации в автоклавах или после тщательной проварки кусками весом не более 400 граммов и толщиной не выше 9 сантиметров в течение 2½ часов от начала кипения воды. Хранение проваренного мяса допустимо при температуре не выше +4°C, так как на холоде салмонеллы не размножаются. В этих же целях рекомендуется применение консервирующих средств — поваренной соли, уксусной кислоты, лимонов и др.

Для предупреждения распространения салмонеллезов огромное значение имеет строгий санитарный надзор в пищевом блоке. Четкое разделение столов, досок для разделки сырых и готовых продуктов, тщательная мойка и применение в случае необходимости для дезинфекции оборудования хлорной извести предохраняет продукты от заражения салмонеллами. Как одна из возможностей предупреждения заболевания большое значение имеет также периодический осмотр обслуживающего персонала пищевых блоков и пищевой промышленности, а также строгое соблюдение личной гигиены. Мытье рук, сырых продуктов, чистоплотность в приготовлении пищи, борьба с мухами, грызунами, удаление отходов, особенно летом (так как салмонеллезы чаще всего наблюдаются в жаркие месяцы года), являются надежными мерами ограждения от заболевания.

Лечение. При первых же признаках отравления необходим вызов неотложной помощи. В первую очередь, с целью удаления из организма зараженной пищи, а также образовавшихся токсических (ядовитых) продуктов производят промывание желудка.

Сразу же после промывания желудка дается солевое слабительное (сернокислая магнезия или сернокислый натрий), а затем ставится очистительная клизма. При обезвоживании организма рекомендуется подкожное впрыскивание физиологического раствора, при падении сердечной деятельности

назначаются тонизирующие средства (кардиамин, кофеин, симпатол, мезотон и др.); при болях — атропин, платифиллин, папаверин.

В течение одного-двух дней больному не следует давать есть, можно лишь пить крепким чаем, черным кофе. В последующие дни назначают жидкие каши, крепкие бульоны, слизистые супы, а затем, если болезненные явления стихли, общий стол. На некоторое время из пищи исключаются свежее молоко, жирные мясные блюда, консервы, острые приправы, закуски, соусы. Из минеральных вод рекомендуются эссенстики № 17, славянская в подогретом виде по три четверти стакана за 30—40 минут до еды.

Ботулизм

Любопытно происхождение названия этого заболевания: «ботулюс» по латыни — колбаса. Первые случаи ботулизма были описаны в связи с употреблением колбасных изделий, приготовленных без применения кислых консервирующих средств, уничтожающих возбудителей ботулизма.

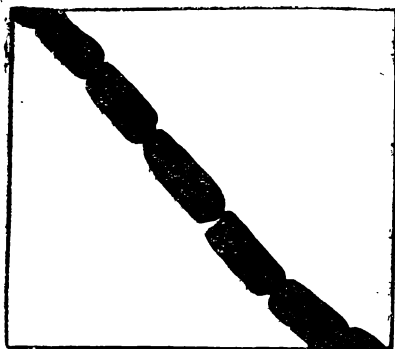
В 1883 году русский врач Чучин описал отравление рыбой, воспроизводящее картину ботулизма. Предположение о бактериальной природе заболевания полностью подтвердилось. Было установлено, что причиной ботулизма является не один микроб, а группа родственных бактерий А, В, С, Д и Е, из которых для человека опасны А, В, С и отчасти Е.

Эти бактерии характерны тем, что могут развиваться лишь без доступа кислорода. Они содержат споры, которые при гибели бацилл сохраняют жизнеспособность долгое время. Споры значительно устойчивее к разного рода химическим и физическим воздействиям.

Бациллы при развитии в пищевых продуктах образуют токсин (яд), который относится к сильнодействующим. Он устойчив к действию кислот и нестоек к щелочам и нагреванию. Кипячение (100°) в течение 20 минут полностью разрушает токсин.

Возбудитель ботулизма широко распространен в природе. Местом его обитания является почва, откуда он попадает в воду, на пищевые продукты, фураж, в кишечник человека и животных, рыб и птиц, где происходит его размножение. Человек и животные своими испражнениями могут рассеивать бактерии по земной поверхности. Размножаются они и в почве при благоприятных условиях.

Признаки отравления. Ботулизм относится к наиболее тяжелым формам отравления. Инкубационный (скрытый) период колеблется от 2 часов до 10 дней, чаще он равен 18—24 часам. Длительность скрытого периода болезни зависит от



Возбудитель ботулизма
(увеличение в 12 000 раз).



Спора со жгутиками
возбудителя ботулизма (увели-
чение в 12 000 раз).

дозы токсина, попавшего в организм с пищевыми продуктами: чем больше доза, тем короче этот период.

Первыми признаками отравления являются схваткообразные боли в животе, рвота, понос. Эти признаки иногда могут отсутствовать, так как вскоре развивается полное прекращение перистальтики желудка и кишечника из-за паралича двигательных нервов. Это вызывает задержку пищи в желудке и усиление отравления организма. У больных появляется запор, сухость во рту и глотке, нарастающая слабость, головные боли и головокружения. На передний план выступает поражение центральной нервной системы. Развиваются паралитические явления — паралич глазных мышц, мышц языка, глотки, желудка и кишечника. Общее состояние больных обычно тяжелое, пульс учащен, артериальное давление снижено, нарушается ритм дыхания, наблюдается подавленное настроение, сонливость, иногда бессонница. Температура тела чаще нормальная, но может повышаться или даже быть пониженной.

В заключительной фазе болезни центральное место занимает расстройство дыхания. Сначала оно затруднено, затем становится частым, поверхностным, беспорядочным. В тяжелых случаях может наступить даже смерть от паралича дыхания.

Заболевание продолжается 7—8 дней. Процесс выздоровления протекает медленно.

Лечение проводится аналогично с лечением салмонеллезов, но в отличие от последних здесь решающее значение приобретает введение сыворотки и анатоксина. Противоботулическая сыворотка дает хорошие результаты даже в конечных фазах заболевания.

