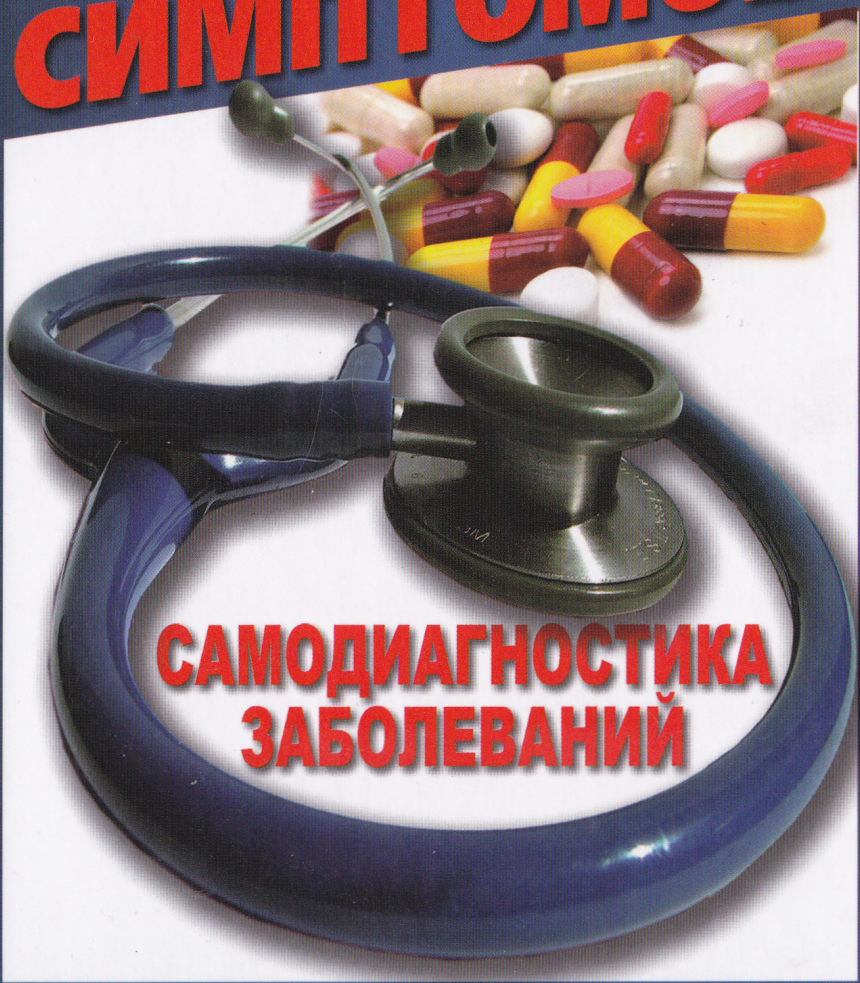




ПОЛНЫЙ СПРАВОЧНИК СИМПТОМОВ



**САМОДИАГНОСТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ББК 53.4
P82

Рудцкая Тамара

P82 Полный справочник симптомов. Самодиагностика заболеваний.— Донецк: ООО «Агентство Мультипресс», 2013.— 288 с.

ISBN 978-966-519-268-8

Справочник поможет читателю разобраться в медицинской терминологии, узнать о причинах и симптомах различных болезней и возможных способах их лечения. Удобное расположение справочного материала позволит быстро сориентироваться в огромном море болезней, оперативно найти все необходимые сведения для оказания незамедлительного лечения или врачебной помощи.

ББК 53.4

Довідник допоможе читачеві розібратися в медичній термінології, дізнатися про причини й симптоми різних хвороб і можливі способи їх лікування. Зручне розташування довідкового матеріалу дозволить швидко зорієнтуватися у великому морі захворювань, оперативно знайти всі можливі відомості для надання негайного лікування або долікарської допомоги.

БУДЬТЕ ВСЕГДА ЗДОРОВЫ!

Болезнь всегда приходит внезапно. И всем известно, что при наличии явных признаков неблагополучия в организме очень важно не медлить и своевременно обратиться за медицинской помощью. Как правило, это относится к ярко выраженным симптомам заболевания — таким, как боль в груди, животе, необъяснимые кровотечения и др. Но следует знать, что есть и другие, менее очевидные симптомы, которые могут вызвать у вас сомнения в необходимости обратиться к врачу. Их ни в коем случае нельзя игнорировать! Вот список предупреждающих симптомов, заслуживающих вашего внимания:

- 1) необоснованная потеря веса;
- 2) сохраняющаяся высокая температура;
- 3) одышка;
- 4) необъяснимые изменения в функционировании кишечника;
- 5) изменения в психике;
- 6) головная боль;
- 7) краткосрочная потеря зрения, способности говорить или контролировать движения тела;
- 8) внезапные вспышки света в глазах;
- 9) ощущение сытости после того, как вы съели очень мало;
- 10) горячие, красные или опухшие суставы.

Все эти симптомы могут сигнализировать о скрытых инфекциях и серьезных заболеваниях. Научитесь распознавать их. Наша книга поможет вам в этом.

Будьте всегда здоровы!

О ЧЕМ ГОВОРЯТ СИМПТОМЫ: ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНИЗМА

ЧТО ТАКОЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

Болезни бывают тяжелые и легкие. Это всем известно, и всем, вроде бы, понятно. Однако, ясность здесь обманчивая. Если, например, у человека рак, вы наверняка скажете, что он болен очень тяжело, хотя сам больной в данный момент может чувствовать себя прекрасно и даже не подозревать, что нездоров. С другой стороны, выздоровев от гриппа, человек может сказать, что болел очень тяжело, имея в виду вовсе не опасность болезни (тем более, что она уже прошла), а свое самочувствие.

Такая неоднозначность связана с тем, что в этих двух случаях речь идет о совершенно разных вещах. В первом случае говорят о болезни. Во втором — о состоянии, возникшем во время болезни. Когда, например, человек кашляет, трудно сказать, чем он болен. Кашель — это только отдельный признак болезни, или *симптом*. Любой симптом может возникнуть при многих болезнях.

Симптомы никогда не появляются в одиночестве, без сопровождения других признаков болезни. Каждый из них имеет «родственников», то есть одновременно с ним появляются и другие, вполне определенные симптомы. Так, например, у человека, страдающего кашлем, обычно спрашивают, нет ли у него насморка или головной боли, или температуры. Насморк, кашель, головная боль и невысокая температура — «родственники». Они обычно появляются вместе.

В то же время у такого больного вряд ли спросят, не тошнит ли его. Тошнота, конечно, может вдруг возникнуть и у него, но это будет простой случайностью: она «не в родстве» с кашлем и насморком. Группу родственных симптомов, которые обычно появляются одновременно, называют *синдромом*. Именно синдром определяет состояние больного в каждое конкретное время.

Как и симптомы, один и тот же синдром может возникать при разных заболеваниях. Кашель, насморк и головная боль могут некоторое время определять состояние больного при простуде, гриппе, воспалении легких, туберкулезе и легочной чуме. Поэтому не

только по симптому, но и по синдрому нельзя судить о болезни. Болезнь — это цепочка синдромов, их закономерная последовательность. Именно эта последовательность состояний (синдромов) создает картину страдания во времени, картину процесса, имеющего начало, течение и окончание. Этот процесс и есть болезнь.

Разобравшись в теоретических сложностях, нетрудно понять, какая огромная разница между утверждениями «у него очень тяжелая болезнь» и «у него очень тяжелое состояние». Состояние (синдром) определяет, насколько тяжело имеющееся в данное время расстройство, и ничего не говорит (или, по крайней мере, говорит недостаточно) о тяжести болезни.

Таким образом, симптомы — это характерные проявления или признаки различных болезненных состояний. Число известных и описанных симптомов очень велико, но, вероятно, не меньшее их количество еще не описано, т. к. из сотен и тысяч больных, страдающих одинаковой и весьма характерной болезнью, каждый болеет по-своему.

При тщательном обследовании и расспросе больных в очень многих случаях обнаруживаются симптомы, нигде не описанные и не встречавшиеся даже очень опытному и внимательному специалисту. Поэтому при обследовании пациента в каждом отдельном случае каждый симптом должен быть выявлен, квалифицирован и сопоставлен с другими симптомами, благодаря чему может быть истолковано его происхождение и значение для диагноза, прогноза и выбора способов лечения.

Симптомы по способу выявления делятся на две основные, более или менее равноценные группы: субъективные и объективные. Многие склонны придавать основное значение объективным симптомам, между тем, на практике, так называемые субъективные симптомы, особенно при заболевании брюшных органов, а также, в более ранних стадиях или не резко выраженных формах, многих других заболеваний, имеют не меньшее или даже большее значение. Субъективными обычно считаются все симптомы, о которых больной сообщает врачу по собственному побуждению или характеризуя свое состояние. Сюда входят две подгруппы, которые надо строго различать:

1) симптомы, подлинно субъективные, определяемые самоощущением больного;

2) симптомы, условно субъективные, определяемые самонаблюдением больного, но также иногда и объективным наблюдением.

Объективные симптомы могут быть разделены на четыре подгруппы:

1) показательные симптомы, определяемые непосредственным восприятием при общем обследовании больного: по виду, на ощупь, по звуковым проявлениям, по запаху от больного и по совокупности разных проявлений;

2) характерные особенности выделений больного, обнаруживаемые непосредственным наблюдением;

3) объективные изменения, выявляемые особыми техническими приемами системного клинического исследования больного при помощи методического осмотра, ощупывания, выстукивания, сотрясения, выслушивания, различных измерений;

4) симптомы, выявляемые более сложными способами исследования, такими как графический метод, эндоскопия, рентген, зондирование и катетеризация, пробные проколы, лабораторное исследование.

В качестве выражения различных болезненных состояний симптомы могут быть подразделены на три категории, представляя собой:

1) временное или стойкое изменение (усиление, ослабление, исчезновение или извращение) нормальных жизненных проявлений;

2) изменение различных естественных или искусственно вызываемых рефлекторных актов;

3) непосредственное выражение определенных структурных изменений; сюда относят различные симптомы, связанные с такими процессами, как нарушение целостности, увеличение, уменьшение, изменение формы и положения органов и т. п.

Симптомы, относящиеся ко всем указанным категориям, могут представлять явления более простого или более сложного порядка.

Многие симптомы (как, например, кашель) наблюдаются при различных болезнях, однако в разных случаях кашель имеет неодинаковый характер, представляя целый ряд звуковых особенностей. В определении именно этих особенностей каждого симптома и условий возникновения этих особенностей и заключаются квалификация и толкование симптомов, дающие возможность дифференцировать данный симптом в каждом отдельном случае и при определенных заболеваниях и тем самым определять характер заболевания.

Сила проявления симптомов также должна быть предметом особого внимания при постановке диагноза.

Локализация симптомов имеет такое же значение, как и квалификация их. Особенно это относится к болям. Поэтому необходимо различать не только характер болей, но и место их возникновения, наибольшей интенсивности их проявления, а также направление и

место распространения. Большое значение имеет локализация в отношении многих других симптомов.

Немаловажное значение имеет для диагностики достоверность симптомов. Диагностическое значение симптомы имеют только в том случае, если они достоверны, точно квалифицированы и правильно истолкованы.

Разрабатывая схему лечения, необходимо учитывать все симптомы, причем не только опасные для жизни, но и неприятные для самочувствия больного. Только так можно успешно вылечить заболевание.

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ

ВОСПАЛЕНИЕ

Острое воспаление. Его распознают по следующим основным клиническим симптомам, которые, однако, не всегда могут присутствовать одновременно:

- *Покраснение* — возникает вследствие расширения сосудов.
- *Припухлость* — возникает на почве местного отека.
- *Повышенная температура*, обусловленная расширением сосудов.
- *Боль* — вызывается механическим растяжением, действием бактериальных токсинов и таких гуморальных продуктов, как гистамин.
- *Расстройство функции* — не является кардинальным симптомом и во многих случаях отсутствует.

Характер боли зависит от места воспаления. Как правило, боль при остром воспалении бывает постоянной, но при некоторых заболеваниях она имеет отличительные признаки (например, пульсирующая боль в опущенной руке при панариции или ночная боль при остеомиелите, т. е. характер боли зависит от места воспаления).

Хроническое воспаление. Протекает замедленно, причем его местные и общие симптомы выражены слабее, чем при остром воспалении, или могут вообще отсутствовать.

ИНФЕКЦИЯ

Если симптомы воспаления вызываются микроорганизмами, которые внедрились в какой-либо участок тела или проникли туда с током крови и размножились, то речь идет о заражении и инфекции.

Местный инфекционный процесс распознают с самого начала по пяти вышеописанным признакам воспаления. При заражении следует всегда обращать внимание на состояние лимфатических сосудов и узлов, так как они позволяют сделать заключение о способности защитных сил организма ограничить инфекцию. Поскольку выделяемые в очаге воспаления токсины разносятся по лимфатическим путям и нейтрализуются в лимфатических узлах, это может привести прежде всего к воспалению лимфатических сосудов (лимфангоит). Оно проявляется характерным образованием красноватого и болезненного тяжа или поверхностной, сетевидной, покрасневшей припухлости. Если в процесс вовлекаются лимфатические узлы (лимфаденит), то они увеличиваются, консистенция их бывает мягкой, а пальпация болезненной. При лимфангите в большинстве случаев при пальпации удается установить местное повышение температуры по ходу тяжа. Если заражение уже распространилось, то появляются, например, такие общие симптомы, как лихорадка, увеличение селезенки.

Если при инфекции мягких тканей происходит размягчение в центре уплотнения, то принято говорить об абсцессе. Характерным его признаком будет флюктуация. Типичными проявлениями являются фурункул, карбункул, панариций, гидраденит и мастит.

Если воспаление распространяется диффузно, без образования капсулы, не имеет четких границ и инфильтрирует в соседние ткани, говорят о флегмоне. Типичным проявлением стрептококкового заражения являются рожа, ангина, стрептодермия и послеродовая инфекция.

Гнилостная инфекция, приводящая к расплавлению тканей, вызывается гнилостными возбудителями. Гной имеет коричневатую окраску, каловый запах. При заражении синегнойной палочкой гной имеет сладковатый запах и зелено-синюю окраску.

Анаэробная инфекция приводит к таким заболеваниям, как столбняк, гангрена. Так называемая специфическая инфекция (например, туберкулез, сифилис, гонорея) вызывает воспаления с особым, характерным только для них течением.

УШИБ (КОНТУЗИЯ)

Местное повреждение тканей в результате ушиба называется контузией. Ее распознают по боли, припухлости и синюшной окраске, которая будет тем выраженнее, чем больше повреждено мелких сосудов. При каждом ушибе следует обращать внимание на сопутствующие неврологические и сосудистые расстройства. Нервы чрез-

вычайно чувствительны к давлению, поэтому после ушибов довольно часто встречается выпадение двигательной или чувствительной функций.

Ушиб артерии может привести к разрыву ее стенки и в таком случае возникает расстройство кровообращения вследствие перекрытия кровотока.

ПЕРЕЛОМЫ

Нарушение целостности кости, вызванное насилем или патологическим процессом (опухоль, воспаление и др.). По состоянию кровеносных тканей переломы делят на открытые и закрытые. По происхождению — на врожденные (внутриутробные) и приобретенные, которые в свою очередь бывают травматическими и патологическими. По особенностям линии перелома — на поперечные, косые, винтообразные, оскольчатые, вколоченные и др.

Клинические симптомы при переломах. Местные: боль, деформация органа, нарушение его функции, ненормальная подвижность, укорочение конечности и костный хруст (крепитация). Из общих явлений могут наблюдаться интоксикация, шок, развивающийся в связи с сильными болями в области перелома; всасывание продуктов распада травмированных тканей может сопровождаться нарушением функции почек.

Боль возникает в момент перелома кости, она бывает различной продолжительности и интенсивности. При травмировании нервных стволов костными осколками, развитии больших гематом она обычно очень сильная, особенно во время движения, и уменьшается при покое. Даже осторожное ошупывание вызывает сильную боль, локализирующуюся по линии перелома. Этот симптом облегчает диагноз при отсутствии других признаков перелома и при трещинах кости. Он очень важен при переломах костей, глубоко укрытых мягкими тканями или не дающих большого смещения отломков при удержании их в нормальном положении соседней неповрежденной костью (трещины и переломы ребер, малоберцовой кости и др.).

Важный признак — нарушение функций. Только при вколоченных переломах он выражен слабо, а при переломах костей конечностей со смещением — обычно настолько резко, что попытки движения рукой или ногой вызывают резкие боли.

Отмечается появление на протяжении кости ненормальной, патологической подвижности. При переломах плоских и коротких костей она выражена слабо; наоборот, при переломе длинных трубчатых

костей хорошо заметна. Смещение костных отломков под тягой спастически сократившихся мышц приводит к укорочению конечности.

При смещении костных отломков по отношению друг к другу появляется костный хруст (крепитация). Он ощущается рукой при перекладывании пострадавшего, при попытках к движению, при наложении повязки.

РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК

Под растяжением связок подразумевают обусловленное травмой форсированное движение сустава, превышающее нормальный объем по оси вращения, или движение сустава по неправильной оси вращения. При этом возможны различные повреждения тканей — от простого растяжения капсулы и связочного аппарата с мелкими надрывами до полного разрыва отдельных связок или частей капсулы. Ведущим симптомом является боль. В отличие от перелома она усиливается при потягивании поврежденного сустава, в то же время при постукивании по оси боль остается прежней или даже уменьшается.

Припухлость зависит от выпота в суставе, вызванного травматическим воспалением, и от количества поврежденных кровеносных сосудов. Этим же объясняется окрашивание, обусловленное кровоизлиянием.

ВЫВИХИ

Стойкое ненормальное смещение суставных поверхностей по отношению друг к другу. Если они перестают соприкасаться, вывих называется полным; при частичном соприкосновении — неполным или подвывихом. Вывих обычно сопровождается разрывом капсулы сустава и выходом одной суставной поверхности через разрыв.

Обстоятельства травмы и механизм повреждения выясняются при опросе пострадавшего. Типичны жалобы на боль в суставе и невозможность движения в нем из-за усиления болей. Иногда отмечается онемение конечности, что связано со сдавлением нервных стволов и фиксацией вывихнутого фрагмента спастически сокращенными мышцами. Отмечается вынужденное неправильное положение конечности и деформация области сустава.

ОПУХОЛИ

Опухолью называется патологическое образование, развившееся в результате размножения клеток организма, отличающееся

разнообразием строения и обособленностью роста. Симптомы опухоли различны и специфичны.

Боль. Сама опухолевая ткань, как правило, не причиняет боли. Боли, обусловленные опухолью, зависят чаще всего от растяжения соседних тканей быстрым ростом опухоли, прорастания опухоли нервных тканей или нарушения функции органа. Так, ночные боли в костях могут указывать на первичную опухоль костей или метастазы в них.