Предупреждение ботулизма во многом зависит от строгого санитарно-пищевого надзора, в первую очередь в консервной промышленности, а также бдительного контроля за домашней консервацией фруктов и овощей. Санитарное оздоровление рыбных промыслов, своевременное и полное удаление внутренностей осетровой рыбы, тщательный надзор за чистотой, свежестью овощей, фруктов, зерна, предназначенных для консервации.

Заболеваемость ботулизмом в Советском Союзе редкое явление благодаря образцовой организации санитарно-гигиенических мероприятий.

В случаях вспышки ботулизма с профилактической целью применяют пассивную иммунизацию. Для этого вводят сыворотку и анатоксин в дозе, уменьшенной в 10 раз по сравнению с лечебными дозами.

Стафилококковые пищевые отравления

Широкое распространение стафилококков и высокая их устойчивость во внешней среде делают стафилококковые отравления особенно массовыми.

Развитие этих микробов происходит особенно интенсивно в тех продуктах, где в какой-то степени произведено ослабление других микробов. Поэтому стафилококки в наибольшей степени развиваются в готовых изделиях, прошедших тепловую обработку, или продуктах — консервах, содержащих сахар — мясные, рыбные, овощные блюда, изделия из крема, мороженое и т. д.

Носителями инфекции являются лица, болеющие фурункулезом и другими гнойничковыми заболеваниями, а также больные катаром верхних дыхательных путей и т. д.

Признаки заболевания. Первые признаки заболевания возникают уже через 2—4 часа после употребления зараженной пищи. Появляются тошнота, боли в животе, понос и повторные рвоты в течение нескольких часов. У больных отмечается частый пульс, значительное повышение температуры, судороги, а в случаях тяжелого отравления значительное ослабление сердечно-сосудистой деятельности. Вообще заболевание протекает легко; уже через 3—5 часов наблюдается значительное улучшение состояния, а через 24 часа даже выздоровление. Случаи смерти от стафилококковой пищевой интоксикации очень редки.

Профилактика и лечение. Лечение проводится так же, как и при отравлении салмонеллами.

В профилактике стафилококковых пищевых отравлений огромное значение имеет ветеринарный надзор за здоровьем молочного скота и временное отстранение от работы всех ра-

ботников с гнойничковыми заболеваниями, катарами верхних дыхательных путей и ангиной, имеющих соприкосновение с пищевыми продуктами (работниками пищеблоков, продовольственных магазинов, пищевой промышленности и др.). Кроме того, следует установить тщательный контроль над защитой продуктов от инфекции, а также создание необходимых гигиенических условий на пищевых предприятиях.

В целях предупреждения размножения стафилококков рекомендуется обязательная пастеризация молока и смеси для мороженого, быстрая реализация всех изделий с заварным кремом (пирожные, торты), запрещение готовить мороженое из растаявшей смеси и распределение смеси для мороженого в качестве полуфабрикатов по периферийным точкам для замораживания на местах.

Небактериальные пищевые отравления

Пищевые отравления небактериальной природы — острые заболевания, возникающие в результате употребления пищи, содержащей ядовитые вещества. Эти ядовитые вещества попадают в пищу извне (например, соли тяжелых металлов — цинка, меди, свинца) или входят в состав пищевых продуктов, ядовитых по своей природе (некоторые грибы, части растений, сорта рыб).

Небактериальные пищевые отравления в основном не имеют массового характера, поражают лишь небольшую группу людей, однако протекают значительно тяжелее, чем бактериальные пищевые токсикоинфекции.

Из ядовитых по своей природе продуктов на первом месте по частоте случаев возникновения отравления стоят *грибы*. Наиболее часты отравления весенними грибами — *строчками* (сморчки безвредны), содержащими ядовитую кислоту; для обезвреживания строчков их двухкратно отваривают и удаляют отвар.

Из летних грибов большой ядовитостью отличаются *бледная поганка* (содержащая яд фаллоидин), *мухомор* (яд мускарин) и др.

Отравления ядовитыми растениями, корнями, травами, ягодами, косточковыми ядрами часто бывает из-за смешивания их со съедобными видами. Так, например, листья и корень *болиголова*, содержащие алкалоид кониин, сходны с петрушкой; корень *белены* (она содержит ядовитые вещества гиасциамин и скополамин) также напоминает петрушку, листья принимают за щавель или лебеду, ядовитые семена могут засорять просо, пшеницу, рожь. Может быть отравление *красавкой* (белладонной), содержащей в ягодах, похожих на

мелкие вишни, — атропин. Особенно часто страдают дети, весьма чувствительные к яду красавки.

Отравление *проросшим* или *позеленевшим картофелем* вызывается из-за повышенного содержания в нем соланина (в норме — 0,002—0,01%, в проросшем — 0,5%). Опасность отравления возникает при употреблении большого количества проросшего картофеля, сваренного в кожуре.

Отравление *фасолевой мукой* наступает в тех случаях, когда в пищу употребляют сырую фасоль и приготовленную из нее муку, так как сырая фасоль содержит ядовитое вещество, которое обезвреживается лишь при длительной (в течение 3—4 часов) варке. Благодаря кулинарной обработке фасолевые блюда — суп, тушеная фасоль и др. отравления не вызывают.

Обычно отравление *фасолью* проявляется спустя 30—60 минут после употребления ее в пищу. Появляется тошнота, рвота, иногда сильные боли в животе, понос. Признаки отравления проходят через несколько часов, оставляя после себя лишь чувство слабости. Вместе с тем наблюдаются и тяжелые случаи отравления с желтухой, прекращением мочеотделения и кровавым колитом. В Италии описаны случаи смерти детей, отравившихся фасолевой мукой, прибавленной к колбасному ливеру.

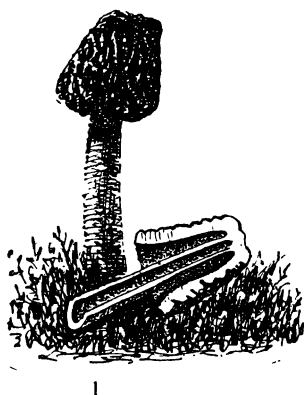
В целях предупреждения отравления фасолевой мукой необходимо строго соблюдать правила термической обработки фасолевой муки для изготовления блюд, не требующих длительного нагревания.