Величина, форма и отграничение опухоли. Величина опухоли никогда не позволяет установить ее прогноз. Круглая, четко отграниченная опухоль скорее будет доброкачественной, в то время как опухоль неопределенной формы и без четких границ часто указывает на инфильтративный рост.

Поверхность опухоли может иногда дать указание на ее характер. Так, быстро растущая киста отличается от злокачественной опухоли своей гладкой поверхностью. По крупным буграм на поверхности печени удается отличить метастазы от цирроза, для которого характерны мелкие бугорки. Опухоль с гладкой поверхностью, прощупываемая в глубине молочной железы, говорит в пользу кисты, а не рака. Диагностическое значение имеет также поверхность кожных образований (например, если пигментное пятно меняет свою окраску, а его поверхность начинает кровоточить, то следует опасаться его превращения в меланому).

Консистенция опухоли. Мягкая консистенция обычно свидетельствует о доброкачественном образовании и встречается при опухолях жировой ткани чаще, чем при опухолях, обусловленных воспалительными изменениями паренхиматозных органов или разрастаниями на слизистой оболочке (например, папилломы). Но мягкую консистенцию может иметь и быстро растущая, распадающаяся злокачественная опухоль. Твердая консистенция образуется вследствие разрастания соединительной ткани и присуща прежде всего фиброме или келоиду.

Плотноэластической является всякая опухоль, наполненная жидкостью, покрытая капсулой, с повышенным внутриполостным давлением. Капсула в таких случаях бывает крайне напряжена, а ее эластичность снижена из-за растяжения. При усилии можно вдавить напряженную капсулу, но она тотчас принимает прежнюю форму после прекращения давления. Полость, наполненная жидкостью, но не испытывающая напряжения, будет не тугоэластической, а флюктуирующей (абсцесс).

Деревянистая консистенция характерна для раковой опухоли. В сочетании с отсутствием четких границ, бугристой поверхностью и зачастую болезненностью при пальпации она позволяет установить диагноз. Очень твердая консистенция указывает скорее на доброкачественное, чем на злокачественное образование.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

БОЛЬ

Возникновение болей, чаще в грудной клетке, является важным, иногда самым ранним признаком заболевания сердца. Особо внимания требует внезапно развившаяся острая боль в груди, нередко являющаяся непосредственным поводом обращения больного за медицинской помощью. Правильная оценка болевого синдрома имеет исключительное значение, так как от этого зависит характер мероприятий по оказанию неотложной помощи.

Не всякая боль в грудной клетке и даже ощущаемая в области сердца свидетельствует о заболевании сердечно-сосудистой системы. Довольно интенсивные боли в груди могут наблюдаться при многих патологических процессах в других органах и системах. В то же время боли, обусловленные заболеваниями сердечно-сосудистой системы, имеют различное происхождение и прогностическое значение. Наибольшую опасность представляет болевой синдром, являющийся следствием острой коронарной недостаточности и, в частности, инфаркта миокарда. При ряде заболеваний сердца возникновение болей обуславливается нарушениями обменных процессов в сердечной мышце и расстройствами функции регулирующих деятельность сердца нейрогуморальных механизмов.

Во избежание серьезных диагностических ошибок в распознавании сущности болевого синдрома необходимо тщательно проанализировать особенности болевого синдрома путем целенаправленного расспроса больного. Важно уточнить начало и темп развития болей, их локализацию и характер, выраженность, иррадиацию, обстоятельства их возникновения, длительность болевого приступа. Расспрос надо вести так, чтобы не превратить его в навязывание больному своего представления о боли.

Диагностическое значение болевого синдрома особенно велико у больных ишемической болезнью сердца (стенокардия, предынфарктное состояние, инфаркт миокарда).

Для приступа стенокардии (грудной жабы) наиболее типичны кратковременные боли сжимающего характера за грудиной или в области сердца, распространяющиеся в левое плечо, под лопатку или в руку. Как правило, боль возникает во время или тотчас же после физического напряжения или психоэмоционального возбуждения. Боль обычно быстро исчезает после приема нитроглицерина или прекращения нагрузки (в покое). Существуют и другие варианты приступов стенокардии.

Одним из самых ранних, наиболее ярких и постоянных симптомов является боль при инфаркте миокарда. Типичный болевой синдром при этом заболевании во многом сходен с таковым при приступе стенокардии. Однако боль при инфаркте миокарда, чаще локализуемая за грудиной или в области сердца, как правило, гораздо интенсивнее и продолжительнее. То усиливаясь, то ослабевая, она может продолжаться несколько часов и даже суток, не прекращаясь после приема нитроглицерина, а в некоторых случаях и после введения наркотиков. Кроме того, область иррадиации боли при инфаркте миокарда обычно более обширная, чем при приступе стенокардии.

Нередко боли в грудной клетке, чаще в области сердца, возникают у больных с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, в частности, при вегетососудистой дистонии. Главной жалобой при этом заболевании, развивающемся в основном у людей молодого возраста, чаще бывает боль, возникающая или усиливающаяся при эмоциональном напряжении. В ряде случаев эта боль напоминает приступ стенокардии, и истинный ее характер удастся распознать лишь после длительного наблюдения и тщательного обследования больного. В отличие от стенокардии боль при вегетососудистой дистонии обычно локализуется в области верхушки сердца и крайне редко ощущается за грудиной. Многие больные характеризуют ее как прокалывающую (колющую), но нередко боль бывает ноющей, продолжающейся часами и днями. Болевые ощущения, как правило, не вызываются физической нагрузкой. Напротив, движение и легкая физическая работа способствуют уменьшению и даже прекращению боли. Прием нитроглицерина иногда уменьшает боль, но нередко не оказывает положительного действия или же ухудшает состояние больного. Лучший болеутоляющий эффект удастся получить от приема препаратов

валерианы, бромидов и транквилизаторов. Надо иметь в виду, что, помимо болевого синдрома, в клинической картине вегетососудистой дистонии часто выявляются невротические расстройства. Больные жалуются на повышенную утомляемость, раздражительность, головную боль, головокружение, бессонницу, неустойчивость настроения. При объективном обследовании признаки органического поражения сердечно-сосудистой системы обычно не выявляются. Колющая или тупая боль в области сердца, длящаяся часами, нередко наблюдается в климактерическом периоде, особенно у женщин. Она не исчезает после применения нитроглицерина, сопровождается различными вегетативными нарушениями и невротическими проявлениями.

Болевой синдром, связанный с нарушениями регуляции кровообращения, встречается и в период «становления» гипертонической болезни. Болевые ощущения в области сердца у этих больных мало отличаются от таковых при вегетососудистой дистонии. Чаще боли в сердце возникают в период обострения заболевания (при кризах) и могут напоминать приступ стенокардии. При сформировавшейся гипертонической болезни (II и III стадии) боли в области сердца и за грудиной обуславливаются, как правило, присоединившейся ишемической болезнью сердца и носят стенокардический характер.

Болевой синдром нередко наблюдается у больных миокардитом. Для этого заболевания наиболее характерными являются тупые, ноющие длительные боли в области сердца без отчетливой иррадиации. В отличие от невротических болей они усиливаются при физической нагрузке. У части больных, страдающих миокардитом, боли в сердце носят приступообразный характер и напоминают болевой синдром при приступе стенокардии или инфаркте миокарда. Установить истинное происхождение болей помогают такие признаки миокардита, как одышка, сердцебиение, перебои в деятельности сердца, выраженная общая слабость. При обследовании обращают на себя внимание глухость тонов сердца, расширение его границ, систолический шум на верхушке. Артериальное давление у большинства больных, страдающих миокардитом, несколько снижается. Важное диагностическое значение придается указанию на связь заболевания с недавно перенесенным гриппом, острым респираторным заболеванием, ангиной, а также данными ЭКГ.

Боли в области сердца бывают при остром перикардите. Обычно они не носят сжимающего характера, как это бывает при стенокардии и инфаркте миокарда. Для перикардита характерно посте-

пенное нарастание колющей, ноющей или режущей боли, выраженность которой зависит от положения тела. При сухом перикардите больные нередко жалуются на постоянную, часто давящую боль в области сердца, усиливающуюся при глубоком вдохе, кашле и изменении положения тела. По мере накопления жидкости в перикардиальной полости боль может иррадиировать в левую руку, спину, шею и верхнюю половину живота. Болеутоляющий эффект от приема нитроглицерина отсутствует. Установлению диагноза перикардита способствуют данные анамнеза, нередко выслушиваемый шум трения перикарда, рано появляющаяся лихорадка, а также характерные ЭКГ признаки, изменения крови (увеличенная СОЭ, лейкоцитоз), данные рентгенологического и других специальных исследований.

Причиной развития болей в грудной клетке могут быть нарушения внутрисердечной и общей гемодинамики при некоторых клапанных пороках сердца. Чаще синдром грудной жабы возникает при аортальном пороке, чем при митральном. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и соответствующих объективных признаков порока сердца.

Внезапное возникновение жесточайшей боли за грудиной, иррадиирующей в спину, вдоль позвоночника, в плечи, шею, живот, характерно для расслаивающей аневризмы аорты, чаще возникающей у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих гипертонической болезнью. По мере распространения расслаивания боль может перемещаться и в другие области, в частности, в нижние конечности. Диагноз подтверждается нередким выявлением асимметрии пульса на сонных и лучевых артериях, иногда удается выявить значительную разницу в уровне артериального давления на левой и правой руках. Боль при расслаивающей аневризме аорты очень интенсивна и упорна. Даже повторное введение наркотиков в большинстве случаев ее не уменьшает. Без дополнительных специальных исследований распознать расслаивание аорты чрезвычайно трудно, поэтому на догоспитальном этапе этот диагноз обычно ставят предположительно, дифференцируя от наиболее распространенного заболевания, протекающего с выраженным болевым синдромом, — инфаркта миокарда.

Боли в грудной клетке могут возникнуть не только при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Нередкими их причинами могут явиться поражения плевры и легких.

При заболеваниях органов дыхания иногда возникают довольно сильные боли за грудиной или в области сердца, которые могут

ощущаться также в левой руке и под лопаткой, но в отличие от стенокардической боли они не носят приступообразного, сжимающего характера, а чаще бывают тупыми, тянущими, ноющими, усиливающимися при глубоком дыхании и кашле. Боли, обусловленные раздражением плевры, не исчезают после приема нитроглицерина.

Остротой, резкостью и внезапностью возникновения отличается боль в грудной клетке при спонтанном пневмотораксе. При левосторонней его локализации клиническая картина может напоминать картину острого инфаркта миокарда. Правильной постановке диагноза помогают данные объективного обследования (аускультация, перкуссия). Кроме того, при спонтанном пневмотораксе можно отметить связь возникающих болей с дыхательными движениями, поворотами и положением тела. Возраст больных со спонтанным пневмотораксом в большинстве случаев молодой.

Стенокардические боли иногда напоминают болевой синдром, обусловленный поражениями периферических нервов и опорно-двигательного аппарата.

Постоянными, временами усиливающимися, бывают боли при межреберной невралгии, которые распространяются по ходу межреберий. Чаще всего боль бывает опоясывающей, распространяется в обе лопатки и усиливается при движении и глубоком дыхании.

Острейшая боль по ходу межреберных нервов наблюдается при опоясывающем лишае. Боль появляется еще до возникновения типичных для этого заболевания герпетических пузырьков, что при левосторонней ее локализации может затруднить диагностику. Нередко таким больным ставят диагноз «стенокардия» или «инфаркт миокарда». Только дальнейшее наблюдение и обследование позволяют поставить правильный диагноз. Следует знать, что нитроглицерин не снимает боли, обусловленные опоясывающим лишаем. Боли несколько уменьшаются при назначении анальгина и наркотических анальгетиков.

Схожими со стенокардическими могут быть боли при остеохондрозе шейного и грудного отделов позвоночника. Эти боли нередко возникают в левой половине грудной клетки и одновременно под левой лопаткой. Иногда они довольно выражены и заставляют думать о возможности развития стенокардии или инфаркта миокарда. Однако в отличие от болей при ишемической болезни сердца болевой синдром у больных остеохондрозом шейного и грудного отделов позвоночника развивается без очевидных внешних причин, продолжается длительно, редко локализуется за грудиной, бо-

ли не носят сжимающего характера и не снимаются приемом нитроглицерина. Кроме того, боли обычно усиливаются при движениях в шейном и грудном отделах позвоночника, иногда при движениях в левом плечевом суставе. В некоторых случаях болевые ощущения в области сердца возникают во время сна, после изменения положения тела они постепенно уменьшаются и исчезают.

Боль в области левой половины грудной клетки может наблюдаться и при ряде острых и хронических заболеваний органов брюшной полости.

В каждом конкретном случае происхождение болей в грудной клетке необходимо тщательно анализировать, ибо не всегда их возникновение является рефлекторным. В ряде случаев у больных с заболеваниями органов брюшной полости могут развиваться истинная стенокардия и инфаркт миокарда.

ОДЫШКА И УДУШЬЕ

Под одышкой принято понимать изменение частоты, ритма и объема дыхания. Чрезмерную одышку называют удушьем. Одышка является одним из наиболее часто встречающихся признаков многих болезней сердечно-сосудистой системы. Субъективно одышка выражается в затрудненном дыхании, сопровождающемся ощущением нехватки воздуха. Если она появляется внезапно, быстро нарастает и переходит в приступ удушья, то возникает необходимость в оказании неотложной помощи.

Одышка (удушье) не является симптомом, характерным только для болезней сердца, и встречается при многих других заболеваниях. Более того, обычно одышка свидетельствует не о заболевании сердца как таковом, а о нарушении кровообращения, особенно в легких, развивающемся в результате того или иного сердечно-сосудистого заболевания. В таких случаях одышка нередко бывает первой, а иногда и единственной жалобой больного, являясь следствием недостаточной сократительной функции сердечной мышцы. Поэтому при заболеваниях сердца темп развития одышки, ее выраженность, зависимость от физической нагрузки служат показателями остроты и степени выраженности нарушения кровообращения.

Частыми причинами одышки, непосредственно не связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являются различные патологические изменения системы дыхания. Одышка в этих случаях может возникнуть при остром или хроническом стенозировании дыхательных путей, воспалительных и деструктивных заболеваниях бронхов, легких и плевры.

Своеобразно текущие приступы удушья характерны для бронхиальной астмы.

Причинами одышки могут быть острая анемия, острые сосудистые заболевания головного мозга, коматозные состояния, нарушения функции центральной нервной системы. Одышка наблюдается и у здоровых людей при значительных физических нагрузках, при недостатке кислорода в воздухе и т. п.

В неотложной помощи всегда нуждаются больные с приступообразной одышкой (удушьем), часто являющейся клиническим выражением острой левожелудочковой недостаточности. Такой тип одышки (удушья) обычно встречается при заболеваниях, сопровождающихся острым повреждением миокарда левого желудочка или же при длительной перегрузке его (инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, кардиосклероз, аортальные пороки сердца, миокардит). У больных митральным стенозом возникновение приступа удушья обуславливается остро развившимся застоем крови в малом круге кровообращения вследствие значительного сужения левого предсердно-желудочкового отверстия.

СЕРДЦЕБИЕНИЕ

Под сердцебиением понимают субъективное ощущение сердечных сокращений в виде толчков в грудную клетку или даже вне этой области.

Сердцебиение чаще возникает при ускоренной деятельности сердца, но может ощущаться при нормальной или даже замедленной его работе, поэтому сердцебиение нельзя отождествлять с простым увеличением частоты сердечных сокращений (тахикардией). Жалобы на сердцебиение могут быть без наличия тахикардии. Более того, увеличение частоты сокращений сердца не всегда сопровождается ощущением сердцебиения.

Сердцебиение возникает не только при заболеваниях. Оно ощущается и здоровыми людьми при выполнении значительной физической работы, при психоэмоциональных воздействиях, употреблении крепкого кофе, чая, алкоголя и т. п. В этих случаях оно является, как правило, физиологическим явлением. Через относительно короткий период времени после устранения причины ощущение сердцебиения у здоровых людей исчезает.

Сердцебиение становится патологическим явлением, если оно носит затяжной характер и бывает значительно выраженным без явных внешних причин для его возникновения или поддержания.

Сопутствующие ощущению сердцебиения боли в области сердца, нарушения дыхания, увеличение частоты сердечных сокраще-

ний, а иногда и нарушения их ритма нередко свидетельствуют о серьезности заболевания и необходимости оказания неотложной помощи.

Сердцебиение является одним из частых проявлений функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы, и, в частности, вегетососудистой дистонии. При ней ощущение сердцебиения возникает в результате воздействия различных факторов (чаще психоэмоционального). При этом часто сердцебиение сочетается с появлением ноющих или колющих болей в области сердца, умеренным учащением пульса и обилием жалоб неврастенического характера.

Сердцебиение является весьма распространенным симптомом органических заболеваний сердечно-сосудистой системы. Оно нередко наблюдается при поражениях миокарда (инфаркт миокарда, миокардит, миокардиодистрофия), у больных, страдающих гипертонической болезнью, пороками сердца и другими заболеваниями, сопровождающимися недостаточностью кровообращения. По мере ослабления сократительной функции сердечной мышцы выраженность ощущения сердцебиения в большинстве случаев уменьшается.

Специального рассмотрения заслуживают сердцебиения, обусловленные нарушениями ритма сердечных сокращений. Сюда входят различные нарушения автоматизма, возбудимости, проводимости сердца и их сочетания. Острые нарушения сердечного ритма нередко значительно ухудшают кровообращение, а в ряде случаев представляют непосредственную угрозу для жизни больного. Внезапно развившийся аритмический приступ иногда распознается по единственному признаку — тягостному ощущению сердцебиения. Ощущения сердцебиения могут вызвать приступы синусовой тахикардии, пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии, экстрасистолической аритмии. При некоторых формах аритмий ощущения сердцебиения могут отсутствовать.

Острые нарушения ритма сердечных сокращений, ощущаемые больными в виде сердцебиения, часто свидетельствуют о неотложном состоянии.

ЦИАНОЗ

Цианозом называют синюшное окрашивание кожи и слизистых оболочек, в большинстве случаев обусловленное заболеваниями или патологическими состояниями, сопровождающимися расстройствами кровообращения и дыхания.

По механизму возникновения принято различать три основных типа цианоза: центральный, периферический и смешанный. При первом из них увеличивается содержание восстановленного гемоглобина в связи с нарушениями оксигенации крови в легких. В результате прохождения крови, содержащей большое количество восстановленного (окрашенного в более темный цвет) гемоглобина, через мелкие сосуды (капилляры, артериолы, венулы) кожи и слизистых оболочек возникает их синюшная окраска. Тип цианоза, который развивается в результате гипоксемии, возникающей в связи с уменьшением насыщения артериальной крови кислородом, носит название центрального («теплого»). «Теплым» его называют потому, что температура кожи не понижается.