Икра, печень, кровь таких рыб, как *усач, налим, щука, окунь*, во время нереста становятся ядовитыми и могут вызывать отравление при употреблении их в пищу. *Икра* и *молока маринки*, водящейся в озерах и реках Средней Азии, в частности и в озере Балхаш, постоянно ядовиты.

Заболевание наступает вскоре после употребления в пищу указанных рыбных продуктов и в легких случаях проявляется лишь скоропроходящей рвотой и поносом. Тяжелые формы отравления напоминают холеру, в особенности после отравления икрой усача.

Отравление *мышьяком* чаще всего наблюдается при ошибочном использовании в пищу протравленного мышьяком зерна, хлеба, испеченного из муки этого зерна.

Белый мышьяк и соли мышьяка широко применяются в быту и промышленности, и поэтому мышьяк может попадать в пищевые продукты. Препараты мышьяка чаще всего применяются для борьбы с домашними грызунами и насекомыми, с вредителями полей и садов (опрыскивание растений средствами, содержащими мышьяк). Описаны случаи смертельного отравления мышьяком в результате ошибочной заправки супа им вместо подболточной муки, при панировке леща мышья-



1



2



3



4

Ядовитые грибы:

1 — ложнодождевик; 2 — бледная поганка; 3 — мухомор; 4 — ложные опята.

яком, хранившимся в кулке на кухне. Это отчасти объясняется тем, что мука и мышьяк в порошке схожи между собой. В иностранной литературе описаны случаи отравления мышьяком после употребления пирожных и булочек, осыпанных вместо сахарной пудры мышьяком. В ряде случаев наблюдались отравления, вызванные употреблением в пищу кондитерских изделий и пива с патокой, загрязненной мышьяком.

При отравлении мышьяком приблизительно через 5—15 минут после употребления ядовитого продукта больные жалуются на сухость во рту, жгучую боль в зеве, жажду, головную боль, головокружение и сильную слабость. Появляется сыпь на коже, озноб, отек лица, холероподобный понос, сильные боли в животе. Иногда спустя 1—2 дня после отравления наблюдается повышение температуры до 38°; в первое время, наоборот, температура понижается и колеблется в пределах 35,6—35,7°. Пульс и дыхание учащаются, появляется синюш-



1



3



2

Ядовитые растения:

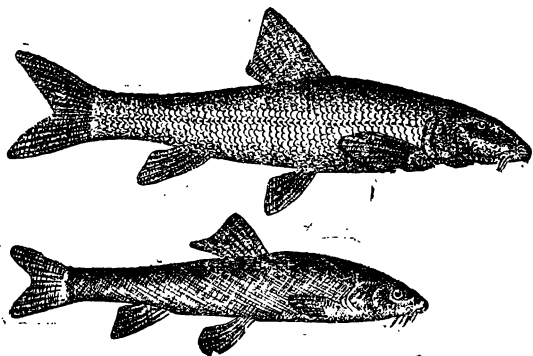
1 — белладонна; 2 — белена; 3 — болиголов.

ность конечностей и резкие боли в них, судороги, потеря сознания.

В прежние времена, когда пища хранилась в медной не луженной и не оцинкованной посуде, отравления *медью* и *цинком* встречались часто. Обычно признаки отравления появлялись уже через несколько минут, редко через час, в виде рвоты, головной боли. В настоящее время пищевые отравления медью и цинком наблюдаются лишь в единичных случаях.

Причиной отравления медью является пользование плохо пролуженной кухонной посудой, в которой от соприкосновения с кислой и жирной пищей образуются ядовитые соединения растворимой меди и жирных кислот.

Вскоре после отравления больные жалуются на сильную жажду, резкие боли в животе, головные боли, мышечную сла-



Ядовитые рыбы:
1 — усач, 2 — маринка.

бость, слюнотечение, затруднение дыхания. Появляется рвота с сине-зелеными массами, кровавый понос. Нередко к перечисленным признакам присоединяются бред и судороги. Пульс становится частым, аритмичным, артериальное давление снижается, количество мочи уменьшается, в ней много белка.

Свинцовые отравления главным образом хронические. Они бывают в результате длительного пользования плохо луженой или глазурованной посудой, отдающей повышенное количество свинца. Больные жалуются на плохой аппетит, слабость, запоры, металлический вкус во рту. Появляется беловатая окраска слизистых рта и языка, темная кайма на деснах. Периодически возникают острые боли в животе (свинцовая колика), рвота серовато-белыми массами, черные, а затем и кровавистые испражнения.

Существенное значение для всякого отравления имеет количество попавшего в организм яда. Играет определенную роль и состояние организма, его чувствительность к яду и т. п.

Явления, возникающие при отравлениях различными ядами, разнообразны, но главное место при действии большинства из них занимают симптомы со стороны центральной нервной системы.

Основные проявления — тошнота, рвота (иногда неукротимая), судороги, бред, галлюцинации, иногда даже бессознательное состояние.

Наиболее сильные проявления отравления бывают от грибов, миндальных, абрикосовых и персиковых косточковых ядер, мышьяка и др.

Помощь при отравлениях должна быть направлена прежде всего на удаление из организма ядовитого вещества, а затем на устранение болезненных явлений, которые яд вызвал.

Применяют рвотные средства, промывание желудка чистой водой или растворами веществ, нейтрализующих дейст-

вие яда, когда он известен (например, окислителями при отравлении морфином и фосфором, слабыми кислотами при отравлении щелочами, слабыми щелочами при отравлении кислотами и т. д.). Для удаления яда из кишечника дают активированный уголь, а затем слабительные соли.

Наиболее трудно обезвредить яд, фиксировавшийся в тканях организма. Для этой цели используют вещества, связывающие яд или вытесняющие его из соединений с биохимическими структурами организма (например, применение атропина при отравлении мухоморами, содержащими мускарин, и др.).

Помощь при отравлении должна быть возможно более быстрой. Никогда не следует полагаться на так называемую домашнюю помощь. необходимо вызвать врача или отправить пострадавшего в лечебное учреждение.

Профилактика. Огромное значение имеют профилактические мероприятия, предупреждающие возможность отравления: санитарный надзор за товарами, жилищами, водой, хранением различных веществ и т. п.

Профилактика медицинских отравлений складывается из ряда общих правительственных распоряжений и постановлений, регулирующих приготовление и отпуск лекарственных веществ, а также санитарного просвещения, осведомления больных о возможности отравления при неправильном применении лекарств и др.

Интересно, полезно знать

У нас и за рубежом

По государственному бюджету в СССР расходы на здравоохранение увеличиваются с каждым годом.

Ассигновано (в миллионах рублей):

В 1941 г.	—	11 200	млн. руб.		
» 1951 г.	—	26 400	»	»	
» 1957 г.	—	38 300	»	»	
» 1958 г.	—	40 300	»	»	
» 1959 г.	—	44 600	»	»	

В санаториях и домах отдыха ежегодно отдыхает более 5 млн. человек.

В США за последние 10 лет плата за пребывание в больнице выросла в 2 раза. Стоимость врачебной помощи увеличилась на 40%.

Американский журнал «Юнайтед стейтс ньюс энд Уорлд рипорт» сообщает, что стоимость медицинского обслуживания в США «становится тяжелым бременем для средней семьи». Журнал сообщает, что лечение язвы желудка, например, при хирургическом вмешательстве стоит 1264,5 доллара, из которых 325,5 доллара взимается за пребывание в больнице в течение 21 дня, 500 долларов — за операцию, 75 долларов — за пребывание в операционной, 3 доллара — за пребывание в палате для выздоравливающих, 78,6 доллара — за лечение, 21,5 доллара — за кислород, 56,3 доллара — за перевязочные средства, 99 долларов — за лабораторное обслуживание, 50 долларов за анестезию (обезболивающий наркоз), 55 долларов — за рентгеноскопию».

Что такое калорийность пищи?

Пища является источником энергии для человека, а также источником тепла. Как известно, тепло измеряется в определенных единицах — в калориях.

То количество тепла, которое может дать пища при усвоении и переработке в организме, измеряется также в калориях.

Калорийность пищи здорового человека в сутки при средней физической нагрузке должна быть около 3000—3200 калорий.

При сгорании (окислении) в организме 1 г белка или 1 г углеводов образуется тепло, равное 4,1 калории, при сгорании 1 г жиров — 9,3 калории.

Средняя норма потребления в сутки здоровым человеком:

Белков	— 105 г (в зависимости от работы — 109—163 г)
Жиров	— 99 г (106—153)
Углеводов	— 415 г (433—631)
Минеральных солей	— 30 г
Воды	— 20 г на 1 кг веса

Содержание белков, жиров и углеводов в некоторых продуктах питания (в процентах):

Название продукта	Белков	Жиров	Углеводов	Солей
Мясо	20,37	2,01	—	1,21
Яйцо	12,55	12,11	0,55	1,12
Сельдь соленая	18,43	14,48	—	13,88
Карп	20,41	1,47	—	1,30
Творог	14,58	0,59	1,16	1,16
Молоко	3,39	3,68	4,94	0,72
Пшеничная мука	11,88	0,81	73,79	0,78
Рис	8,13	1,29	75,50	1,03
Пшеничный хлеб	6,81	0,54	57,80	0,88
Картофель	2,14	0,22	19,56	0,98
Яблоки	0,40	—	12,13	0,42
Мед	1,42	—	79,89	0,24

В каких продуктах содержится наибольшее количество витаминов

Витамин В ₁	— греча, дрожжи, хлеб из цельной пшеницы, овес, соя, печень
Витамин В ₂	— дрожжи, печень, сыр, соя, мука ржаная, мука пшеничная, грибы
Витамин РР	— дрожжи, мясо, печень, греча
Витамин В ₆	— печень трески, икра, пшеница цельная, зерно кукурузы, соя
Витамин С	— шиповник, смородина, мандариновая корка, барбарис, кизил, клубника, капуста цветная, капуста краснокочанная, лук, лук зеленый, листья петрушки, хрен, укроп, перец красный (сладкий и горький), капуста квашеная,

В каких условиях лучше сохраняется в продуктах витамин С

Хранение продуктов при +2, +3°C.

При приготовлении блюд, содержащих следующие продукты — картофельную или пшеничную муку, горох, фасоль, сахар, соль, шавель, лук, картофель, капусту, помидоры, разрушение витамина С задерживается. Эти продукты являются стабилизаторами витамина С.

Витамин С разрушается, если овощи находятся в воде более 10—15 минут.

При варке супов овощи следует засыпать в кипящую воду мелкими порциями так, чтобы кипение воды по возможности не прекращалось.

При варке пищи в железной, медной посуде витамин С разрушается.

Повторное подогревание блюд, а также прибавление при варке соды разрушает витамин С.

При соблюдении вышеизложенных требований можно добиться 80 % сохранности витамина С в готовых блюдах.

Почему мы рекомендуем прием соляной кислоты при пониженной кислотности желудочного сока?

Соляная кислота необходима для нормального пищеварения. Она активирует находящийся в желудочном соке фермент — пепсин, разрыхляет белки пищи, возбуждает перистальтику желудка, способствует правильной работе желудочных желез и выделению желудочного сока. Поступая из желудка в двенадцатиперстную кишку, соляная кислота регулирует также работу поджелудочной железы и печени.

Соляная кислота убивает микробов, попавших в желудок, и тем самым препятствует их проникновению в кишечник, в желчный пузырь.

Другие кислоты (уксусная) и кислые продукты (клюква, лимон) не могут заменить соляную кислоту.

Почему при длительном пережевывании во рту, например, пшеничного хлеба, картофеля, пища приобретает сладковатый вкус?

Процесс пищеварения начинается с ротовой полости. В слюне находятся ферменты пталин и мальтаза, которые уже во рту расщепляют крахмал пищи до образования глюкозы, имеющей сладкий вкус.

Когда грелка может принести вред?

При различных заболеваниях, сопровождающихся болями в области живота, больные часто прибегают к грелкам, например при хроническом гастрите, язвенной болезни, хроническом холецистите (воспалении желчного пузыря), при колите и т. д. В этих случаях примененное тепло успокаивает боль.

Однако если у больного боль в животе возникла впервые и он не знает еще, с чем она связана, то лучше от грелки воздержаться, а обратиться к врачу. Грелка может повредить при остром аппендиците, при остром воспалении желчного пузыря, в случаях кровотечения из язвы желудка.