Чаще всего центральный тип цианоза встречается при острых и хронических заболеваниях органов дыхания. Остро возникающее ухудшение газообмена в легких наблюдается при тромбозе легочной артерии и ее ветвей, тяжелом приступе бронхиальной астмы, спонтанном пневмотораксе, ателектазе легких, остром бронхолите, тяжелых пневмониях, милиарном туберкулезе и карциноматозе легких. Почти при всех перечисленных заболеваниях возникает необходимость в оказании больным неотложной помощи. Из хронических заболеваний наиболее часто к прогрессирующему нарастанию цианоза, преимущественно центрального типа, приводят хронический диффузный бронхит, распространенный пневмосклероз, эмфизема легких. Нарастание цианоза у этих больных, сочетающееся с усилением одышки, кашля, ухудшением состояния, может быть связано с обострением заболевания и увеличением степени выраженности дыхательной недостаточности.

Тип цианоза, который развивается вследствие увеличения утилизации кислорода тканями при нарушениях периферического кровообращения, носит название периферического («холодного»). При цианозе периферического происхождения кожа бывает холодной, так как скорость кровотока уменьшена. Этот тип цианоза наиболее характерен для сердечной недостаточности (острой и хронической) при сохранении удовлетворительного газообмена в легких. К числу заболеваний, при которых возникает преимущественно периферический тип цианоза, можно отнести инфаркт миокарда, кардиосклероз различного происхождения, гипертоническую болезнь, многие пороки сердца, миокардит, перикардит. Почти при всех вышечисленных заболеваниях имеет место не только замедление тока крови в мелких сосудах, ведущее к потере кровью кислорода и повышению в связи с этим восстановленного гемоглобина, но и

нарушение газообмена в легких. Поэтому цианоз при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, осложненных недостаточностью кровообращения, бывает, как правило, смешанным. Смешанный тип цианоза наблюдается и у больных с заболеваниями органов дыхания, если к дыхательной недостаточности присоединяется недостаточность кровообращения.

Помимо перечисленных причин, цианоз может быть следствием смешения артериальной крови с венозной, что наблюдается при некоторых врожденных пороках сердца. Встречается и местный цианоз, причиной которого является локальное нарушение кровообращения, например, при тромбофлебитах и варикозном расширении вен нижних конечностей.

Нередко цианоз заметен только в определенных областях (на кончике носа, губах, ушных раковинах, щеках, подбородке, на ногтевых фалангах пальцев). Такой цианоз называют акроцианозом.

От собственно цианоза, вызванного высоким содержанием восстановленного гемоглобина в капиллярной крови, необходимо отличать синеватый оттенок кожи и слизистых оболочек, обусловленный темноокрашенными производными гемоглобина крови, в частности, метгемоглобином и сульфгемоглобином. Такой «цианоз» наблюдается при отравлениях некоторыми химическими веществами (производные анилина и др.), а также при приеме некоторых лекарственных препаратов (фенацетин, сульфаниламиды, нитриты и др.). При метгемоглобинемии кожа бывает пепельно-серого или коричневатого цвета. При сульфгемоглобинемии преобладает пурпурный цвет губ, ушей и ногтевого ложа на фоне бледной кожи.

Из изложенного следует, что цианоз является признаком, указывающим, как правило, на серьезность заболевания. Внезапное появление и нарастание цианоза чаще всего свидетельствуют о неотложном состоянии.

ОТЕКИ

Отек — важный симптом различных патологических процессов, имеющий диагностическое значение в распознавании общих и местных расстройств кровообращения и другой патологии систем регуляции водно-электролитного обмена.

Обычно под отеком понимают чрезмерное накопление жидкости в подкожной клетчатке. В более широком смысле к понятию «отек» относят также избыточное скопление жидкости в тканях внутренних органов (отек легких, отек головного мозга). Кроме того, жид-

кость может скопиться в естественных полостях организма, в частности, в полости перикарда (гидроперикард), в плевральной полости (гидроторакс), в брюшной полости (асцит), в суставных сумках. Если накопление жидкости происходит быстро, то может возникнуть необходимость в оказании неотложной помощи больному.

При сердечно-сосудистых заболеваниях отеки являются следствием хронической (реже — острой) сердечной недостаточности, преимущественно правожелудочковой. Основной непосредственной причиной отеков при заболеваниях сердца является застой крови в венах большого круга кровообращения с повышением давления в них, а следовательно, и капиллярного гидростатического давления. В развитии отеков, связанных с недостаточностью правого отдела сердца, имеют значение и другие факторы (гипоксия тканей, приводящая к повышению проницаемости сосудов, изменения коллоидно-осмотического давления, задержка натрия и воды в тканях, некоторые гормональные сдвиги — повышенная секреция альдостерона и антидиуретического гормона).

Отеки у больных с заболеваниями сердца могут появляться на любой части тела. Под действием силы тяжести жидкость, как правило, скапливается на стопах и голенях, а у больных, вынужденных почти постоянно находиться в постели, отеки сначала появляются в области крестца, а затем в поясничной области. При выраженных отеках вследствие сердечной недостаточности в местах их расположения кожа становится бледно-синюшной.

Отеки могут возникать при многих заболеваниях сердца, осложнившихся правожелудочковой недостаточностью. К ним относятся различные пороки сердца, кардиосклероз, инфаркт миокарда, миокардиты. При наличии периферических отеков сердечного происхождения всегда обнаруживают увеличенную (застойную) печень. По мере нарастания периферических отеков развивается асцит, а в некоторых случаях гидроторакс и гидроперикард. Больные с выраженной одышкой, цианозом, распространенными отеками и асцитом нуждаются в оказании неотложной помощи и срочной госпитализации.

Помимо сердечной недостаточности, существуют другие причины возникновения отеков. Чаще других встречаются отеки, вызванные заболеваниями почек (острый и хронический гломерулонефрит, амилоидоз почек и др.). В отличие от отеков сердечного происхождения, сначала появляющихся на стопах и голенях, наиболее частым местом их локализации являются лицо и веки, и лишь затем — туловище и конечности. Кроме того, кожа при отеках, обус-

ловленных заболеваниями почек, обычно бледная, а при сердечной недостаточности — чаще синюшная.

Анамнез заболевания, данные обследования и лабораторные исследования осадка мочи позволяют установить правильный диагноз.

Своеобразные отеки кожи могут встретиться при сниженной функции щитовидной железы (микседема). В отличие от истинного отека микседематозное набухание кожи наблюдается в большинстве случаев на лице, тыльных поверхностях кистей и стоп.

Примечательно, что при надавливании на измененную кожу ямка при микседеме не образуется, что является дифференциально-диагностическим признаком.

Распространенными могут быть отеки при истощении (алиментарная дистрофия, раковая кахексия). В развитии такого рода отеков основное значение придается уменьшению онкотического давления плазмы крови из-за значительного снижения содержания белка в ней (гипопротеинемия). Эти отеки отличаются мягкой консистенцией и истонченной кожей над ними.

Иногда периферический отек может развиваться при остром тромбозе или варикозном расширении вен нижних конечностей. Обычно это местные отеки, которые в отличие от симметричных отеков при сердечной недостаточности локализуются на какой-либо одной конечности, нередко сопровождаются болями, покраснением кожи над ними, повышением местной температуры, что свидетельствует о воспалительных явлениях.

КАШЕЛЬ

Кашель наблюдается не только при заболеваниях органов дыхания, но и у лиц с патологическими изменениями сердечно-сосудистой системы, что обычно свидетельствует о серьезности болезни и необходимости оказания медицинской помощи, в ряде случаев неотложной.

Причиной кашля при болезнях сердца чаще всего является застой крови в малом круге кровообращения. Больные жалуются на упорный, приступообразный сухой кашель, усиливающийся при физической нагрузке. В покое приступ кашля постепенно затихает.

При острой левожелудочковой недостаточности, сопровождающейся выраженной одышкой или приступом удушья, кашель иногда опережает развивающиеся нарушения дыхания или сочетается с ними. Особенно упорным бывает кашель у больных с хронической левожелудочковой недостаточностью.

Он изнуряет больного, в конце затянувшегося приступа кашля выделяется тягучая вязкая мокрота, иногда с прожилками крови.

У больных с митральным пороком сердца кашель возникает еще в период отсутствия признаков недостаточности правого желудочка сердца и обусловлен застоем крови в легких. У таких больных, чаще при физическом напряжении, возникают приступы сухого раздражающего кашля с выделением небольшого количества мокроты, нередко окрашенной кровью.

Сухой и болезненный кашель с кровянистой мокротой наблюдается при инфаркте легкого, развившегося в результате тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии или тромбирования их при выраженной недостаточности кровообращения.

Кашель может быть при сухом или выпотном перикардите. Для перикардита наиболее характерен резкий раздражающий сухой кашель, сопровождающийся болью в грудной клетке, усиливающейся на вдохе.

Кашель при заболеваниях сердца может быть следствием не только сердечной недостаточности с застоем крови в легких, но и присоединения воспалительных изменений органов дыхания.

Частый и упорный кашель, особенно в виде длительных приступов, сопровождающийся повышением внутригрудного давления, может способствовать постепенному развитию гипертензии в малом круге кровообращения, эмфиземы легких и формированию хронического легочного сердца. Приступ сильного кашля может осложниться обмороком, нарушениями сердечного ритма, привести к разрыву альвеол и развитию пневмоторакса.

КРОВОХАРКАНЬЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Течение некоторых сердечно-сосудистых заболеваний в ряде случаев может сопровождаться развитием кровохарканья или легочного кровотечения. При кровохарканье в мокроте определяются отдельные прожилки крови. Выделение значительного количества крови обычно говорит о легочном кровотечении.

Одной из наиболее частых причин кровохарканья и небольшого легочного кровотечения является застой крови в малом круге кровообращения, обусловленный резким сужением левого предсердно-желудочкового отверстия у больных с митральным пороком сердца. Непосредственной причиной кровохарканья при митральном стенозе является повышение давления в системе легочной артерии, что приводит к выхождению крови из переполненных капилляров в альвеолы и легочную ткань. Разрыв застойных легочных

капилляров и венул обычно сопровождается небольшим легочным кровотечением, не оказывающим при этом заболевании неблагоприятного влияния на общее состояние больного. Однако наличие кровохарканья у больных с митральным пороком сердца обычно указывает на значительное сужение левого предсердно-желудочкового отверстия и является показанием к госпитализации для решения вопроса о тактике дальнейшего ведения их.

Кровохарканье, обусловленное застойными явлениями в малом круге кровообращения вследствие острой или подострой левожелудочковой недостаточности, является грозным симптомом. Он обычно свидетельствует о развивающемся отеке легких и требует проведения неотложных мероприятий.

К кровохарканью и небольшим легочным кровотечениям могут привести тромбоз или тромбоэмболия ветвей легочной артерии с развитием инфаркта легкого. Причинами тромбоэмболий могут быть инфаркт миокарда, митральный порок сердца, подострый септический эндокардит, а чаще — тромбоз вен таза и нижних конечностей. Значительно реже инфаркт легкого возникает в результате первичного местного тромбоза у больных с выраженной недостаточностью кровообращения. При закупорке средних и мелких ветвей легочной артерии вследствие нарушения кровообращения в участках легкого, снабжавшихся кровью этими сосудами, развивается инфаркт, иногда приводящий к развитию выраженного кровохарканья и даже легочного кровотечения. Кровохарканье при инфаркте легкого нередко сопровождается одышкой, болью в грудной клетке при дыхании, повышением температуры тела. Мокрота обычно бывает красноватого или коричневатого цвета с прожилками крови. Реже в мокроте обнаруживается свежая кровь. Иногда кровохарканье продолжается в течение нескольких дней, возникая при незначительных кашлевых движениях. При этом может развиваться анемия, иногда значительная.

Синдром кровохарканья и профузного легочного кровотечения может развиваться в результате разрыва аневризмы аорты с ее перфорацией и последующим прорывом в бронх.

Наиболее частыми причинами кровохарканья и легочного кровотечения являются заболевания бронхолегочной системы.

У больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких кровохарканье и легочное кровотечение обычно развиваются при наличии бронхоэктазов.

Примесь крови к мокроте наблюдается при тяжелых вирусных пневмониях, иногда при кашле выделяется чистая кровь. Для кру-

позной пневмонии характерна «ржавая» мокрота. Обильное легочное кровотечение возможно при распадающемся абсцессе легкого.

Не следует забывать о возможности кровохарканья и легочного кровотечения у больных, страдающих туберкулезом легких. При этом беспокоят длительный сухой кашель различной интенсивности, болевые ощущения в грудной клетке, связанные с воспалением плевры, повышение температуры тела, наблюдаются ночные поты, иногда профузные. Наличие указанных признаков способствует проведению дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Значимость головной боли как симптома многих заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых, определяется ее происхождением. Нередко головная боль, особенно внезапно возникшая, является одним из главных проявлений развивающегося патологического процесса, угрожающего здоровью, а иногда и жизни человека. В этих случаях возникает необходимость в оказании неотложной медицинской помощи. Для выяснения причины головной боли, ее характера и значимости при том или ином заболевании большое значение имеют тщательно собранный анамнез и данные объективного обследования больного.

По характеру патологических процессов, вызывающих головную боль, выделяют три основных ее вида: связанную с раздражением рецепторов при нарушениях тонуса сосудов головного мозга; обусловленную первичным поражением чувствительных рецепторов, нервов и проводников; возникающую при повреждении или воспалении покровов черепа. При некоторых заболеваниях головная боль может быть обусловлена одновременно несколькими причинами.

В кардиологической практике важное значение в возникновении и развитии головной боли имеет сосудистый фактор. Так называемый «сосудистый вариант» головной боли наблюдается при мигрени, гипертонической болезни, атеросклерозе мозговых сосудов, артериальной гипотензии, нарушениях мозгового кровообращения, острой и хронической сердечно-сосудистой недостаточности.

Нередко встречается другой вид головной боли, обусловленный патологическими процессами с первичным поражением чувствительных нервных рецепторов. Сюда относят головную боль при объемных процессах в головном мозгу (опухоли, абсцессы, гематомы и пр.), при инфекционных воспалительных поражениях ве-

шества и оболочек мозга (энцефалит, менингит, арахноидит), при шейном радикулите, заболеваниях носа, ушей, глаз.

Головная боль третьего вида обусловлена в основном воспалительным или гипоксическим повреждением мышц черепа.

Иногда по характеру головной боли можно определить ее происхождение. Так, пульсирующая или давящая головная боль, локализуемая в области затылка и сопровождаемая головокружением, шумом и тяжестью в голове, тошнотой (иногда рвотой), мельканием «мушек» перед глазами на фоне повышенного артериального давления, наиболее часто наблюдается при гипертензивном кризе. У больных с относительно стабильно протекающей гипертонической болезнью головная боль чаще локализуется в затылочной, височной или лобно-глазничной областях. Нередко носит пульсирующий характер, усиливаясь при изменениях метеорологических факторов, психоэмоциональном напряжении, нарушениях установившегося режима жизни.

Многие больные отмечают возникновение или усиление головной боли ранним утром, преимущественно в затылочной области, но в некоторых случаях боль бывает и распространенной или локализуемой лишь в одной половине головы. У больных с далеко зашедшим патологическим процессом головные боли могут быть постоянными, изменяясь лишь по интенсивности в течение суток.

Головная боль при низком уровне артериального давления возникает обычно по утрам, выражена умеренно, сопровождается ощущениями недомогания, слабости. Нередко появляется трудно преодолимая зевота. Такие больные склонны к обморокам, часто жалуются на сердцебиение, повышенную утомляемость. Прием крепкого чая или кофе дает тонизирующий эффект, уменьшая головную боль или купируя ее.

Головная боль у больных церебральным атеросклерозом выражена нерезко, сопровождается головокружением, шумом в ушах, ощущением оглушенности. По своему характеру она тупая, усиливается при умственном и физическом напряжении, при поворотах головы и туловища.

Головная боль является частым симптомом острых нарушений мозгового кровообращения. При ишемическом инсульте она нередко возникает на стороне поражения, но в ряде случаев может носить распространенный характер. Особенно острой и интенсивной бывает боль при кровоизлиянии в головной мозг или его оболочки. Она часто сопровождается рвотой, психомоторным возбуждением, появлением и нарастанием менингеальных симптомов, а иногда судорогами.

Чрезвычайно выраженной, постоянной и разлитой бывает головная боль при воспалительных процессах в головном мозгу, особенно при менингите. Она возникает на фоне высокой температуры тела и симптомов общей интоксикации.

Постоянным, нередко ранним и единственным признаком заболевания является головная боль при опухолях, абсцессах и других объемных процессах в головном мозгу. В зависимости от степени повышения внутричерепного давления выраженность и локализация головной боли могут быть различными. Чаще это упорная головная боль, отличающаяся постоянством и значительной интенсивностью, сопровождающаяся рвотой, не облегчающей состояния больного.

Различными по локализации и интенсивности бывают головные боли при сотрясении и ушибах головного мозга, в основе которых лежат расстройства ликворообращения и гемодинамики, сопровождающиеся повышением внутричерепного давления.

Головная боль при острых воспалительных процессах в придаточных пазухах носа обычно локализуется в области поражения. Она усиливается при надавливании на область воспаления, а также при вдыхании холодного воздуха. Тошнотой и рвотой эта боль не сопровождается.

Нередко вызывает головную боль и острое воспаление среднего уха. В этих случаях боль носит стреляющий характер, локализуется в височной области и захватывает половину головы на стороне больного уха. Она сочетается с острой болью в пораженном ухе. Причиной головной боли могут быть хронический тонзиллит и заболевания зубов. Довольно часто головные боли беспокоят больных шейно-грудным радикулитом, развившимся на фоне остеохондроза шейного и грудного отделов позвоночника.

Общеизвестна головная боль при мигрени (гемикрании), которая отличается острым приступообразным характером. Обычно болит левая или правая половина головы. При этом во время приступа, помимо головной боли, наблюдаются головокружение, тошнота, иногда рвота. Нередки неприятные ощущения в области сердца.

Нередко головная боль возникает при острых и хронических заболеваниях внутренних органов, в частности, при болезнях сердца.

Сжимающие или тупые головные боли, головокружение беспокоят некоторых больных при затянувшемся приступе стенокардии и остром инфаркте миокарда. В отдельных случаях у больных острым инфарктом миокарда головная боль сопровождается помрачением сознания. Головные боли при инфаркте миокарда воз-

никают вследствие остро развивающейся недостаточности мозгового кровообращения из-за слабости сердца и рефлекторных воздействий на внутричерепные образования.