От чего зависит цвет испражнений?

Цвет испражнений (стула) в основном зависит от съеденной пищи и от количества поступающей желчи из печени в кишечник. Чем больше выделяется желчи, тем более коричневый цвет имеют испражнения.

При отсутствии поступления желчи в кишечник каловые массы бывают светлого глинистого цвета (обесцвеченный кал). Это бывает при закупорке камнем желчного протока, а также в начале желтухи (болезни Боткина). Больному необходимо в этом случае обратиться к врачу.

Черный, как деготь, стул объясняется примесью крови при кровотечении из язвы желудка или при кишечном кровотечении. И тут необходима консультация врача.

Некоторые лекарства — железо, карболен способствуют тому, что кал также становится черного цвета.

Что дает анализ кала?

Наличие в каловых массах непереваренных частиц пищи говорит о нарушении пищеварения.

Иногда только при специальном исследовании кала обнаруживается кровь, указывающая на кровотечение из желудка или кишечника. Наличие в кишечнике человека различного вида глистов может быть подтверждено выходением глистов с калом или нахождением в кале яиц этих глистов.

Большое значение для постановки правильного диагноза имеет выделение из кала микробов брюшного тифа, дизентерии и др.

Берегите себя от употребления недоброкачественных продуктов!

Мясо и мясные продукты были причиной пищевой токсикоинфекции в 1959 г. в 40% всех случаев.

Жарение, а также длительная варка мяса уничтожают салмонелл (микробов, вызывающих пищевые отравления) и обезвреживают продукты.

Особое внимание должно быть уделено приготовлению фарша. Фарш должен использоваться вскоре после его приготовления. С использованием недоброкачественного фарша чаще, чем с другими продуктами, связаны случаи пищевых отравлений. Фарш является благодатной средой для размножения микробов.

«Бомбаж» консервов — выпячивание дна консервной жестяной банки. Бомбаж является признаком недоброкачественности консервов в связи с тем, что попавшие в консервируемые продукты микробы вызывают их разложение с образованием газов (углекислоты, сероводорода). Под влиянием газа дно банки выпячивается.

Если дно консервной банки хлопает при надавливании, это является лишь признаком дефекта упаковки, но не испорченности консервов.

Выпячивание дна консервных банок может быть также следствием расширения содержимого банки при замерзании. Консервы в этом случае пригодны к употреблению.

Примерное меню для больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Диета № 1

1-й завтрак
8 час. 30 мин.

Примерное меню на один день
Рекомендуется при язвенной болезни, при гастрите с повышенной кислотностью.

Хлеб белый, черный 250 г в день, сахар 40 г в день.

1. Масло — 10 г.

2. Каша манная: крупа манная — 50 г, молоко — 100 г, сахар — 5 г (2 чайных ложки), масло — 5 г (1 чайная ложка).

3. Омлет паровой (2 яйца, молоко — 75 г).

4. Чай с молоком (молоко — 50 г).

1. Отвар шиповника 150 г (сухой шиповник — 15 г).

2. Картофельное пюре (картофель — 200 г, масло — 5 г).

3. Чай с молоком (молоко — 50 г).

Обед
2 час.

1. Суп протертый рисовый с протертыми овощами (морковь — 25 г, молоко — 100 г, масло — 5 г).

2. Паровые мясные биточки (мясо — 100 г; хлеб — 20 г; масло — 5 г).

3. Желе мандариновое (сок мандаринов — 50 г, желатин — 3 г, сахар — 15 г).

Полдник

5—6 час.

Ужин

20 час.

1. Один стакан чаю с молоком (молоко — 50 г).

2. Сухари сладкие (хлеб — 100 г, сахар — 5 г).

1. Пудинг мясной паровой (мясо — 100 г, $\frac{1}{2}$ яичного белка, молоко — 50 г, мука — 5 г, масло — 5 г).

2. Пюре морковное (морковь — 200 г, молоко — 50 г, масло — 5 г).

3. Рисовая каша со сладким соусом (рис — 50 г, молоко — 50 г, сахар — 5 г, сушеные фрукты — 20 г, сахар в соус — 10 г, картофельная мука — 5 г).

4. Чай с молоком (молоко — 50 г).

Чай с молоком (молоко — 50 г).

На ночь

Химический состав: белки — 122,2 г; жиры — 38 г; углеводы — 557 г; калорийность — 3565.

Разрешаются также следующие блюда: курица отварная, бефстроганов из вареного мяса, отварная рыба, нежирная, какао на молоке, сырники, кефир, сметана, печенье, варенье, пастила, мармелад, компот, печеные яблоки, каши, вермишель, кремы, мед, кисели из сладких ягод и фруктов.

Диета № 2

Примерное меню на один день

Рекомендуется при хроническом гастрите с пониженной кислотностью желудочного сока, при хроническом колите и энтероколите.

Хлеб белый (черствый) — 400 г.

Сахар — 30 г.

1-й завтрак

8 час. 30 мин.

1. Масло — 10 г.

2. Мясной сыр (мясо — 50 г, масло — 10 г, сыр тертый — 10 г, молоко — 20 г, мука — 3 г).

3. Каша манная, молочная (манная крупа — 50 г, молоко — 100 г, сахар — 5 г, масло — 5 г).

4. Стакан кофе зерновой (с 1 ложкой молока или сливок).

2-й завтрак

11 час.

1. Пюре картофельное или печеный картофель (картофель — 100 г, масло — 5 г).

2. Стакан чаю (можно с лимоном).

Обед

14 час.

1. Суп рисовый мясной с протертыми овощами (рис — 20 г, картофель — 100 г, морковь — 30 г, томатный сок — 20 г).

2. Жареные мясные котлеты (не обвалянные в сухарях) (мясо — 100 г, хлеб — 20 г, масло — 10 г).

3. Компот из протертых сушеных фруктов (сушеные фрукты — 40 г, сахар — 15 г).

Полдник

16 час.

1. Стакан чаю.

2. Сухарики сладкие (хлеб из дневной нормы — 50 г, сахар — 5 г).

Ужин

19 час.

1. Жареная рыба, не обвалянная в сухарях (рыба — 100 г, масло — 5 г).

2. Пирог с протертыми сушеными фруктами (мука — 50 г, яйцо — $\frac{1}{4}$ шт., молоко — 25 г, сахар — 20 г, масло — 10 г, сушеные фрукты — 40 г, дрожжи — 1 г).

3. Стакан чаю.

Стакан отварного шиповника.

На ночь

Химический состав: белки — 33 г, жиры — 68 г, углеводы — 510 г; калорийность — 3067.

Разрешаются также следующие блюда: супы на мясных и рыбных бульонах или овощных отварах в протертом виде.

Нежирная говядина, котлеты, курица, индейка, кролик, язык в рубленом виде, паровые, запеченные, жареные. Рыба нежирная, куском. Сельдь вымоченная, в рубленом виде. Отварные протертые овощи (картофель, кабачки, свекла, морковь, капуста, помидоры сырые), каши, протертые компоты, кисели, желе, сырые соки, ацидофилин, кефир, молоко, творог, сыр неострый, чай, какао, масло сливочное, подсолнечное.

Диета № 4

Примерное меню на один день

Рекомендуется при острых воспалениях тонкого и толстого кишечника (при энтерите и колите).

Сахар — 30 г, сухари белые — 150 г.

<i>1-й завтрак</i> 8 час. 30 мин.	1. Масло — 10 г. 2. Тоший творог, протертый домашний — 100 г. 3. Каша манная на мясном бульоне, (крупа манная — 50 г, бульон мясной — 200 г, масло — 5 г). 4. Стакан крепкого чаю.
<i>2-й завтрак</i> 11 час.	1. Стакан горячего отвара шиповника. 2. Масло — 5 г. 3. Сухари (из дневной нормы).
<i>Обед</i> 14 час.	1. Суп слизистый рисовый (рис. — 40 г, бульон — 200 г). 2. Мясное пюре (мясо — 100 г, мясной бульон — 20 г, масло — 5 г) 3. Кисель из сухих вишен (сушеная вишня — 30 г, картофельная мука — 5 г). Сухари (по вкусу).
<i>Полдник</i> 16—17 час.	1. Стакан чаю с лимоном. 2. Сухари (из дневной нормы). 3. Масло — 5 г.
<i>Ужин</i> 19 час.	1. Горячий процеженный студень с гренками (хлеб для гренок из дневной нормы). 2. Пудинг из протертого риса с подливкой из сушеных фруктов (рис — 50 г, яйцо — 1/2 шт., сушеные фрукты — 20 г, сахар — 10 г, мука картофельная — 5 г). 3. Чай с лимоном.
<i>На ночь</i>	Стакан горячего отвара шиповника.

Химический состав: белки — 77 г, жиры — 41 г, углеводы — 324 г, калорийность — 2027.

Рекомендуются также: некрепкий бульон, слизистые супы, ограниченное количество мяса в виде котлет, кнелей, нежирные сорта рыбы в вареном виде, каши протертые на воде, пудинги паровые, сливочное масло, кисели из черники, чай, какао на воде, кефир трехдневный, соки фруктовые несладкие, лимон.

Как приготовить некоторые диетические блюда.

Слизистый суп

Крупу обдать горячей водой, варить 3—4 часа, процедить (но не протирать), добавить молока, дать вскипеть. Перед подачей добавить масло.

Раскладка: крупы — 30 г (2 столовые ложки), молока — 50—100 г, масла — 10 г.

Суп протертый

Варят жидкую кашу из одного вида крупы или смеси нескольких круп, протирают через сито. Варят мэрковь, протирают через сито.

К протертой смеси добавляют молоко или молоко с яйцом. При подаче на стол добавляют масло.

Мясные клецки (кнели)

Сырое мясо пропускают через мясорубку 2—3 раза. (Можно частично брать вареное мясо). Полученная масса сбивается ложкой с равным количеством молока, добавляется ломтик намоченного белого хлеба. Полученную массу небольшими частями опускают с ложки в кипяток и варят в закрытой кастрюле 15 минут до полной рыхлости, вынимают шумовкой. Можно варить в кастрюле с сеткой над паром.

Паровой пудинг из мяса или рыбы (суфле)

Сырое мясо пропускают через мясорубку, добавить вареное мясо, пропустить через мясорубку еще 1—2 раза. Взбить со сливками и добавить отдельно взбитый белок. Выложить в смазанную маслом форму и поставить в паровую коробку или кастрюлю. К готовому пудингу дается масло.

Паровые котлеты

Мясной фарш смешивается с замоченным белым хлебом или сухарями и сливочным маслом. Из полученной массы делают котлеты, которые затем варят над паром.

Омлет паровой

Яйца (2 шт.) сбить с молоком (75 г) и сливочным маслом (5 г), смесь выложить в форму, поставить в кастрюлю с кипящей водой, лучше так, чтобы форма не касалась воды. Держать до готовности.

Желе фруктовое

Растворить сахар в воде, вскипятить. В сироп влить размоченный в воде желатин, на слабом огне довести до кипения.

После охлаждения до температуры парного молока влить фруктовый сок, разлить в формы, поставить на холод.

Раскладка на 1 порцию: воды — 75 г; сока — 50 г, сахара — 15 г; желатина — 3 г.

Домашний бисквит

Желтки стираются с сахаром, прибавляется крупчатка с небольшим количеством картофельной муки, затем сбитые белки и лимонный сок. Вся масса заливается в форму и ставится в негорячий духовой шкаф.

Раскладка на 1 порцию: крупчатки — 10 г, картофельной муки — 3 г, сахара — 10 г, яйцо — $\frac{1}{2}$ шт.

Приготовление бульонов

(показаны при гастрите с пониженной кислотностью).

Слабый бульон

Мясо кладется в горячую посоленную воду и варится недолго. Питательная ценность такого бульона мала, сокогонное действие слабое.

Крепкий бульон

Мясо кладется в холодную непосоленную воду; при долгой варке в бульон переходят из мяса экстрактивные вещества, часть белков и минеральные соли. Калорийность — до 50 калорий в 1 стакане. Сокогонное действие сильное.

Форшмак с селедкой

(разрешается при состоянии пониженной кислотности желудочного сока).