Возможно возникновение головной боли у больных с приступом сердечной астмы и отеком легких, так как при этом сосуды головного мозга переполняются кровью и возникает венозный застой с явлениями отека мозга. Отек головного мозга приводит к повышению внутричерепного давления и появлению распирающей головной боли.

Головная боль нередко встречается у больных хроническими заболеваниями бронхолегочной системы (бронхит, пневмония и др.), особенно в период обострения. Она может быть одним из симптомов острого и хронического гломерулонефрита или пиелонефрита, сопровождающихся высоким уровнем артериального давления. Более того, головная боль может возникнуть при остром и хроническом панкреатите, холецистите, гепатите, циррозе печени, заболеваниях желудка и кишечника.

Следствием нарушений гормональных влияний на сосудистые реакции и тонус мозговых сосудов являются головные боли при заболеваниях эндокринных органов.

Тупая, давящая головная боль и головокружение наблюдаются при различных формах малокровия, когда нарушается кровоснабжение головного мозга. Больным анемией свойственны слабость, одышка, сердцебиение, иногда возникают обмороки.

Почти всегда сопровождаются головной болью острые инфекционные заболевания. Головная боль при них нередко является одним из первых симптомов. Токсическими влияниями на головной мозг объясняются головные боли при острых и хронических интоксикациях (отравления, курение, прием алкоголя). Из-за нарушенной регуляции тонуса сосудов возникают мучительные головные боли у больных невротизмами.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Под головокружением понимают ощущение мнимого вращения окружающих предметов или собственного тела, чувство неустойчивости его.

При головокружении нарушается пространственная ориентировка из-за нарушений взаимодействия между вестибулярным, зрительным анализаторами и глубокой чувствительностью. Причины этих нарушений разнообразны. Чаще всего головокружение является следствием недостаточности сосудов головного мозга при

артериальной гипертензии или гипотензии, особенно в период кризов, а также при острых нарушениях мозгового кровообращения различного происхождения. Головокружение свойственно и большим атеросклерозом мозговых сосудов, а в особенности при поражении артерий, снабжающих кровью вестибулярный аппарат.

В некоторых случаях непосредственная связь головокружения с изменениями кровообращения в головном мозгу прямо не прослеживается. Это бывает при головокружении, вызванном патологическими изменениями в органе зрения и глазодвигательном аппарате, заболеваниями органов слуха, изменениями шейного отдела позвоночника. Как и головная боль, головокружение нередко встречается при ряде заболеваний внутренних органов. Оно является ранним симптомом недостаточности аортальных клапанов. Головокружение может быть одним из симптомов опухолей и травм головного мозга, энцефалита с вовлечением в процесс вестибулярного аппарата, рассеянного склероза. Периодически головокружение возникает при вегетососудистых дистониях и невротических состояниях.

Головокружение нередко сочетается с головной болью, особенно при сердечно-сосудистых заболеваниях. Оно может быть проявлением ортостатических реакций, свойственных больным старших возрастных групп при быстром достижении эффекта чрезмерно интенсивной антигипертензивной терапии.

ОБНАРУЖЕНИЕ БОЛЕЗНЕННЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОСНОВНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Местный осмотр. Исследование сердечно-сосудистой системы начинается с осмотра лица. При этом отмечается наличие или отсутствие синюшности (цианоза). У больных с заболеваниями сердца можно обнаружить цианоз, наиболее выраженный на периферических участках (кончик носа, ушные раковины, губы, язык, ногтевые фаланги пальцев), так называемый акроцианоз. У больных с митральным стенозом часто отмечается характерный румянец с цианотическим оттенком на фоне бледных щек.

При осмотре шеи необходимо обратить внимание на состояние сосудов. У здоровых людей на шее можно отметить лишь невыраженную пульсацию сонных артерий. При некоторых видах сердеч-

ной патологии пульсация резко усиливается, наблюдается набухание шейных вен.

Осматриваются также места расположения крупных сосудов. При этом возможно выявление варикозно расширенных вен, тромбозов, резко выступающих извитых артерий, особенно височных.

При осмотре области сердца можно обнаружить верхушечный толчок и патологические пульсации. У половины здоровых людей в области верхушки сердца видна ограниченная ритмическая пульсация — верхушечный толчок. При заболеваниях сердца он может быть смещен, давать более сильную и разлитую пульсацию. Выпячивание грудной клетки в области сердца (сердечный горб) можно обнаружить у людей, страдающих пороком сердца с детства. Иногда в эпигастральной области определяется патологическая пульсация.

Пальпация. Исследование сердечно-сосудистой системы методом пальпации начинается с оценки свойств пульса на лучевой артерии чуть выше лучезапястного сустава.

Начинать пальпацию необходимо одновременно на обеих руках для определения одинаковости пульса. Затем, находясь справа от больного, диагностирующий своей левой рукой поддерживает снизу правую кисть больного, а 2, 3 и 4 пальцами правой руки, лежащей сверху, прощупывает лучевую артерию. Если наполнение пульса больше на левой руке, то пальпируют левую лучевую артерию. Определяют следующие его свойства: равномерность (одинаковость) на обеих руках; ритмичность; частоту; наполнение; напряжение; состояние сосудистой стенки вне пульсовой волны.

Равномерность пульса. Сравнение наполнения (высоты) пульса на правой и левой лучевых артериях производится одновременно двумя руками. В норме оно одинаково. Пульс может быть неодинаков в связи с аномалией развития, сужением или травматическим повреждением крупных сосудов, отходящих от аорты.

Ритмичность пульса. Определяют одинаковые промежутки между пульсовыми волнами. Пульс у здорового человека правильный или ритмичный. При патологии пульс может быть неправильным или аритмичным, тогда интервалы между пульсовыми волнами неодинаковы. Известны различные виды аритмий (экстрасистолическая, мерцательная и др.).

Частота пульса. В норме частота пульса составляет 60—80 ударов в минуту. Пульс может быть редким, менее 60 ударов в

минуту, что встречается у спортсменов, а также при патологии. Учащение пульса более 80 в минуту соответствует ускоренной работе сердца (тахикардии). Это бывает при физической нагрузке, сосудистой недостаточности, поражении миокарда, лихорадке и пр. Если пульс ритмичный, то его можно считать в течение 15 секунд, при аритмии — в течение минуты.

В старости пульс делается твердым вследствие увеличившейся твердости строения артериальных оболочек. Средняя скорость здорового пульса в минуту у детей и подростков показана в таблице (по данным А. Ф. Тура, 1967).

Таблица

**Частота пульса у детей и подростков
разного возраста в покое**

Возраст	Частота пульса в 1 минуту	Возраст	Частота пульса в 1 минуту	Возраст	Частота пульса в 1 минуту
Новорожденные	120—140	4 года	100—105	10 лет	78—85
		5 лет	98—100	11 лет	78—84
6 месяцев	130—135	6 лет	90—95	12 лет	75—82
1 год	120—125	7 лет	85—80	13 лет	72—80
2 года	110—115	8 лет	80—85	14 лет	72—78
3 года	105—110	9 лет	80—85	15 лет	70—76

• Брадикардия (менее 60 уд./мин) у здоровых людей встречается редко, причина ее возникновения неясна. Патологическая брадикардия возникает либо в результате возбуждения блуждающего нерва или его центра, либо вследствие нарушения проводимости сократительных импульсов от предсердий к желудочкам. Она наблюдается при блокаде сердца, сужении устья аорты, кахексиях и голодании, после кризиса в ходе инфекционных болезней, при начальной стадии менингита, опухолях головного мозга, переломе основания черепа, кровоизлиянии в мозг и т. д.

Наполнение пульса. Наполнение пульса определяется величиной колебаний пальпируемой артерии в период ее наполнения. Для определения этого свойства пульса необходимо расположенным ближе к сердцу пальцем пережать лучевую артерию до исчезновения пульсовой волны, затем давление прекратить и дальним от сердца пальцем оценить амплитуду появившейся пульсовой волны. Нормальный пульс характеризуется удовлетворительным на-

полнением. При большом сердечном выбросе наблюдается пульс большого наполнения или полный. Малый по наполнению пульс, называемый слабым или пустым, свидетельствует о значительном поражении миокарда. Едва прощупываемый пульс называется нитевидным и часто наблюдается при острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс, шок).

Напряжение пульса. Определяется уровнем артериального давления и характеризуется усилением, необходимым для пережатия артерии. Для этого пальцем, расположенным ближе к сердцу, полностью пережимают артерию. Прекращение пульсации определяется средним пальцем. У здоровых людей пульс не напряжен. При низком артериальном давлении пульс может быть мягким, при высоком — твердым.

Состояние сосудистой стенки вне пульсовой волны определяется пережатием лучевой артерии безымянным и указательным пальцами до прекращения пульсации. Средним пальцем пальпируют артерию. У здоровых людей она вне пульсовой волны не ощущается, а при атеросклерозе вследствие уплотнения артериальной стенки определяется в виде плотного тяжа.

Для определения свойства сосудистой стенки сдавливанием пальцами прекращают кровоток в артерии и затем пальпируют бескровную артерию на костном ложе. Склероз артерий, бесспорно, доказывается рентгенографией, когда удается обнаружить отложения кальция в стенке сосуда. Склеротические артерии широки и ход их по плечу извилист с видимой на глаз пульсацией.

При облитерирующих тромбангитах, реже при значительном артериосклерозе с тромбозированием сосуда или при эмболии артерии не удастся прощупать артериальный пульс на пораженной конечности, что имеет большое значение. В случае сужения перешейка аорты межреберные артерии значительно расширены, причем вызывают узуру (изъеденные края) ребер; пульс на бедренной артерии слабее, чем на лучевой артерии.

Приведенные ниже сведения показывают изменения пульса при патологических состояниях в организме больного.

- При брюшном тифе во время лихорадки увеличена частота пульса.
- Тахикардия отмечается при вегетативной дисфункции, сердечной недостаточности, тиреотоксикозе, анемиях.
- Дикротический пульс бывает при инфекционных заболеваниях, протекающих при высокой температуре тела.

- Брадикардия пульса отмечается при блокаде сердца, сужении устья аорты, при механической желтухе, миксидеме, внутричерепном давлении, кахексиях, опухоли головного мозга.

- Дефицит пульса у больных с мерцательной аритмией — признак сердечной недостаточности.

- Парадоксальный пульс отмечается при экссудативном и слипчивом перикардитах, опухолях средостеня, больших плевральных экссудатах.

- Капиллярный пульс встречается при недостаточности клапана аорты.

В отдельных случаях патологические изменения пульса определяются на сонной, височной, бедренной, подколенной и других артериях (например, при атеросклерозе сосудов нижних конечностей нередко наблюдается уменьшение амплитуды колебаний артерий или отсутствие их пульсации, особенно часто на артериях тыла стоп).

Измерение артериального давления. Величина давления в артериальной системе ритмически изменяется, достигая максимума в период систолы (систолическое давление) и снижаясь в момент диастолы (диастолическое давление).

Систолическое давление в норме колеблется в пределах 90—140 мм рт. ст., диастолическое — 60—90 мм рт. ст. Разница между систолическим и диастолическим давлением называется пульсовым давлением и в норме составляет 40—50 мм рт. ст.

Ориентировочное представление об уровне артериального давления можно получить при пальпации пульса — твердый пульс свидетельствует о повышении давления, а мягкий — о понижении.

Точное измерение давления производится с помощью специальных аппаратов. Пальпаторный метод следующий: на плечо пациента плотно накладывают специальную надувную манжету с манометром, с помощью баллона в нее нагнетают воздух до исчезновения пульса на лучевой артерии, а затем воздух постепенно выпускают из манжеты. В момент появления пульса на лучевой артерии показания манометра соответствуют систолическому давлению.

Более распространен простой и доступный аускультативный метод по Короткову. Достоинством этого метода является возможность определения уровня как систолического, так и диастолического давления.

Суть измерения артериального давления (АД) по Короткову заключается в следующем. На среднюю треть плеча накладывают

манжету и нагнетают в нее воздух, прослушивая одновременно с помощью фонендоскопа плечевую артерию в локтевом сгибе. Нагнетание воздуха проводится быстро до величины, на 20 мм превышающей уровень давления, при котором исчезает пульс. Декомпрессию проводят медленно, по 2 мм рт. ст. за 1 секунду. Показания манометра в момент появления тонов соответствуют уровню систолического давления. При дальнейшем снижении давления в манжете к тонам присоединяются шумы. Постепенно увеличивается звучность тонов, а шумы перестают выслушиваться. Наконец, звучание тонов ослабевает и они полностью исчезают. Показания манометра в этот момент соответствуют диастолическому давлению. Такое чередование звуковых явлений определяется не всегда. Часто при повышенном АД отсутствует фаза шумов или на какой-то момент все звуки исчезают (аускультативный провал), а затем вновь появляются. В ряде случаев тоны слышны даже тогда, когда давление в манжете падает до нуля (у спортсменов, при малокровии, базедовой болезни).

Для правильного измерения артериального давления необходимы определенные условия. В комнате должно быть достаточно тепло. Больной должен сидеть или лежать на спине, пребывая в состоянии покоя в течение 10–15 минут. Рука должна быть полностью обнажена. Рекомендуется повторять измерение 2–3 раза, не снимая манжету, с промежутками в несколько минут до получения стабильных результатов.

Следует иметь в виду, что в положении лежа артериальное давление обычно на 5–10 мм рт. ст. ниже, чем в положении сидя. При измерении АД на бедренной артерии систолическое давление на 35–40 мм рт. ст., а диастолическое на 15–20 мм рт. ст. выше, чем на плечевой.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Местный осмотр. Исследование дыхательной системы начинают с осмотра грудной клетки. При этом следует обращать внимание на ее форму, наличие деформаций или асимметрии, равномерность участия в дыхании обеих ее половин. В диагностике заболеваний дыхательной системы определенное значение имеют две основные патологические формы грудной клетки: паралитическая и эмфизематозная.

Паралитическая грудная клетка — это крайний тип астенического варианта: преобладание поперечного размера над переднезадним, западение над- и подключичных ямок, острый эпигастраль-

ный угол. Такая форма свойственна тяжелым хроническим неспецифическим заболеваниям легких, туберкулезу.

При эмфиземе легких грудная клетка имеет бочкообразную форму, она как бы зафиксирована в положении максимального вдоха, переднезадний размер приближается к поперечному, ход ребер почти горизонтальный, межреберья широкие, над- и подключичные ямки заполнены, эпигастральный угол тупой.

Деформация грудной клетки может проявляться западением или выпячиванием ее в каком-либо участке, развивающимися вследствие заболеваний легких и плевры. Западение может быть результатом сморщивания (фиброза) или спадения (ателектаза) легкого. Одностороннее выпячивание или расширение грудной клетки может быть обусловлено скоплением в плевральной полости жидкости (гидроторакс) или воздуха (пневмоторакс).

При осмотре обращают внимание на симметричность дыхательных движений грудной клетки. Исследующий должен приложить руки к задней нижней поверхности грудной клетки слева и справа и попросить больного сделать несколько глубоких вдохов и выдохов. Отставание какой-либо половины грудной клетки может быть следствием поражения плевры (сухой и выпотной плеврит) и легких (пневмония, ателектаз). Равномерное снижение и даже отсутствие дыхательных экскурсий с обеих сторон характерно для эмфиземы легких. Наблюдая за дыханием, определяют его частоту (норма 16–20 в мин), ритм, соотношение между длительностью вдоха и выдоха (вдох удлиняется при сужении гортани, трахеи; выдох — при сужении мелких бронхов).

Пальпация. При пальпации грудной клетки обеими руками, положив их всей ладонью на исследуемые участки симметрично и как бы охватывая ее с двух противоположных сторон, можно составить представление о переднезаднем размере грудной клетки и о величине ее дыхательных экскурсий. Для определения резистентности грудной стенки надо пальпировать межреберные промежутки, проводя по ним пальцами. В норме эта манипуляция дает ощущение эластичности. При патологических состояниях (экссудативный плеврит, уплотнение легкого, опухоль плевры) возникает ощущение повышенной плотности.

Болезненность при пальпации может быть обусловлена поражением межреберных нервов, мышц, ребер или плевры. Пальпацией, кроме того, удастся определить шум трения плевры (при обильных грубых отложениях фибрина), сухие жужжащие хрипы при брон-

хитах и своеобразный хруст при подкожной эмфиземе. Наиболее информативна пальпация при определении голосового дрожания.

Голосовое дрожание. Это те ощущения вибрации грудной клетки, которые получают руки, положенные на грудную клетку пациента, громким низким голосом произносящего слова со звуком «р» (например: «тридцать три», «раз, два, три»).

Определение голосового дрожания производится обеими руками одновременно на строго симметричных местах. У здорового человека оно одинаково по силе с обеих сторон.

Ослабление или отсутствие голосового дрожания в какой-либо зоне может быть обусловлено наличием жидкости или газа в плевральной полости, закупоркой бронха (например, опухолью) с возникновением обтурационного ателектаза. Усиление голосового дрожания наблюдается при уплотнении легочной ткани (крупозная пневмония), что способствует лучшему проведению колебаний, а также при образовании полости в легком, которая создает резонанс звука и обычно окружена зоной воспалительной инфильтрации.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Для диагноза заболеваний молочной железы уже из опроса можно получить важные данные. Всякое указание на боли, нащупанный узел или выделения из соска необходимо принимать к сведению, так как они могут быть проявлением злокачественной опухоли.

Сравнительный осмотр проводят у больной в положении сидя или стоя вначале с опущенными, а затем с поднятыми руками. Оценивают выбухание сосков с обеих сторон.

Так как форма обеих молочных желез никогда не бывает одинаковой, то оценить можно только те изменения, которые наступили недавно. При плоском или втянутом соске упоминание о затруднении в кормлении ребенка свидетельствует о том, что указанная аномалия уже существовала раньше. В заключение проводят местный осмотр измененной молочной железы. Плоские или втянутые соски с обеих сторон обычно существуют с детства. Одностороннее втягивание соска, образовавшееся позднее, возбуждает подозрение на злокачественную опухоль.

Пальпацию делают вначале в положении больной сидя или стоя, при этом ощупывают обе молочные железы по отдельности и в сравнении одновременно двумя руками. Затем пальпируют одной рукой в положении больной лежа. Это позволяет легче нащупы-

вать новообразование над твердой грудной стенкой и определить его подвижность, чем в положении стоя. Поверхность и связь новообразования с окружающими тканями лучше всего удается определить с помощью легких вращательных движений двумя или тремя пальцами. Подвижность его по отношению к грудной мышце и ее фасции проверяют при сокращенной мышце, для чего руку больной отводят до 60 градусов, тогда мышца натягивается и сокращается.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЖИВОТА

Техника общего обследования. Обследование живота является трудным и требует опыта и большой чувствительности в кончиках пальцев. В отличие от других частей тела, особенно конечностей, функциональные расстройства в этой области не удается распознать не только прямо, но и с помощью дополнительных методов — они диагностируются приблизительно или не диагностируются вообще.

Следует постоянно помнить, что заболевания живота могут иметь не только органическое, но и функциональное происхождение. Их удастся проследить на протяжении многих лет. Но больные с функциональными расстройствами могут иметь и органическое заболевание. При физикальном обследовании можно установить степень тяжести заболевания и в большинстве случаев оценить необходимость срочного лечения. Однако для такой оценки требуется определенный опыт. Даже опытные врачи не избавлены от возможных ошибок.

Для постановки диагноза абдоминального заболевания большое значение имеет анамнез. Так как дополнительные методы исследования имеют относительную диагностическую ценность, к окончательному решению можно прийти, учитывая данные анамнеза и результаты физикального обследования.

Анамнез рекомендуется собирать в определенной последовательности, расспрашивая больных и получая ответы в следующем порядке: «Что? Где? Когда? Почему?»

Что? Этим вопросом выясняется характер боли, что позволяет сделать заключение о ее происхождении. Жжение исходит из слизистой оболочки, которая воспалена или имеет дефект. Оно обусловлено реакцией окружающих тканей. Поражение только слизистой не вызывает боли. Ощущение давления в виде переполнения или вздутия, которое может доходить до тупой боли, вызвано, как правило, растяжением глубоких слоев стенки органов.

Схватки, которые могут усиливаться до колики и, в крайнем случае, походить на родовые (непроходимость тонкой кишки), являются проявлением сокращения гладкой мускулатуры полого органа, стремящейся преодолеть препятствие.

Сверлящая боль, напротив, указывает на воспалительное заболевание в наружных слоях стенки органа и серозной оболочке или на их проращение раковой опухолью с переходом на париетальную брюшину.

Тошнота возникает рефлекторно в результате затруднения опорожнения в верхнем отделе пищеварительного тракта или повышения давления в полой органе. Она прекращается после рвоты, если причина находилась в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта, и не проходит, если была обусловлена повышенным давлением в желчных путях или высоким внутричерепным давлением.

Когда? Некоторые абдоминальные заболевания имеют отчетливую временную зависимость. Эта временная схема может оказаться ведущей в диагностике, причем различают:

- *Периодическую боль.* Периодичность может растягиваться на целый год (сезонная боль) или занимать сутки (часовой график). При дневном ритме в большинстве случаев удается установить зависимость от приема пищи (например, язва двенадцатиперстной кишки — уменьшение боли после приема пищи; абдоминальная ангина — усиление боли после приема пищи).

- *Эпизодическую боль.* Симптомы возникают в виде приступов, не упорядоченных во времени. Настоящая периодичность отсутствует. Приступ бывает короткий, но болезнь продолжительная (например, холецистохолангиопатия).

- *Постоянную боль.* Она бывает непрерывной, волнообразной или нарастающей по интенсивности и не прекращающейся ни на один день (например, инфильтративный рак).

- *Беспорядочную боль.* Продолжительность и характер боли меняются, часто она связана с эмоциональным напряжением (например, возбудимая ободочная кишка).

Почему? По возможности, пытаются выяснить разрешающий фактор. При связи боли с эмоциональным напряжением или с приемом определенной пищи это не представляет труда. Боль может зависеть также от определенного положения тела (например, согнутое или горизонтальное положение при грыже пищеводного отверстия диафрагмы).

Сразу после такого опроса, в большинстве случаев достаточного для выяснения настоящего заболевания, следует целенаправленно

расспросить больного о перенесенных абдоминальных заболеваниях и особенно об операциях.

После уточнения характера приступов, болей и перенесенных операций переходят к выявлению функциональных расстройств. Так, задержка газов и/или дефекации — как симптом кишечной непроходимости; неустойчивый характер дефекации (беспорядочное чередование поносов и запоров) — как симптом стенозирующего процесса; болезненные позывы к дефекации, так называемые тенезмы, или произвольное выделение кала при попытке выпустить газы — как симптом рака прямой кишки. Примесь крови к калу или дегтеобразный стул (мелена) — как проявление желудочно-кишечного кровотечения. Многократная дефекация в течение дня одинаковыми порциями — как симптом нервного, двигательного или воспалительного расстройства, а также нарушения всасывания и переваривания (например, при хроническом панкреатите). Недержание кала — как проявление заболеваний заднего прохода.

Следующий вопрос относится к рвоте. Рефлекторная рвота при болевом приступе и ранних стадиях воспаления или непроходимости не имеет большой диагностической ценности, однако при полной непроходимости она позволяет судить о высоте стеноза.

Если у больного рвота непереваренной пищей, то стеноз располагается выше кардии, а если рвотные массы смешаны с желудочным соком, то затруднено прохождение через привратник.

Примесь желчи исключает полную закупорку желчных путей, и непроходимость кишечника расположена ниже фатерова соска.

Рвота с каловым запахом указывает на задержку выше стеноза и наступает в конечной стадии кишечной непроходимости.

Промежуток времени от начала приступа до появления рвоты позволяет сделать определенное заключение о локализации непроходимости. При высокой непроходимости (переход двенадцатиперстной кишки в тощую) рвота появляется рано, а при толстокишечной — часто лишь на 2–3-й неделе.

Преходящая желтая окраска кожи, темная моча и обесцвеченный стул указывают на желтуху. Стаз в отводящих желчных путях, обусловленный прежде всего мелкими камнями, приводит к умеренной, преходящей желтухе и кожному зуду.

Общий осмотр. Вначале исследуют общий вид больного. Боль часто бывает заметна по выражению лица, даже когда человек не жалуется на нее. Бледное лицо с впалыми щеками и провалившимися глазами, с заострившимся носом вызывает подозрение на заболевание живота, часто с воспалением брюшины. Его обозначают специальным термином «маска Гиппократа».

При осмотре глаз удается выявить желтуху или анемию. Состояние водного баланса можно оценить на основании наполнения периферических вен. Сухая кожа и язык часто наблюдаются при абдоминальных заболеваниях и являются прогностически плохим признаком нарушения водно-солевого обмена, особенно у пожилых людей.

При *местном осмотре живота* определяют вначале его внешний вид. В норме в положении больного лежа живот расположен ниже уровня груди. Напряжение брюшной стенки может быть мышечного или перитонеального (перитонит) происхождения. Если брюшная стенка расположена выше грудной, то имеется ожирение или асцит. Если это изменение развилось в процессе настоящего заболевания, то оно может быть обусловлено сильно раздутым кишечником при метеоризме, непроходимости или ростом опухоли. Тонкая брюшная стенка позволяет иногда увидеть патологическую перистальтику кишечника, опухоль или абсцесс. Если такое изменение отмечается только на одной стороне живота, то важен сравнительный осмотр.

Симптом расширенных вен. Расширенные и застойные вены вокруг пупка называют головой медузы. Они служат проявлением окольного кровообращения при портальной гипертензии. Расширенные вены по бокам нижнего отдела живота обеспечивают отток крови из нижних конечностей. Этот симптом наблюдается при тромбозе глубоких вен таза.

После установления контакта с больным при опросе и осмотре приступают к *пальпации*. Доброжелательное отношение с больным необходимо при пальпации живота, так как человек не расслабит брюшную стенку или проявит защитную реакцию по отношению к обследующему, если будет застигнут врасплох. Это больше относится к детям, чем ко взрослым. Теплые руки служат обязательным условием для пальпации. Холодные руки вызывают рефлекторное защитное напряжение брюшной стенки. При пальпации больной должен лежать горизонтально со слегка приподнятой головой, вытянутыми ногами и прижатыми к бокам руками. Глубокое дыхание способствует снятию произвольного сокращения брюшной стенки. По правилам обследование нужно начинать оттуда, где, по сообщению больного, имеются наименьшие изменения, т. е. патологического процесса вероятнее всего нет (например, при подозрении на аппендицит — с левой стороны, при перитоните в нижнем отделе живота — с верхнего отдела и т. д.). Такая методика основана на том, что после причинения боли произвольное расслабление брюшной стенки даже в здоровой области зачастую становится невозможным.

Сначала пальпируют брюшную стенку и брюшину, что называется поверхностной пальпацией. При этом нужно вначале прощупать изменения кожи и подкожной клетчатки, а затем мышцы и апоневроз. В большинстве случаев контуры прямых мышц живота отчетливо определяются. Если эти мышцы хорошо развиты, то они затрудняют пальпацию живота; вообще, у мускулистых больных трудно или даже невозможно прощупать внутрибрюшные изменения. Если контуры прямых мышц не определяются при обычной пальпации, то для того, чтобы сделать их отчетливее, просят больного активно поднять верхнюю половину тела. При пальпации апоневроза следует обращать внимание на отверстия в нем (эпигастральная грыжа, грыжа спигелиевой линии). Нормальная брюшина непосредственно не прощупывается. Ее воспаление проявляется рефлекторным напряжением брюшной стенки и болью. Однако выпячивание брюшины при грыжах или опухолях удается нащупать. В области воспаленной брюшины возникает непроизвольное рефлекторное защитное напряжение. Если имеется местный перитонит, то защитное напряжение удается определить путем сравнительной пальпации на здоровой стороне.

Степень защитного напряжения может варьировать от едва заметного (начинающийся аппендицит) до доскообразного (перфорация желудка).

Боль при надавливании, как проявление перитонеального раздражения брюшины, выявляется также при поверхностной пальпации. Ее перитонеальное происхождение подтверждается, если одновременно возникает боль в момент резкого прекращения давления. Этот симптом проверяется путем быстрого отдергивания руки после надавливания на брюшную стенку. Если в этой области брюшина воспалена, то возникает острая боль. При разлитом перитоните ее находят по всему животу, а при ограниченном перитоните — только в патологически измененных местах.

Отдельные области живота удается обследовать с помощью особых приемов. В области желчного пузыря находит применение симптом Мерфи: если двумя большими пальцами постепенно давить под правую реберную дугу, то иногда при вдохе возникает внезапная боль. Симптом считается положительным, если боль совпадает по характеру с самостоятельной болью, отмечаемой при заболевании желчного пузыря.

Раздражение брюшины задней стенки живота в области поясничной мышцы ведет к появлению псоас-симптома: попытка поднять вытянутую ногу при противодействии исследующего вызывает боль в нижней половине живота по околопозвоночной линии.

Если воспаляется подвижный орган брюшной полости (подвижные отделы кишки, брыжейки), то боль усиливается от сотрясения живота. Ощупывание живота врачи завершают глубокой пальпацией.

Путем *выслушивания* удается обнаружить изменение кишечных шумов. Нормальные кишечные шумы возникают через неравные, иногда длительные промежутки времени и имеют приглушенный булькающий тон. Как правило, выслушиваются только шумы, возникающие в тонкой кишке.

Ободочная кишка сокращается лишь около двух раз в день. Отсутствие кишечных шумов свидетельствует о парезе или паралитической кишечной непроходимости. Интенсивный кишечный шум появляется при усиленной перистальтике или при увеличении жидкого содержимого в кишечнике и сопровождает чаще всего воспаление кишечника (энтерит). Если при этом кишечник бывает раздутым, то стенки его растягиваются и кишечные шумы приобретают звонкий тон (механическая кишечная непроходимость).

Шум плеска возникает от поступления новых порций к уже скопившейся в кишке жидкости и поэтому служит проявлением повышенного содержания жидкости в кишечнике. При сужении просвета кишки можно иногда выслушать шум прохождения через препятствие.

Местный осмотр. Обследование пищеварительной системы начинается с осмотра ротовой полости, при этом оценивается состояние языка (обложенность, отечность, состояние сосочков), зубов, десен. Осмотр живота проводят в вертикальном и горизонтальном положении больного. Оценивая его форму, следует помнить, что она в значительной степени определяется конституцией пациента. Так, у астеников живот небольшой, с узкой эпигастральной областью. Напротив, у гиперстеников обычно большой живот, равномерно выпяченный спереди, с широкой эпигастральной областью. Втянутый, ладьевидный живот характерен для резкого истощения (например, при раковой кахексии, сильных поносах).

Равномерное увеличение живота может наблюдаться при ожирении, скоплении в кишечнике большого количества газов, наличии жидкости в брюшной полости.

Выбухание какой-то части живота бывает при увеличении печени (преимущественно в правом подреберье), селезенки (в левом подреберье), наличии большой опухоли.

При переполнении мочевого пузыря, кисте яичника, увеличении матки возможно выпячивание нижней части живота.

При стенозе привратника в эпигастральной области можно обнаружить волны бурной перистальтики желудка, а при непроходимости кишечника наблюдаются перистальтические волны в области пупка.

Осмотр живота позволяет выявить на передней брюшной стенке расширенные, набухшие и извитые вены, которые располагаются вокруг пупка, направляясь от него лучеобразно, и образуют так называемую «голову медузы»; это характерно для цирроза печени.

Пальпация. Пальпация живота позволяет получить информацию о локализации органов брюшной полости, их форме, размерах, консистенции и болезненности.

Начинать следует с поверхностной ориентировочной пальпации. Она проводится правой кистью, которую кладут на живот плашмя и путем легкого надавливания пальцами ощупывают симметричные участки брюшной стенки. Исследование начинают с левой подвздошной области, потом переходят на правую подвздошную и, постепенно поднимаясь вверх, пальпируют все отделы живота.

При поверхностной пальпации определяется напряжение брюшной стенки, ее болезненность в том или ином участке, резко увеличенные печень или селезенка, большие опухоли. Обычно пальпирующая рука не встречает никакого сопротивления, брюшная стенка мягкая и податливая. При патологии ощущается повышение напряжения, при этом различают резистентность и мышечное напряжение, возникающие вследствие сокращения мышц брюшного пресса.

Резистентность воспринимается как легкое сопротивление брюшной стенки, возникает лишь во время пальпации, уменьшается или исчезает при отвлечении внимания больного и сопровождается небольшой болезненностью. Она наблюдается лишь на ограниченных участках, соответствующих месту расположения пораженного органа. Так, при язве двенадцатиперстной кишки отмечается резистентность в эпигастральной области, при воспалении желчного пузыря — в правом подреберье.

Мышечная защита связана с воспалением брюшины и характеризуется выраженным напряжением брюшной стенки. Она может быть локальной (ограниченный перитонит) или диффузной, когда поражена вся брюшина («доскообразный живот»); пальпация всего живота при этом резко болезненна.

Для определения локальной болезненности в определенных точках живота используется проникающая пальпация. Ее производят

путем надавливания одним пальцем, направленным перпендикулярно к брюшной стенке. Наиболее часто исследуются аппендикулярная точка (на границе нижней и средней трети линии, соединяющей пупок с остью подвздошной кости), пузырная точка (у места пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дуги) и пилорoduоденальная точка (расположенная на два поперечных пальца вправо и вверх от пупка).

Острый живот. Симптомы, указывающие на ту или иную катастрофу в брюшной полости, носят название «острый живот». Наиболее распространенными заболеваниями брюшной полости, при которых можно говорить об «остром животе», являются острый аппендицит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость, закрытые повреждения органов брюшной полости, острый панкреатит, разрыв трубы при внематочной беременности, перекрут кисты яичника. Для всех этих заболеваний характерно то, что по мере удлинения срока от начала заболевания до момента оказания квалифицированной врачебной помощи резко ухудшается состояние больного и увеличивается число неблагоприятных исходов.

Общими симптомами для большинства заболеваний данной группы являются острые боли в животе с некоторыми вариациями по силе, месту расположения, распространенности и характеру (постоянные, схваткообразные и т. д.). Боль может возникнуть внезапно среди полного здоровья, она может начинаться исподволь и лишь через определенный промежуток времени принять острый характер. Вторым симптомом являются тошнота и рвота, которые иногда носят постоянный и неукротимый характер. У большинства больных при остром животе наблюдается задержка стула и неотхождение газов.

Для воспалительного процесса в брюшной полости характерны резкое напряжение мышц передней брюшной стенки и боль при ощупывании живота в области воспаленного органа. Как правило, выявляется симптом Щеткина—Блюмберга. Это один из самых ярких и постоянных признаков воспаления брюшины. Проверяют его следующим образом: исследующий осторожно и медленно надавливает рукой на переднюю брюшную стенку и затем быстро отдергивает руку. Симптом считается положительным, если у больного в момент отнимания руки возникает резкая боль. При внутрибрюшном кровотечении наряду с явлениями острого малокро-

вия (бледность, слабость, головокружение, холодный пот, слабый частый пульс, снижение артериального давления) отмечаются некоторое напряжение мышц живота, болезненность при пальпации.

Если больному с одним из острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости не будет оказана своевременная помощь, то развивается перитонит.

При внезапно и быстро развивающихся заболеваниях органов брюшной полости часто возникают осложнения (перитонит, внутрибрюшное кровотечение), требующие немедленной хирургической помощи.

Желудочно-кишечное кровотечение. Острое желудочно-кишечное кровотечение проявляется кровавой рвотой, примесью свежей крови в кале, меленой или симптомами шока и представляет собой неотложное состояние.

В анамнезе не всегда есть указание на источник кровотечения, и обследование тоже не позволяет сделать определенного заключения о его локализации. Чем сильнее кровотечение, тем раньше появляются кровавая рвота или кровавые испражнения, тем короче время превращения крови в желудочно-кишечном тракте и тем свежее и светлее будет кровь. Если кровь задерживается в желудке, то гемоглобин (за исключением случаев ахлоргидрии) превращается в гематин и кровь приобретает вид кофейной гущи. Мелена или дегтеобразные испражнения бывают вязкими, с угольным блеском. Для их образования требуется, чтобы кровь в количестве более 50 мл пребывала в желудочно-кишечном тракте больше 8 часов.

Небольшое количество крови, истекающее из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, нельзя обнаружить в кале простым глазом (скрытое кровотечение), а при истечении более 20 мл крови из толстой кишки или заднего прохода она обнаруживается.

Массивная кровавая рвота может возникать при кровотечении из пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки.

Обильное выделение свежей крови из заднего прохода в большинстве случаев вызвано патологическим процессом, расположенным между левой половиной ободочной кишки и задним проходом. Однако почти свежая кровь может выделяться через задний проход и при массивном кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при быстром ее пассаже. Когда кровотечение останавливается, то пассаж крови замедляется и остаточная кровь выделяется в виде мелены.

Кровотечение, исходящее из более высоких отделов, чем левая половина толстой кишки, сопровождается меленой. При наличии геморроя свежее кровотечение из левой половины толстой кишки часто ошибочно трактуется как геморроидальное.

Следует подчеркнуть, что геморрой только тогда можно считать источником кровотечения, когда оно установлено при ректоскопии или с помощью дополнительных методов исследования исключены все другие источники.