Вареный картофель пропускается через мясорубку вместе с селедкой, очищенной от костей и кожи. Для вкуса добавляется зеленый лук, укроп или поджаренный репчатый лук.

Всю массу распускают, вбивают яйцо, выкладывают в форму, смазанную маслом и обсыпанную сухарями. Сверху кладется мелкими кусочками сливочное масло. Запекается в духовом шкафу.

Краткий словарь к тексту брошюры

Анатоксин — ослабленный при специальной обработке токсин (яд) различных микробов; используется при получении сывороток против различных болезней (см. также слово «токсин»).

Бациллоносители — лица, в организме которых могут сохраняться некоторые виды бацилл (микробов), не вызывая у них болезни. Бациллоносительство может наблюдаться у лиц, переболевших инфекционными заболеваниями, иногда в очень легкой, почти незаметной для больного форме. Бациллоносители опасны для окружающих, так как могут быть источником заражения дизентерией, брюшным тифом, дифтерией и пр.

Брюшина — тонкая оболочка, покрывающая все органы брюшной полости (желудок, кишечник, печень. Брюшина снабжена большим количеством нервных волокон, поэтому при ее воспалении бывает резкая болезненность в области живота.

Вегетативная нервная система является частью общей нервной системы. Она регулирует работу внутренних органов и делится на два отдела — симпатический и парасимпатический. Состоит из нервных клеток, расположенных в головном и спинном мозгу и в периферических нервных узлах), и из нервных волокон, отходящих от этих клеток и разветвляющихся в различных органах.

Работа внутренних органов, регулируемая вегетативной нервной системой, не подчинена воле человека.

В противоположность этому другой отдел нервной системы регулирует произвольные движения — ходьбу, бег, движение руками, ногами и т. д.

Витамин В₁₂ имеет сложное химическое строение, в состав его молекулы входит металл кобальт. Образуется В₁₂ в природе в процессе жизнедеятельности бактерий, грибов и водорослей. Вместе с этими организмами

витамина В₁₂ попадает в кишечник животных, рыб. Некоторые животные, например корова, не нуждаются в поступлении витамина В₁₂ извне, так как его достаточно образуется в рубце (в желудке) в процессе пищеварения и жизнедеятельности микробов.

В небольшом количестве витамин В₁₂ образуется также в кишечнике человека. Человек получает В₁₂ только из животных продуктов.

Витамин В₁₂ участвует в белковом, углеводном, жировом обмене, а также в образовании красных кровяных телец (эритроцитов). Основным депо В₁₂ является печень.

Железо — входит составной частью в гемоглобин (основное вещество красных кровяных телец).

Недостаток железа в организме может привести к малокровию, к снижению гемоглобина крови. При пониженном выделении желудочного сока и при пониженной кислотности его ухудшается всасывание железа в желудке. В этих случаях врачи дополнительно назначают железо. В качестве препаратов железа используются: восстановленное железо, молочно-кислое и яблочнокислое железо. Большое количество железа содержится в яблоках, землянике, гречневой крупе, моркови.

Ламблиоз — поражение (воспаление) желчного пузыря или кишечника, вызванное ламблиями — простейшими одноклеточными организмами.

Диагноз легко ставится при обнаружении ламблий под микроскопом в свежесвятой желчи или в свежих испражнениях. Для борьбы с ламблиями употребляется акрихин.

Лимфа — жидкость, которая образуется в различных тканях и органах, состоит из воды, белков, жироподобных и некоторых других продуктов жизнедеятельности клеток. Состав ее непостоянен. Из тканей лимфа поступает в мелкие трубочки — капилляры, образующие затем более крупные лимфатические сосуды. По сосудам лимфа проходит через лимфатические узлы и далее через крупный проток вливается в вены шеи.

Всасывание жиров и их продуктов из кишечника происходит через лимфатические сосуды. В момент пищеварения лимфа имеет вид молока из-за эмульсии в ней жира и жироподобных веществ.

Нервно-гуморальная регуляция — регуляция работы различных органов и, в частности, регуляция отделения пищеварительного сока в желудке и кишечнике, осуществляемая, с одной стороны, по нервам, а с другой — через кровь (гумор — т. е. жидкость). Если человек видит вкусную пищу или начинает ее жевать, то нервное возбуждение от зрительного аппарата, а также от полости рта идет по нервам в мозг. Оттуда по другим нервам идет сигнал к желудку, и вырабатывается желудочный сок. Выработка сока еще до попадания пищи в желудок обусловлена сложной нервной рефлекторной регуляцией.

Кроме того, при пищеварении в желудке образуются химические вещества, которые попадают в кровь и уже через кровь раздражают как нервные центры в мозгу, так и непосредственно железы желудка и кишечника. Этот процесс называется гуморальной регуляцией, или химической регуляцией.

Поджелудочная железа (по-латыни — «панкреас») вторая по величине после печени железа, расположена сзади от желудка. Ткань ее состоит из долек. Клетки этих долек вырабатывают поджелудочный (панкреатический) сок, поступающий по протоку в двенадцатиперстную кишку. Сок содержит ряд ферментов, участвующих в переваривании белков, жиров и углеводов.

Желчь усиливает действие сока поджелудочной железы.

Кроме того, в особых клетках железы — в островках Лангерганса, вырабатывается инсулин, поступающий в кровь и способствующий усвоению сахара.

Полипоз — разрастание полипов в желудке, кишечнике, в носу.

Полипы — это особые опухолевидные разрастания слизистой оболочки различных органов, имеющие обычно грибовидную форму. Размеры их раз-

личны от горошины до яйца. Полипы могут быть единичными и множественными.

В последнее время предполагают, что полипы являются следствием раздражения слизистой оболочки вирусами (мельчайшими микроорганизмами).

Полипоз требует постоянного медицинского наблюдения, а часто и оперативного удаления, так как из полипов может развиваться злокачественная опухоль.

Прободение желудка (язвы желудка) — прорыв стенки желудка.

При язве желудка процесс начинается со слизистой (внутренней) оболочки желудка и распространяется вглубь, захватывая мышечную оболочку, и наконец, наружную оболочку; при этом легко наступает ее прорыв. Содержимое желудка выливается в брюшную полость и может вызвать воспаление брюшины.