При желудочно-кишечном кровотечении всегда нужно оценивать опасность шока, так как наружу выделяется лишь небольшое количество крови со рвотой и испражнениями, а большая ее часть остается в кишечнике.

Хроническое кровотечение, напротив, часто бывает незаметным и приводит к хронической анемии с соответствующими симптомами и последствиями. Поэтому при всякой анемии неясного происхождения следует подозревать хронически кровоточащий патологический процесс в желудочно-кишечном тракте и искать его (чаще всего это рак).

Разлитой перитонит. Разлитой перитонит — тяжелейшее заболевание. Субъективно на первый план выступает боль. При общем обследовании на первом месте стоят симптомы воспалительного заболевания с лихорадкой и тахикардией. При осмотре наблюдаются тяжелое общее состояние, «лицо Гиппократата» и обезвоживание. Часто отмечается уменьшение выделения мочи.

При местном обследовании отмечают разлитую боль при надавливании, отдергивании руки и постукивании. В ранней стадии возможны дефекация и отхождение газов, позже они отсутствуют. Наблюдаются рвота, разлитое рефлекторное защитное напряжение, разлитая болезненность при пальпации, постукивании и отдергивании руки, отсутствие перистальтики в поздней стадии, повышение температуры постоянного характера.

Мышцы брюшной стенки рефлекторно напряжены. Постукивание часто бывает непереносимым из-за сильной боли при каждом ударе пальца. Разлитой перитонит рано или поздно ведет к развитию паралитической кишечной непроходимости. При выслушивании отсутствуют кишечные шумы. В ранней стадии кишечные шумы еще могут выслушиваться, иногда они звонкие.

Самой частой причиной разлитого перитонита является перфоративный аппендицит. Далее по частоте следуют перфорации полых органов, причем перфорация язвы двенадцатиперстной киш-

ки и перфорация дивертикула сигмовидной кишки встречаются приблизительно одинаково часто. Реже причиной является перфорация желчного пузыря.

Разлитой перитонит — это абсолютное показание к операции. Промедление с ней ухудшает прогноз.

Исследование почек. В большинстве случаев при осмотре области почек больше информации дает пальпация. Ее проводят двумя руками. У лежащего на спине больного одной рукой, расположенной сзади, сразу ниже реберной дуги подталкивают почку навстречу другой руке, производящей глубокое прощупывание со стороны живота. Почки укрыты реберными дугами, поэтому можно прощупать только их нижний полюс. При глубоком вдохе почка смещается книзу, что облегчает ее пальпацию. При выдохе почка уходит на прежнее место.

При сравнительном обследовании следует помнить, что правая почка в норме располагается ниже, чем левая. Однако следует учитывать, что диагноз почечного заболевания невозможно поставить только на основании данных пальпации и что болезненность при пальпации почек бывает до некоторой степени физиологической.

Пиелонефрит, пионефроз, паранефрит и инфицированные камни лоханки и чашечек вызывают резкую болезненность. Спонтанная боль возникает при воспалении или вследствие растяжения капсулы при диффузном увеличении почки. Камни лоханки и чашечек сопровождаются постоянной болью, которая локализуется спереди и сзади в области подреберья.

Постукивание по поясничной области наружным краем выпрямленной кисти сопровождается болезненностью при воспалении и при обширной гематоме, образующейся при разрыве почки.

Увеличение почки может отмечаться при диабете, гидронефрозе, кисте или опухоли. Киста определяется как плотноэластическое образование, при котором можно иногда прощупать по границе нормальную паренхиму почки. Истинная кистозная почка имеет крупнобугристую поверхность.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Осмотр позвоночника сзади позволяет оценить состояние его изгиба. В эту оценку входят положение плеч и таза, постановка головы и треугольник талии. Патологическое положение плеч или таза, неправильная постановка головы или смещение треугольника талии в одну сторону указывают на патологическое искривление

позвоночника. При осмотре сбоку оценивают наклон таза, ход позвоночника и расположение груди. Осмотр спереди плечевого пояса, формы груди и живота также позволяет сделать заключение о форме позвоночника. Затем оценивают ось позвоночника и расположение ягодичной щели в согнутом положении больного сзади. При осмотре удастся установить такие патологические отклонения, как сколиоз, чрезмерный кифоз (круглая спина), чрезмерный лордоз (впалая спина), чрезмерное распрямление (плоская спина) и образование горба.

Проводят проверку активной и пассивной функции. В положении стоя прежде всего проверяют активные движения позвоночника в шейном отделе. При наклоне головы вперед подбородок должен касаться груди, при наклоне назад взгляд должен достигать перпендикулярной точки над собой, при боковых наклонах ухо должно почти касаться ключично-акромиального сочленения. Подвижность в грудном и поясничном отделах проверяется одновременно. При наклоне вперед с опущенными руками позвоночник равномерно изгибается по дуге. Затем проводят проверку наклона назад. В положении сидя обследуют боковое сгибание и сгибание с вытянутыми руками — ротационные движения. При проверке ротации в грудном и поясничном отделах позвоночника нужно фиксировать таз, а в шейном отделе — плечевой пояс. В положении на спине поднятие вытянутых ног увеличивает лордоз в поясничном отделе позвоночника, что может сопровождаться болью.

В положении больного на спине проводят обследование пассивных движений в шейном отделе позвоночника, в грудном отделе — в положении на спине посредством давления по оси на остистые отростки, в поясничном отделе — вновь на спине; при этом согнутые в коленях ноги больного исследующий двигает вверх над животом и одновременно разводит.

При проверке функции удастся установить тугоподвижность или неподвижность в различных отделах позвоночника. Эти нарушения могут быть обусловлены органическими изменениями скелета, нейрогенным или рефлекторным сокращением мышц.

Посредством пальпации определяют болезненность остистых отростков, а также тонус и болезненность околопозвоночных мышц. Нарушение подвижности, уплотнение мышц и мягких тканей можно также определить при пальпации.

Патологический процесс в теле позвонка, мелких суставах или поперечных отростках вызывает, как правило, рефлекторное сокращение мышц, указывающее косвенно на имеющееся заболевание.

Неврологические нарушения могут наступать при многих заболеваниях позвоночника и также представлять собой косвенные симптомы. Например, передаточная боль вызывается путем надавливания на голову больного в положении стоя: исследующий становится позади больного, кладет ему на голову сложенные руки и производит давление в вертикальном направлении.

Очень информативным симптомом является боль в результате пошатывания отростка. Для этого захватывают двумя или тремя пальцами остистый отросток позвонка и двигают его в боковом и вентральном направлениях. Ненормальная подвижность и болезненность указывают на шаткость, характерную для ослабления межпозвоночного диска.

В подвздошно-крестцовом сочленении боль проверяют прямым надавливанием и постукиванием. Передаточную боль определяют посредством сдавливания с боков и в переднезаднем направлении. Если переразгибание тазобедренного сустава в положении больного на боку вызывает боль в подвздошно-крестцовом сочленении, то в нем имеется патология.

При блокировании этого сочленения положительной будет также проба с осями. При ней диагност кладет большие пальцы на остистый отросток крестца и на заднюю ось подвздошной кости. Если в положении стоя больной согнет ногу в тазобедренном суставе, то лежащие над осями пальцы в норме сместятся книзу. При блокировании сочленения они остаются на том же уровне. Нарушения функции в подвздошно-крестцовом суставе сопровождаются болью. Она может иррадиировать в ягодицу, задненаружную поверхность бедра, боковую поверхность голени до пятки и в паховую область.

Обследование позвоночника должно заканчиваться измерением длины нижних конечностей.

ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ

При опросе выясняют наличие или отсутствие боли, припухлости или нестабильности. Спонтанные боли после травмы или при воспалительных заболеваниях чаще всего носят постоянный характер. Они усиливаются при движении. Обострение болей в ночное время свидетельствует о воспалении или артрозе. Боль при артрозе начинается после движения (начальная боль) и усиливается после длительной нагрузки. Нестабильность ведет к болям, связанным с движением. В результате блокады сустава возникают особенно резкие боли.

Контуры сустава удается оценить путем сравнительного осмотра. Односторонняя сглаженность контуров указывает на припухлость одного сустава, а нечеткие контуры с обеих сторон наблюдаются при общем отеке, ожирении и суставном ревматизме. При осмотре обращают внимание на малейшее покраснение. Деформацию суставов и отклонение от оси в покое и при активном движении также устанавливают во время осмотра.

Затем осматривают расположенные выше и ниже от сустава ткани. Разлитая болезненность наблюдается при воспалении, а местная — при травматических изменениях или раздражениях в месте прикрепления сухожилий. При воспалении сустав бывает горячим. Сравнительную проверку проводят тыльной стороной кисти.

При сглаженных контурах сустава следует отличать припухлость мягких тканей от внутрисуставного выпота. Припухлость при пальпации имеет тестообразную консистенцию, а выпот — плотно-эластическую.

Посредством пальпации также устанавливают крепитацию. Нежная крепитация обычно связана с хроническим воспалительным процессом, а грубая — с прогрессирующим исчезновением хряща. Заболевание сустава в большинстве случаев приводит к утрате его функции. Проверяют активные и пассивные движения, а после травм — ненормальную пассивную подвижность. Выпот в суставе затрудняет сгибание, блокада (ущемление) — разгибание, а рубцевание суставной капсулы ведет к ограничению сгибания и разгибания.

Измерение как активных, так и пассивных движений проводят путем сравнения с противоположной стороной. При этом проверяют отклонение активных и пассивных движений от здорового сустава и выражают как «ограничение на $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$ или $\frac{1}{2}$ ».

Ограниченная подвижность в суставе уже через несколько дней ведет к атрофии мышц.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ

Клинические признаки кожных болезней можно разделить на несколько групп:

1) симптомы со стороны всего организма (повышение температуры, общая слабость и пр.);

2) субъективные кожные признаки (повышение и понижение чувствительности, зуд, жжение, стягивание кожи, онемение, боль и т. д.);

3) объективные кожные симптомы.

Всякое кожное заболевание или дерматоз представлено морфологическими элементами (сыпью, высыпаниями), которые принято делить на первичные элементы, т. е. те, которые по времени первыми появляются на коже, и на вторичные, которые возникают в результате дальнейшего развития заболевания.

Первичные морфологические элементы:

1. Пятно — ограниченное изменение цвета кожи и слизистой оболочки рта. Могут быть различных размеров, очертаний и цвета. По механизму возникновения различают пятна сосудистые и дисхромические.

Сосудистые пятна — следствие временного или стойкого расширения сосудов в результате воспаления либо нарушения целостности сосудистой стенки. Множественные пятна, размером до 2 см в диаметре, называются розеолой, более крупные — эритемой. Розеола обычно наблюдается у больных с аллергическими дерматитами, токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, вторичным сифилисом. Розеолезные высыпания возникают также при инфекционных заболеваниях у детей (корь, краснуха, скарлатина) и у взрослых при паратифах, мононуклеозе и др. Эритематозные пятна склонны к слиянию, имеют неправильные очертания, четкие границы, нередко сочетаются с отеком кожи и сопровождаются интенсивным зудом. Они образуются у больных дерматитами, экземой, многоформной экссудативной эритемой.

Геморрагические сосудистые пятна (пурпура) на коже и слизистых появляются в результате кровоизлияния в эпидермис или сосочковый слой дермы (разрыв или повышение проницаемости сосудов). Цвет таких пятен, не исчезающих при давлении на них, зависит от времени их существования: от красного до коричневого. Единичные, до 1 см в диаметре, геморрагические пятна называются петехиями, крупные — экхимозами, а крупные кровоподтеки — гематомами. Геморрагические пятна наблюдаются у больных с васкулитами, токсидермиями и при инфекционных заболеваниях (сыпной тиф, брюшной тиф, корь, дифтерия и др.).

Дисхромические пятна возникают из-за избыточного отложения в коже пигмента (гиперпигментация) или, наоборот, при его исчезновении (депигментация). Гиперпигментации могут быть врожденными (невусы) и приобретенными (например, веснушки, хлоазма при беременности).

Депигментации также могут быть врожденными (альбинизм) и приобретенными (витилиго, вторичный сифилис, сыпной и брюшной тиф и др.).

2. Узелок — ограниченное уплотнение, обычно несколько возвышающееся над поверхностью кожи, определяется ощупыванием. По форме узелки бывают плоские, конусообразные или полушаровидные и остроконечные. Очертания разные, цвет от красно-бурого до серовато-желтого или имеют вид нормальной кожи. Поверхность узелка может быть гладкой, блестящей или покрываться обильным количеством чешуек. Величина — от просяного зерна (диаметр 1 мм) до размера монеты (2,5 см в диаметре). При ряде заболеваний (например, при псориазе) узелки сливаются, образуя бляшки. Узелковые элементы характерны для красного плоского лишая, псориаза, вторичного сифилиса. Могут встречаться также у больных с клещевым возвратным тифом и с инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека.

3. Бугорок — внешне похож на узелок, но отличается глубоким расположением в коже и тем, что при исчезновении всегда оставляет рубец. Возникает при туберкулезе кожи, лепре, лейшманиозе, третичном сифилисе.

4. Узел — заложен в подкожно-жировой клетчатке. Увеличиваясь в размерах (до 5 см и более), спаивается с кожей, в центре уплотнения появляется размягчение, затем язва, заживающая рубцом. Образование узлов может быть следствием воспалительного процесса, опухолевого разрастания (в том числе злокачественного) и результатом отложения в коже солей кальция, холестерина.

5. Волдырь — припухлость кожи с интенсивным зудом, возникающая вследствие острого ограниченного отека дермы. Примером могут служить ожог крапивой или укус комара. Продержавшись несколько часов (даже минут), волдыри исчезают. Сыпь с образованием крупных участков со значительным количеством расчесов возникает при крапивнице, анафилактических реакциях, а также при некоторых инфекционных заболеваниях (вирусном гепатите и др.).

6. Пузырек — полостной элемент, наполненный серозным прозрачным содержимым. Куполообразно возвышается над кожей и имеет размеры от 1 мм до 0,5 см в диаметре.

Пузырь — более крупный элемент. Содержимое его может быть прозрачным, мутным или геморрагическим. Возникают пузыри как на внешне неизменной коже, так и на фоне отечного эритематозного пятна у больных пузырчаткой, герпетиформным дерматозом, герпесами. Довольно часто наблюдаются при инфекционных заболеваниях: ветряной оспе, скарлатине, малярии, дизентерии и т. д. В дальнейшем пузырьки и пузыри либо подсыхают и превращаются в корки, либо лопаются и на их месте образуется эрозия.

7. Гнойничок — полостной элемент с гнойным содержимым, выступающий над окружающей кожей в виде полушаровидного образования. Образуется в результате гибели (некроза) эпителиальных клеток под влиянием различных гноеродных микроорганизмов.

Гнойное воспаление может возникнуть в волосяном фолликуле (фолликулит), тогда в центре гнойничка торчит волос. При локализации пустулы в эпидермисе, не затрагивающей волосяного фолликула, на поверхности кожи виден пузырь с дряблой тонкой крышкой и серозным содержимым. Эта разновидность гнойничка носит название фликтены.

Вторичные морфологические элементы:

1. Чешуйки — отслаивающиеся клетки верхних рядов рогового слоя, потерявшие нормальную крепкую связь друг с другом, возникают на поверхности многих первичных элементов при их обратном развитии, т. е. заживлении.

Различают шелушение мелкопластинчатое (отрубевидное, как мука) и крупнопластинчатое. Обильное шелушение наблюдается у больных псориазом, ихтиозом, экземой и т. д.

2. Корка — продукт ссыхания содержимого пузырьков, пузырей, гнойничков, отделяемого эрозий и язв. По составу корки могут быть: а) серозными — полупрозрачные, желтоватого цвета, тонкие; б) гнойными — непрозрачные, желтовато-зеленые, толстые, порой крошковатые; в) кровянистые — буро-черного цвета.

3. Эрозия — поверхностный дефект, захватывающий лишь эпидермис, заживающий без образования рубца. Дно эрозии обычно гладкое, красного цвета, не кровоточит. При механическом повреждении кожи или слизистой могут возникать травматические эрозии — ссадины. Они часто возникают при расчесах и покрываются кровянистыми корками.

4. Язва — дефект, захватывающий не только эпидермис, но и глубокие слои кожи (дерму, подкожную клетчатку), всегда заживает рубцом. Язвы чаще возникают в результате некротического распада или гнойного расплавления первичных элементов — бугорков, глубоких пустул. В ряде случаев могут образоваться в результате изъязвления эрозий или вследствие трофических нарушений в тканях (трофические язвы).

5. Трещина — дефект кожи вследствие ее линейного разрыва. Поверхностные трещины располагаются только в потерявшем свою эластичность эпидермисе, глубокие трещины захватывают дерму, кровоточат, заживают с образованием рубцов. Наиболее часто трещины образуются в складках кожи и углах рта.

6. Гипер- и депигментации — вторичное изменение окраски кожи после исчезновения некоторых первичных элементов (узлов, бугорков, узелков), связаны с увеличением или уменьшением меланина — пигмента кожи. Пигментные пятна могут возникнуть также в результате повреждения стенок сосудов.

7. Рубец — представляет собой новообразованную ткань, которая развивается при заживлении язвенных дефектов и глубоких трещин. Внешний его вид отличается от окружающей кожи: эпидермис истончен, поверхность гладкая, ровная, без рисунка; пушковые волосы, сальные и потовые железы отсутствуют. Иногда рубцы бывают плотными, толстыми, возвышающимися над окружающими тканями и носят названия гипертрофических или келоидных. По величине и очертаниям рубцы соответствуют предшествующему дефекту кожи, по ним можно предположить причину их возникновения.

8. Лихенификация — уплотнение кожи, возникающее в результате различных воспалительных инфильтратов. Проявляется чрезмерным усилением кожного рисунка, сухостью и гиперпигментацией (шагреневая кожа). Может возникнуть также при слиянии папул при псориазе, красном плоском лишае и других заболеваниях.

Диагностика болезней кожи должна быть основана на тщательном осмотре и исследовании кожного покрова. В ряде случаев проводят дополнительные методы обследования.

ВАЖНЕЙШИЕ СИМПТОМЫ РАСПРОСТРАНЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ

АНЕМИЯ (МАЛОКРОВИЕ)

Уменьшение в крови общего количества гемоглобина, которое, за исключением острых кровопотерь, характеризуется снижением уровня гемоглобина в единице объема крови. В большинстве случаев при анемии уменьшается и количество эритроцитов в крови.

Анемии всегда являются одним из симптомов какого-то общего заболевания (острая кровопотеря в течение короткого срока, дефицит железа в организме, свинцовое отравление, наследственные анемии и др.).

Железодефицитные анемии возникают при желудочно-кишечной кровопотере, кровоизлиянии в легочную ткань, кровопотери могут наблюдаться при шоколадных кистах, хроническом воспалительном процессе в организме, беременности и лактации, меноррагии и метроррагии.

Характерны вялость, повышенная утомляемость, запор, головная боль, извращения вкуса (больные едят мел, глину, появляется склонность к острой, соленой пище и т. д.), ломкость, искривление и поперечная исчерченность ногтей, выпадение волос, позывы на мочеиспускание, недержание мочи, бледность кожи и слизистых оболочек, сердцебиение, одышка при физической нагрузке.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Гипертоническая болезнь возникает обычно в возрасте 30—60 лет, протекает хронически с периодами ухудшения и улучшения. Стадии гипертонической болезни (I, II, III) отличаются ступенчатым повышением АД приблизительно на 20 мм для *систолического* (САД) и на 10 мм для *диастолического* давления (ДАД). Величину САД свыше 210—230 мм и ДАД больше 115—119 мм предлагается именовать «злокачественным гипертензивным синдромом», «злокачественной гипертонией» (как исход гипертонической болезни или/и симптоматической гипертонии).

Различаются:

1) «мягкая», или легкая гипертония (САД 140—179 мм, ДАД 90—104 мм рт. ст.) — до 70% всех случаев;

- 2) умеренная (САД 180—199 мм и ДАД 105—114 мм рт. ст.);
- 3) тяжелая гипертония (САД более 200 мм и ДАД свыше 115 мм рт. ст.).

Такая нагрузка на сосуды вызывает необратимые изменения в деятельности сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, аритмии), мозга (инсульты, энцефалопатии), глазного дна (поражение сосудов сетчатки — ретинопатия), почек (понижение кровотока в почках, снижение клубочковой фильтрации, хроническая почечная недостаточность). От 15 до 20% взрослых людей имеют повышенное кровяное давление, но многие не подозревают об этом, пока не возникнут симптомы поражения органов — например, нарушения зрения или боли в груди.

В качестве отдельного вида фигурирует **изолированная систолическая гипертония** (чаще у пожилых людей) при САД, превышающем 160 мм рт. ст.; в то же время ДАД не поднимается выше 90 мм рт. ст. На I стадии — признаки поражений органов не выявляются. II стадия сопровождается, по крайней мере, одним из следующих симптомов: гипертрофия левого желудочка сердца, сужение сосудов глазного дна, умеренное количество белка в моче, а также ультразвуковые, рентгенологические признаки атеросклеротических бляшек в крупных сосудах. На III стадии наблюдаются следующие изменения:

— *со стороны сердца* — стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность (что заставляет усомниться в доброкачественности гипертрофии левого желудочка);

— *со стороны нервной системы* — инсульт (разрыв микроаневризм), энцефалопатия;

— *на глазном дне* — кровоизлияния, экссудаты, отек зрительного соска — ретинопатия 3—4 степени;

— *почечные поражения* — протеинурия, почечная недостаточность;

— *расслаивающая аневризма аорты* — облитерирующий атеросклероз.

Лечение гипертонической болезни. Нелекарственное: снижение массы тела, ограничение потребления поваренной соли, санаторно-курортное лечение, физиотерапевтические процедуры (ванны, массаж воротниковой зоны). Медикаментозное лечение включает бета-адреноблокаторы (обзидан, анаприлин, вискен, атенолол, спесикор, беталок, корданум и др.), мочегонные средства (гипотиазид, бринальдикс, триампур и др.), антагонисты кальциевых каналов (верапамил, нифедипин), препараты центрального

действия (клофелин, допегит, резерпин), празозин (адверзутен), каптоприл (капотен), апрессин. Возможен прием комплексных препаратов — адельфана, синепреса, кристелина, бринердина, трирезиды. При этом подбор терапии должен проводиться врачом глубоко индивидуально.

АТЕРОСКЛЕРОЗ

Это системное хроническое заболевание артерий крупного и среднего калибра, характеризующееся отложением и накоплением во внутренней их оболочке (интима) плазменных липопротеидов и содержащихся в них липидов, в результате чего происходит реактивное разрастание соединительной ткани и образование фиброзных бляшек, постепенно суживающих и закрывающих просвет сосудов. Атеросклероз встречается у лиц старше 20 лет, но чаще в возрасте 50—60 лет.

Важнейшие причины атеросклероза: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, ожирение, неблагоприятный генетический анамнез, курение, гиподинамия, длительное, постоянное нервное напряжение. Наиболее часто наблюдается сочетание нескольких из указанных факторов, что повышает риск развития атеросклероза.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ (ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ) КРИЗ

Диагностическими признаками гипертонического криза являются:

- 1) внезапное начало (от нескольких минут до нескольких часов);
- 2) повышение артериального давления до уровня, обычно несвойственного данному больному (диастолическое артериальное давление, как правило, выше 120 мм рт. ст.);
- 3) жалобы кардиального (сердцебиение, кардиалгия), общемозгового (головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение зрения и слуха) и общевегетативного (озноб, дрожь, чувство жара, потливость) характера.

При возникновении перечисленных выше симптомов немедленно вызывайте врача. Узнайте у больного, принимает ли он лекарства, снижающие давление, и когда он делал это в последний раз, — гипертензивный криз может возникнуть при резком прекращении приема лекарства, понижающего давление. Если возможно, отправьте в больницу все лекарства вместе с больным, чтобы ускорить постановку диагноза. Следите, чтобы больной не принимал лекарств, прописанных кому-либо другому. Не давайте больному

повышенных доз лекарства, чтобы снизить давление, — это может вызвать опасную реакцию организма.

Внимание! Лечение гипертонических кризов проводит врач. Он определяет неотложную и срочную тактику оказания медицинской помощи.

ГИПОТЕНЗИЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ (ГИПОТОНИЯ)

Заболевание, характерным признаком которого является пониженное артериальное давление: 100/60 мм рт. ст. для лиц в возрасте 25—30 лет и ниже 105/65 мм рт. ст. для лиц старше 30 лет.

Симптомы: сниженное артериальное давление, слабость, головокружение, головная боль, сонливость, вялость, повышенная утомляемость, склонность к ортостатическим реакциям, обморокам, укачиванию, повышенная термо- и метеочувствительность. Возбудимость сердца значительно повышена: наблюдается тахикардия, сменяющаяся брадикардией с экстрасистолией покоя.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Головная боль относится к наиболее часто встречающимся симптомам самых различных заболеваний. Она возникает вследствие раздражения нервных окончаний в стенках сосудов головы или в мозговых оболочках и, в зависимости от ее причины, имеет различный характер.

При заболеваниях сосудов она чаще бывает пульсирующей, усиливается на фоне переутомления, употребления алкоголя, курения, воздействия резких раздражителей (шум, запахи, яркий свет). При гипертонической болезни больных нередко беспокоит тяжесть в голове и распирающая боль в затылке после сна. При мигрени боли носят приступообразный характер, отмечаются в одной половине головы.

Боль, которая может возникнуть из-за напряжения мышц головы, при заболевании шейного отдела позвоночника (остеохондроз), перенапряжении мышц шеи, при вынужденном положении головы во время работы носит обычно сжимающий характер.

Головная боль обычно не требует принятия особых и срочных действий. Специализированная врачебная помощь необходима в тех случаях, когда боль связана с изменениями внутри черепа (например, опухоль) или является признаком энцефалита (воспаление мозга), менингита (воспаление оболочек мозга), менингоэнцефалита, инсульта, аневризмы (патологическое расширение кровеносного сосуда), черепно-мозговой травмы.

- Срочно обращайтесь к врачу, если головная боль возникла после травмы головы; если боль резкая, сильная, непохожая на ту, какая бывала у вас раньше; если боль сосредоточена в определенном месте головы; если она все время возникает в одном и том же месте; если боль постоянная и упорная, продолжающаяся 12 часов и более; если боль очень сильная, вызывающая онемение шеи.

- Боль, которая появляется регулярно утром, может указывать на высокое кровяное давление; боль, которая сопровождается звоном в ушах, тошнотой, слабостью, помутнением сознания и сонливостью, нарушениями зрения или речи, может указывать на кровотечение и повышение давления внутри черепа. Потенциально опасной ситуацией нужно считать головную боль, возникающую у беременной женщины.

Если вместе с головной болью появились сонливость, тошнота, рвота, нарастает лихорадка, то необходимо вызвать «скорую помощь».

- Если головная боль умеренная, нарастает постепенно, сопровождается заложенностью носа, першением в горле и другими признаками простуды, можно выпить аспирин, крепкий горячий чай с липой, медом или малиновым вареньем. При головной боли в затылке ломящего характера, связанной с повышенным артериальным давлением, можно принять снижающие давление препараты, а при пониженном давлении выпить крепкий чай, кофе, съесть немного соленой пищи. Безобидная головная боль обычно проходит под действием цитрамона, аспирина или другого подобного обезболивающего.

Длительное применение болеутоляющих средств без консультации у врача может иметь неблагоприятные последствия для здоровья, так как эти препараты не устраняют причин головной боли. Только своевременно назначенное врачом лечение основного заболевания устраняет или уменьшает головную боль.

Некоторые люди получают облегчение, прикладывая холод к шее сзади или делая массаж шеи и волосистой части головы. Массаж также можно осуществлять путем поглаживания определенных точек тела кожи вращательными движениями в течение 2—4 минут. При этом воздействуют, например, на точку, находящуюся на переднем родничке — там, где прощупывается мягкое место по средней линии передне-верхней части головы. Такой массаж рекомендуется при болях сжимающего характера, при ощущении «будто голова разрывается на части». Точки для массажа, снимающие чрезмерное напряжение глаз (одну из очень важных причин голов-

ной боли), находятся по обеим сторонам переносицы. Подушечками больших пальцев скользят под бровями до этих точек и надавливают на них по направлению вверх. Можно проводить точечный массаж парных точек под основанием черепа на задней поверхности шеи. При выполнении массажа больной должен сидеть или лежать.

ИНСУЛЬТ

В 15–20% случаев причиной инсульта является *кровоизлияние*. В результате разрыва стенки мозговой артерии кровь попадает в ткань мозга, что вызывает его повреждение. В 80–85% случаев инсульт имеет *ишемическую* природу. При ишемическом инсульте блокируется нормальный кровоток в одной из мозговых артерий (что обычно происходит в результате закупорки артерии кровяным сгустком или тромбом).

Симптомы инсульта зависят от того, какая артерия мозга поражена. Когда при инсульте прерывается кровоток в каком-либо кровеносном сосуде, появляются симптомы выпадения функции участка мозга, кровоснабжение которого нарушилось. Наиболее часто встречающийся симптом инсульта — *паралич*, обычно поражающий одну из сторон тела. Типичным симптомом также является нарушение речи. Реже встречается нарушение чувствительности (*онемение*) на одной стороне тела. Парез лицевых мышц и мышц глотки может приводить к нарушению глотания (*дисфагии*). Возможны различные *нарушения зрения*. Может произойти потеря зрения на один глаз либо выпадение или смазанность поля зрения. Больные также могут испытывать двоение в глазах или у них может быть нарушена способность к фокусировке зрения.

Потеря координации движений или способности сохранять равновесие также может быть следствием инсульта. *Головокружение* реже встречается при инсульте и может быть обусловлено рядом других причин.

Иногда инсульт может произойти во сне: больной ложится спать здоровым и только после пробуждения испытывает симптомы инсульта. Инсульт может развиваться днем на фоне обычной активности. В 10% случаев инсульту предшествует преходящее нарушение мозгового кровообращения. При этом состоянии у больного возникают симптомы инсульта (паралич или нарушение речи), однако они самостоятельно проходят.

Преходящее нарушение мозгового кровообращения может длиться до 24 часов, однако обычно продолжительность его не превышает 5 минут.

Следует помнить, что у больных, которые перенесли преходящее нарушение мозгового кровообращения, риск обширного инсульта увеличивается в 10 раз, у 50% таких больных следует ожидать развития инсульта в течение года, а у 20% инсульт случается в течение первого месяца после преходящего нарушения мозгового кровообращения.

При появлении симптомов инсульта необходима немедленная врачебная помощь и обычно госпитализация больного. Целью лечения на этой стадии является стабилизация неврологического состояния, предотвращение возможных осложнений, а также определение природы инсульта, если это возможно.

Часто больные начинают ощущать симптомы инсульта после пробуждения. В таких случаях точное время появления симптомов неизвестно и лечение тромболитиками может оказаться неэффективным и даже противопоказанным. Более того, многие не обращаются к врачу в течение этих первых критических часов, полагая, что их состояние улучшится само по себе без врачебной помощи.

После начала острого ишемического инсульта состояние больного может в значительной степени изменяться в течение первых нескольких часов или суток. В этот период особенно важно тщательное наблюдение за больными. Их часто помещают в обычные палаты интенсивной терапии или в специальные палаты интенсивной терапии, предназначенные для больных с инсультом.

На ранней стадии развития инсульта артериальное давление может быть повышенным даже у тех больных, у которых ранее не отмечалось артериальной гипертензии. При геморрагическом инсульте активное снижение артериального давления может способствовать ограничению размеров очага кровоизлияния. Однако при ишемическом инсульте такое раннее повышение артериального давления может быть приспособительной реакцией организма к острому нарушению мозгового кровообращения.

Внимание! В течение первых нескольких суток после появления симптомов острого инсульта необходимы постоянный контроль артериального давления и тщательное наблюдение за реакцией больных на проводимое лечение.

При обширном инсульте процесс может быть тяжелым и даже представлять серьезную угрозу для жизни больного. Может возникнуть необходимость в применении искусственной вентиляции легких, кортикостероидов и других лекарственных средств. У большинства больных отек головного мозга — это преходящее явление, которое продолжается в течение нескольких дней, а затем постепенно исчезает.

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда — это гибель участка мышцы сердца вследствие острой недостаточности ее кровоснабжения. Недостаточность связана либо с внезапным прекращением притока крови по артерии, либо с несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и возможностью артерий обеспечить эту потребность.

Наиболее часто инфаркт миокарда проявляется тяжелым приступом, появляются сильные, постоянные, колющие, давящие, жгучие боли в груди или за грудиной. Боль может распространяться на плечи, левую руку, лопатку, спину, шею или челюсть. Некоторые люди ощущают не столько боль, сколько чувство тяжести и несварения в желудке. Для многих характерны такие симптомы, как холодный пот, тошнота, слабость, головокружение, одышка, страх или волнение, ощущение нависающей угрозы. Отмечаются побледнение кожи, посинение ногтей и губ. Как правило, боли обычно не удается прекратить обычными сосудорасширяющими (валидол, нитроглицерин), иногда даже наркотическими средствами.

В некоторых случаях начальным признаком инфаркта миокарда бывает тяжелое удушье без выраженной боли. Известно и появление при инфаркте миокарда болей в верхней части живота. Почти в 90% случаев инфаркт миокарда сопровождается нарушениями ритма сердца (аритмией). В связи с поражением части мышцы сердца, подвергшейся отмиранию из-за отсутствия кровоснабжения, у больного могут наблюдаться явления сердечной недостаточности — одышка, удушье, хрипы в легких, отеки, учащенный пульс и т. д.

Наиболее серьезным осложнением инфаркта миокарда является кардиогенный шок. При кардиогенном шоке резко падает кровяное давление (ниже 90/60 мм рт. ст.), появляются холодный пот, резкая общая слабость и другие симптомы. Точный диагноз устанавливается на основании электрокардиограммы.

Внимание! Больше половины смертных случаев от инфаркта миокарда происходит обычно в течение первого часа. Промедление грозит роковыми последствиями; без лечения человек может умереть через несколько минут. Не медлите с вызовом врача!

Неотложная помощь при инфаркте миокарда.

«Скорую помощь» нужно вызвать, если это первый в жизни приступ стенокардии, а так же если:

- боль за грудиной или ее эквиваленты усиливаются или продолжаются более 5 минут, особенно если все это сопровождается ухудшением дыхания, слабостью, рвотой;

- боль за грудиной не прекратилась или усилилась в течение 5 минут после рассасывания 1 таблетки нитроглицерина.

Существуют нехитрые правила, которые помогут вам спасти жизнь другого человека:

- больного уложить, приподнять изголовье, повторно дать таблетку нитроглицерина под язык, а в измельченном виде (разжевать) 1 таблетку аспирина;

- дополнительно принять 1 таблетку анальгина или баралгина, 60 капель корвалола или валокардина, 2 таблетки панангина или оротата калия, поставить горчичник на область сердца.

КОЛЛАПС

Коллапс — это клиническое проявление остро развившейся сосудистой недостаточности с резким и устойчивым понижением артериального давления и расстройствами периферического кровообращения.

Причины коллапса могут быть самыми разнообразными, но, как правило, он является осложнением тяжелых заболеваний и патологических состояний.

В большинстве случаев коллапс развивается остро, внезапно. Сначала появляются выраженная слабость, головокружение, шум в голове, особенно в ушах. Больные отмечают «пелену» перед глазами, снижение зрения, нередко появляются жажда, зябкость и похолодание конечностей. Сознание при развитии коллапса чаще сохраняется, но больные становятся заторможенными, безучастными к окружающему, почти не реагируют на внешние раздражители. В тяжелых случаях сознание постепенно затемняется и исчезает, могут наблюдаться судороги мышц лица и конечностей. Снижаются, а затем пропадают рефлексы, зрачки расширяются, сердечная деятельность ослабевает, и больной может погибнуть.

Кожа и видимые слизистые оболочки при коллапсе сначала бледны, покрыты холодным липким потом. Вскоре губы, пальцы рук и ног становятся синюшными, затем цианоз распространяется на кисти рук, стопы, а в некоторых случаях может стать диффузным. Обращают на себя внимание заострившиеся черты лица, запавшие тусклые глаза, безразличный взгляд. Подкожные вены пустые, спавшиеся, определяются с трудом. Пульс на лучевых артериях крайне слабый, иногда с трудом ощутимый или вообще отсутствует. У большинства больных пульс учащается и лишь в редких случаях бывает замедленным. Важнейшим признаком коллапса является падение артериального давления. Снижается систоличес-

кое, диастолическое и пульсовое давление. При выслушивании сердца тоны его глухие, частые, иногда выявляется аритмия. Дыхание, как правило, поверхностное и учащенное, в некоторых случаях оно бывает замедленным, но не затрудненным. Температура тела нередко понижается.

При развитии коллапса необходима экстренная медицинская помощь.

МИГРЕНЬ

Мигрень чаще наблюдается у женщин, но в четверти случаев ею страдают и мужчины. Считается, что она возникает вследствие изменений тонуса артерий скальпа. Любые бытовые факторы, которые воздействуют на кровеносные сосуды (изменение погоды, физические и эмоциональные перегрузки, прием алкоголя, жара, никотин и им подобное), могут вызвать приступ.