Прободение наступает чаще при физическом напряжении, после обильной еды, сопровождается появлением резчайшей боли, сравнимой с ударом кинжала. При этом запрещается прием пищи и воды, прием обезболивающих средств. Необходим срочный вызов врача.

Серозная ткань. — представляет собой наружный слой или наружную оболочку желудка или кишок. Стенка этих органов состоит из трех слоев: внутренний слой — слизистая оболочка, средний — мышечный слой и наружный — серозная оболочка.

Спазм кишечника — от греческого слова «спазмос», что означает — судорога, сокращение. При спазме кишечника происходит усиленное сокращение мышц стенки кишки, вызывающее ее напряжение и сужение просвета.

У здорового человека при обычной работе кишечника происходит чередование участков спазма с участками расслабления кишки, т. е. происходит так называемая перистальтика кишечника, способствующая перемешиванию пищи и ее продвижению по кишечнику. При повышенной склонности к спастическим сокращениям кишечника могут возникать болевые ощущения в животе.

Споры — особая форма существования некоторых бактерий, в которую они переходят обычно при неблагоприятных условиях внешней среды. При этом задерживается размножение бактерий; они покрываются плотной оболочкой, устойчивой к охлаждению, к нагреванию.

Если обычные бактерии (бациллы), например ботулизма, погибают при нагревании продуктов до 80°, то споры этих бацилл погибают лишь при 100—120° и очень длительной их обработке.

Стоматит — от греческого слова «стома» — ротовая полость»; частица «ит» употребляется для обозначения воспаления.

Стоматит — воспаление слизистой оболочки ротовой полости, протекает с образованием язвочек, белых налетов, с ощущением жжения во время еды; вызывается различными микробами и грибами. Возникает чаще у детей, а также у лиц, ослабленных различными заболеваниями, при недостатке витамина В₂. Грибковый стоматит может возникать при длительном применении антибиотиков.

Лечение: исключение острой пищи, смазывание язв бриллиантовой зеленью, прием витаминов В₂, С.

Сфинктер (от греческого слова «сфинго» — сжимаю, стягиваю) — представляет собой систему мышечных кольцевых волокон, расположенных вокруг какого-либо отверстия, закрывающих или суживающих его при своем сокращении. В желудочно-кишечном тракте сфинктеры имеются у места перехода пищевода в желудок — кардиальный сфинктер (между желудком и двенадцатиперстной кишкой), пилорический (у места перехода тонкого кишечника в толстый), а также два сфинктера в прямой кишке. Сфинктеры регулируют как прохождение пищи из одного отдела пищеварительного тракта в другой, так и акт испражнения. Работой некоторых сфинктеров человек может управлять произвольно, например сфинктером заднего про-

хода и мочевого пузыря, т. е. человек может произвольно задержать акт дефекации или мочеиспускания.

Токсин — ядовитое вещество, образующееся в процессе жизнедеятельности различных микробов. При пищевых отравлениях большую роль играет часто не сам микроб, а попадание с пищей его токсина, например при ботулизме, при загрязнении продуктов питания микробами — стафилококками.

Тонзиллит — хронический воспалительный процесс в миндалинах (особых лимфоидных железах, расположенных в зеве), являющийся следствием частых ангин, вызываемых стрептококками, стафилококками. Основным признаком тонзиллита является увеличение миндалин, наличие в них гнойных пробок. Присутствие в них микробов делает их очагом инфекции, опасным для поражения других органов (сердца, суставов, почек). Лечение чаще оперативное.

Тонус — напряжение. Характеризует чаще степень напряжения или упругости стенок различных органов, желудка, кишок, желчного пузыря, кровеносных сосудов, мышц.

Повышение тонуса желудка, кишечника и т. д. является следствием сокращения мышечных волокон, находящихся в стенке перечисленных органов.

Ферменты — сложные химические вещества, которые образуются в различных клетках живых организмов; они способны резко усиливать ход химических реакций.

В процессе пищеварения ферменты способствуют быстрому расщеплению сложных продуктов питания до менее сложных соединений, которые и всасываются в кишечнике.

В пищеварении участвует более 12 ферментов. Ферменты участвуют также в других процессах обмена веществ, в усвоении кислорода и выделении углекислоты при дыхании, а также в работе мышц.

Сила ферментов велика: так, 1 часть желудочного фермента хилузина способна вызвать свертывание 400000 частей молока. 1 г желудочного фермента пепсина способен переварить за 2 часа около 50 кг яичного белка и превратить его в менее сложное вещество — полипептид.

Холецистит — воспаление желчного пузыря, возникающее при попадании в него различных микробов или лямблий. Особенно часто он возникает при наличии в пузыре камней (желчнокаменная болезнь), при застое желчи — у беременных, а также при пониженной кислотности желудочного сока. Холецистит сопровождается болями в области правого подреберья, особенно после жареной и жирной пищи. Для лечения холецистита применяются антибиотики, диета с исключением жареного, острых продуктов, ограничением жиров, курортное лечение (Ессентуки, Карловы Вары, Трускавец).

Советуем прочитать

Алиева В. И. Питание при хронических болезнях кишечника. М., Медгиз, 1960.

Книга даст вам дополнительные сведения о принципах лечебного питания при болезнях кишечника (колите, энтерите), разработанных Институтом питания АМН СССР.

Гукасян А. Г. Язвенная болезнь. М., Медгиз, 1961.

Книга широко освещает особенности наиболее серьезного заболевания желудочно-кишечного тракта — язвенной болезни. Более подробно представлены варианты диет при этом заболевании.

Жуковский В. К. Гастриты и язвенная болезнь. М., Медгиз, 1960.

Автор разбирает связь между гастритами и язвенной болезнью.

Меньшиков Ф. К. Лечебное питание при заболеваниях органов пищеварения. М., «Знание», 1961.

Книга дает ценные сведения и новые данные о значении лечебного питания при различных нарушениях пищеварения. Автор основывается на большом опыте в этом вопросе Института питания АМН СССР.



11 коп.

70063



А.Т. ГУКАСЯН

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

АРОДНЫЙ
НИВЕРСИТЕТ
УЛЬТУРЫ

1

1963