Основной симптом, характерный для мигрени, — это пульсирующая боль, начинающаяся в одной половине головы. Накануне приступа у человека ухудшаются работоспособность и настроение, появляются такие симптомы-предвестники, как бледность, безразличие, сонливость, зевота, тошнота, иногда — вспышки, мелькания, зигзагообразные полосы перед глазами. Боль возникает 1–2 раза в неделю, продолжается не более одних суток, часто сопровождается тошнотой, рвотой, ознобами, нарушениями двигательной активности конечностей, непереносимостью яркого света и громкого шума. После приступа часто наступает длительный сон.

Чаще всего во время приступов принимают обычные болеутоляющие препараты (ацетилсалициловая кислота, аспирин, аспизол, цитрамон, парацетамол, эффералган и их аналоги).

Помогает прием сосудосуживающих средств. Назначенные врачом препараты необходимо применять сразу же, как только почувствуете приближение приступа мигрени. Прием их в разгар приступа менее эффективен. Если, несмотря на лечение, приступы продолжаются, есть смысл в профилактическом ежедневном приеме лекарств. Если прием одного из этих препаратов не дал положительных результатов в течение нескольких месяцев, перейдите к более сложным, но иногда весьма эффективным методам лечения мигрени (например, иглоукалывание). Может облегчить боль вдыхание чистого кислорода, поэтому некоторые больные постоянно держат у постели кислородную подушку или даже баллон с кислородом и маску. Предупреждают обострение болезни посильная физическая нагрузка (плавание, лыжи, ходьба) в совокупнос-

ти с любыми другими методами, создающими положительный эмоциональный настрой.

При тяжелой пульсирующей головной боли в области лба ладонями обхватите лобную часть головы, сомкнув кончики больших пальцев у границы волосяного покрова. Применяя крепкое, но не слишком сильное надавливание, разглаживайте лоб в направлении к боковым сторонам. Попробуйте слегка растягивать кожу таким образом, чтобы глаза пациента закрылись. Поглаживайте только в одном направлении. Достигнув границы волосяного покрова на боковых сторонах лба, верните пальцы в первоначальное положение и повторите движение еще два-три раза или более.

ОБМОРОК

Обморок — кратковременная, внезапно возникающая потеря сознания с нарушением сосудистого тонуса, ослаблением деятельности сердечной и дыхательной систем.

Причиной обморока являются острые нарушения сосудистого тонуса, приводящие к гипотензии. Резко развивающаяся внезапная гипотония с обмороком может наблюдаться у людей, получающих гипотензивные препараты (ганглиоблокаторы, симпатолитики, клофелин) при быстром переходе в вертикальное положение. Такой обморок связан с ортостатической гипотонией.

Обморок может быть *симптомом серьезного органического заболевания (вторичным)*. Так, он может быть следствием внутреннего кровотечения. Причиной обморока могут быть преходящие нарушения сердечного ритма — например, периоды асистолии при блокадах сердца (и эпизоды фибрилляции желудочков), при приступе острой коронарной недостаточности и инфаркте миокарда; обморочные состояния могут быть проявлением эпилепсии.

Степень выраженности обморочного состояния может быть различной. Наиболее легкая степень характеризуется внезапным возникновением легкого затуманивания сознания, сопровождающегося тошнотой, зевотой, головокружением, звоном в ушах.

Объективно — резкая бледность кожных покровов, похолодание рук и ног, лицо бледное, зрачки расширены, пульс слабого наполнения, артериальное давление понижено. Длительность приступного периода — несколько секунд.

Больного укладывают на спину с опущенной головой, расстегивают стесняющую одежду. Вызывают раздражение рецепторов кожи и слизистых оболочек, для чего брызгают на лицо холодной водой и растирают грудь, дают вдохнуть нашатырный спирт.

ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СЕРДЦА ПРИ ФИЗИЧЕСКОМ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИИ

Острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие значительных физических перегрузок может развиваться у практически здоровых, но нетренированных людей.

Встречаются различные варианты острого перенапряжения сердца. В легких случаях для нормализации сердечной деятельности достаточен кратковременный отдых, а в тяжелых возникает необходимость в оказании неотложной медицинской помощи и госпитализации больных. Возможны тяжелые состояния, приводящие к внезапной смерти в результате физического перенапряжения.

Клиническая картина острой сердечно-сосудистой недостаточности от чрезмерного перенапряжения может варьировать. Наиболее характерными признаками являются выраженная общая слабость, сухость во рту, потемнение в глазах, шум в голове и звон в ушах, головокружение. В ряде случаев возникают тошнота и рвота. Нередко беспокоят одышка, боль в правом подреберье. Кожные покровы бледнеют, выступает холодный пот. В тяжелых случаях нарастает синюшность кожи и слизистых оболочек. Пульс частый, слабого наполнения, иногда аритмичный. Артериальное давление снижается. Тоны сердца глухие, дыхание частое, поверхностное. Может пальпироваться край увеличенной печени.

В тяжелых случаях наступает полная потеря сознания или его помрачение и, если не оказать своевременно медицинскую помощь, может наступить остановка сердца, чаще вследствие фибрилляции желудочков.

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ

Пароксизмальная тахикардия — это внезапно возникающее нарушение ритма сердца, проявляющееся приступообразным учащением сердечных сокращений (обычно более 150 уд/мин) при правильной их последовательности.

Обычно начинается неожиданно с ощущения толчка в грудь или удара в область сердца. Вскоре появляется чувство стеснения в груди и тяжести в надчревной области. Возникают сердцебиение, кратковременное головокружение, «потемнение» в глазах, ощущение нехватки воздуха. Могут возникнуть боли в области сердца давящего и жгущего характера, исчезающие после ликвидации приступа. Иногда перед приступом появляются или учащаются экстрасистолы. Кожа в начале приступа бледная, затем постепенно нарастает цианоз. Нередко набухают шейные вены, которые уси-

ленно пульсируют. При очень частом ритме пульс еле улавливается, сосчитать его бывает практически невозможно. Артериальное давление может несколько повыситься или остаться на нормальном уровне. В этих случаях прогноз обычно лучше, чем у больных со сниженным систолическим и пульсовым давлением.

При затяжном течении пароксизмальной тахикардии из-за резкого уменьшения ударного объема сердца и нарушения питания сердечной мышцы могут развиваться застойные явления в малом и большом круге кровообращения с соответствующей клинической картиной. Проявлением нарушения обменных процессов в миокарде нередко являются довольно интенсивные боли в области сердца. Особенно опасна пароксизмальная тахикардия, развившаяся вследствие острой коронарной недостаточности и формирующегося инфаркта миокарда. Так как приступ тахикардии характеризуется не только внезапностью начала, но и столь же неожиданным прекращением, то в отдельных случаях при переходе на нормальный ритм может произойти отрыв тромба, иногда образующегося в полости предсердий, и закупорка им сосудов, питающих жизненно важные органы.

Дифференцировать пароксизмальную тахикардию следует от сходных по клинической картине нарушений ритма — синусовой тахикардии, приступа мерцательной аритмии и трепетания предсердий, иногда от экстрасистолической аритмии. Для синусовой тахикардии более характерна меньшая частота сердечных сокращений, для пароксизма мерцания — наличие дефицита пульса.

Окончательно характер нарушения ритма уточняется с помощью ЭКГ.

Необходима срочная медицинская помощь.

РЕВМАТИЗМ

Системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе. В основном возникает у лиц молодого возраста, но проявление ревматизма в виде периодических обострений, чаще заболевания суставов, нередко наблюдается у людей других возрастных групп.

СЕРДЕЧНАЯ АСТМА

Сердечная астма — это клинический синдром остро возникшей левожелудочковой недостаточности, сопровождающейся приступом внезапно наступающей одышки, переходящей в удушье.

В основе патогенеза сердечной астмы лежит застой крови в малом круге кровообращения, обусловленный острой левожелудочковой недостаточностью. В результате нарушается газообмен в легких, повышается содержание углекислого газа и понижается уровень кислорода в артериальной крови. Уменьшается кровоснабжение органов большого круга кровообращения, в особенности центральной нервной системы. Значительно повышается возбудимость дыхательного центра, что приводит к развитию одышки, достигающей степени удушья. В результате повышения гидростатического давления крови в сосудах малого круга увеличивается проницаемость капилляров, снижается коллоидно-осмотическое давление, и жидкая часть крови начинает пропотевать в альвеолы.

В начальной стадии отечная жидкость скапливается в стенках альвеол, вследствие чего они набухают, площадь соприкосновения с воздухом уменьшается. Описанная стадия, при которой наблюдается инфильтрация серозной жидкостью всей ткани легкого, в том числе перибронхиальных и периваскулярных пространств, что резко ухудшает условия обмена кислородом и углекислотой между вдыхаемым воздухом и кровью, способствует повышению легочного сосудистого и бронхиального сопротивления, носит название интерстициального отека легких, которому соответствует клиническая картина сердечной астмы. При пропотевании серозной жидкости в полость альвеол развивается альвеолярный отек легких.

В типичных случаях приступ сердечной астмы характеризуется довольно однотипной клинической картиной. Больной внезапно просыпается от острого ощущения недостатка воздуха (удушья) и страха смерти. Возникшему удушью нередко сопутствует, а в ряде случаев предшествует, упорный надсадный кашель. Сильная одышка преимущественно с затрудненным вдохом вынуждает больного сесть в постели, опустив ноги на пол, или (если позволяет состояние) встать и подойти ближе к открытому окну. В положении сидя больной опирается руками о кровать, голова его наклонена вперед. В таком положении несколько облегчается дыхание, так как в дыхательный акт включается вспомогательная мускулатура. Выражение лица больного в начале приступа испуганное, затем страдальческое; глаза выражают страх и беспокойство. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные, постепенно появляется и нарастает цианоз, преимущественно лица и губ. Наблюдается повышенная потливость. Часто видны набухшие шейные вены. Дыхание обычно учащенное, с затрудненным вдохом, но бывает затрудненным и выдох, т. е. одышка нередко носит смешанный характер. При затянувшемся присту-

пе сопутствующий удушью сухой надсадный кашель может сопровождаться отделением небольшого количества мокроты, содержащей примесь крови. Если появляется обильное отделение жидкой пенистой мокроты с примесью крови или выделяется равномерно окрашенная в розовый цвет жидкость, то прогноз ухудшается, так как этот признак характерен для развивающегося отека легких.

В отличие от типичных вариантов возникновения сердечной астмы (из-за острой слабости левого желудочка) астматический приступ при митральном стенозе чаще развивается во время или сразу после физической нагрузки, когда создаются особо благоприятные условия для застоя крови в легких. Очевидно, что при проведении неотложных медицинских мероприятий таким больным следует соблюдать особую осторожность при использовании сердечных гликозидов. Их введение во время приступа сердечной астмы при митральном стенозе может привести к смерти больного. Если одни приступы возникают внезапно и легко купируются, то другим предшествуют усиление одышки, появление сердцебиения, сухого кашля, ухудшение самочувствия.

Иногда приступ продолжается несколько минут и заканчивается без выраженных последствий. Чаще, однако, астматическое состояние носит затяжной характер, плохо поддается лечению, а при промедлении с назначением адекватной неотложной терапии может перейти в альвеолярный отек легких, осложниться коллапсом и закончиться смертью больного.

Как правило, раз появившись, приступ сердечной астмы повторяется вновь, если не будет назначено лечение основного заболевания, нередко сопровождающегося недостаточностью кровообращения, или не исчезнет тот фактор, который спровоцировал появление астмы у больного, ранее не имевшего этих приступов.

Клинические проявления сердечной астмы напоминают симптоматику приступов бронхиальной астмы. Подходы к лечению этих состояний различны. Поэтому в медицинской практике чрезвычайно важно проведение дифференциальной диагностики между сердечной и бронхиальной астмой.

Основные неотложные мероприятия при сердечной астме должны предусматривать достижение решения главной задачи — разгрузить малый круг кровообращения, добиться снижения повышенного гидростатического давления в его сосудах, улучшить сократительную способность сердечной мышцы, повысить насыщение крови кислородом.

СТЕНОКАРДИЯ

Стенокардия, или грудная жаба, — это следствие острого, но временного несоответствия между кровоснабжением сердца и его потребностями в кислороде. Причина в подавляющем большинстве случаев кроется в атеросклерозе сосудов, питающих сердце. Сочетание этих изменений со спазмом (например, при гипертоническом кризе), или при повышении потребности мышцы сердца в кислороде (например, при физической нагрузке) вызывают боль. Приступ стенокардии может возникнуть не только из-за склеротических изменений в сосудах, но и в результате их спазма (например, при рефлекторных воздействиях со стороны язвы желудка и т. п.).

Стенокардия проявляет себя приступами болей за грудиной или в области сердца сжимающего, давящего характера, отдающих чаще в левое плечо, руку, шею. Приступ может сопровождаться бледностью кожных покровов, замедлением или учащением пульса. Боли могут возникнуть при физическом либо нервном напряжении, выходе из теплого помещения на холод. В покое такие боли обычно проходят. Стенокардические боли не обязательно связаны с физическим или нервным напряжением — они нередко возникают в покое — даже во сне. Приступ продолжается несколько минут, быстро снимается нитроглицерином, валидолом; проходит внезапно.

Нитроглицерин можно считать весьма эффективным препаратом для купирования приступов стенокардии. При рассасывании под языком препарат растворяется через 40–60 секунд и оказывает быстрый эффект с продолжительностью действия 5–10 минут. Однако у некоторых больных на протяжении одной-трех минут он действует, вызывая головную боль, резкое снижение артериального давления, чувство тяжести в голове. В таких случаях следует использовать 0,5%-ный раствор нитроглицерина, либо принимать по ½ или ¼ таблетки. Нитроглицерин противопоказан при остром инфаркте миокарда, сопровождающемся снижением артериального давления, кровоизлиянии в мозг, глаукоме. Широко используется для лечения стенокардии и валидол.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

АЛЛЕРГИЯ

Аллергия — повышенная чувствительность организма к воздействию некоторых факторов окружающей среды, называемых аллергенами (химических веществ, микробов и продуктов их жизне-

деятельности, пищевых продуктов, пыльцы некоторых видов растений, бытовой пыли, шерсти животных, лекарственных препаратов, красителей, синтетических материалов и др.). Проявление аллергии сугубо индивидуально. Часто аллергические реакции возникают при дефиците в организме пантотеновой кислоты.

В зависимости от вида аллергена развивается соответствующая ответная реакция. Так, бытовые аллергены вызывают насморк, кашель, удушье; пищевые аллергены вызывают рвоту, понос, крапивницу, лихорадку; промышленные — дерматиты; в парикмахерских и косметических кабинетах красители вызывают дерматиты.

В некоторых случаях тепло, холод, механические раздражители способствуют образованию в организме определенных веществ, которые становятся аллергенами.

АЭРОФАГИЯ С ГАСТРОКАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Заглатывание воздуха с последующей отрыжкой (аэрофагия) является патологическим условным рефлексом на фоне невроза. Воздух заглатывается во время еды, разговора, при проглатывании слюны. Давление внутри желудка повышается, после сокращения мышцы желудка и расслабления кардиального сфинктера возникает отрыжка.

Симптомы: частая пустая громкая отрыжка без запаха, тяжесть, распирание в надчревной области, метеоризм, гиперсаливация.

БОЛЬ В ЖИВОТЕ

Боль в животе возникает по многим причинам. Иногда она незначительна и быстро проходит, а в ряде случаев — требует немедленного медицинского вмешательства. Часто, ощущая боль в животе, мы считаем, что у нас болит желудок. Однако нередко дело вовсе не в желудке — боль может исходить от других органов брюшной полости, и даже из грудной клетки (воспаление легких, инфаркт миокарда).

Знание симптомов не является основанием для самостоятельного лечения.

Диапазон болей, исходящих из органов брюшной полости, очень широкий. Причиной может быть просто задержка газов или желчи, а может быть — прободение полого органа с выходением содержимого (например, кишки) в полость живота. При одних болях можно лечиться дома самостоятельно, при других (например, при боли в животе, вызванной аппендицитом, прободной язвой желудка) нужна экстренная операция.

Неотложная медицинская помощь требуется:

- При болях и спазмах в брюшной полости, особенно при опоясывающих болях выше пупка, сопровождающихся рвотой и без таковой.

- Если боль в животе продолжается более трех часов.

- При болях в области пупка и ниже, справа от него, приступообразных, усиливающихся при движении.

- Если у больного повышена температура тела.

- При остро возникшей резкой боли, как при «ударе кинжалом в живот».

- Если у больного рвота, не приносящая облегчения.

- Если боль сильная, острая или постоянно усиливается.

- При ущемлении грыжи.

- Если боль сопровождается слабостью, бледностью, спутанностью сознания.

- Если боль в животе сопровождается постоянной тошнотой, рвотой и поносом.

- Если больной испытывает внезапную резкую боль, особенно в сочетании с такими симптомами, как повышение температуры тела, маточное кровотечение, изменение пульса и дыхания, сильное сердцебиение, головокружение или обморок, влажная холодная кожа, напряженный твердый живот.

- При перемещении и изменении силы боли.

- Вызывает тревогу уменьшение боли сразу после приема легкой пищи; ее усиление после приема жирной пищи, а также в том случае, если боль сопровождается сонливостью и спутанностью сознания.

- Любая боль в животе при беременности также требует срочной консультации врача.

Основные правила поведения при болях в животе:

- До прибытия «скорой» медицинской помощи помогите больному принять наиболее удобное положение, успокойте его. Внимательно наблюдайте за изменениями в его состоянии.

- Никогда не давайте есть и пить человеку с сильной болью в животе. Не кладите грелки, не давайте обезболивающих препаратов, не ставьте клизму!

- Домашнее лечение допустимо при незначительных болях в животе, которые проходят в течение примерно одних суток, или если вы четко знаете, что диагноз не требует срочного вмешательства врача.

ГАСТРИТ

Это воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка. Различают острый и хронический гастрит с повышенной или пониженной кислотностью, а также другие его виды.

Острый гастрит развивается в результате приема грубой, острой, жирной, слишком холодной или слишком горячей пищи, переедания, злоупотребления алкоголем, отравления. Заболевание может возникнуть в результате попадания в организм с недоброкачественной пищей болезнетворных микроорганизмов, а также вследствие аллергии. Известны и другие причины.

Острый гастрит обычно сопровождается неприятными ощущениями и болью в животе, жжением и тяжестью в области желудка, нередко возникают головная боль, потеря аппетита, тошнота, отрыжка, рвота, приносящая лишь временное облегчение. Иногда острый гастрит сопровождают ознобы, лихорадка. Если воспаление переходит на кишечник, появляются острые боли, урчание в животе, понос. Заболевание продолжается 3–5 дней и оканчивается, как правило, выздоровлением.

Во время приступа гастрита нельзя принимать пищу, но можно пить. При изжоге эффективен прием лекарств, снижающих кислотность в желудке. Не курите и не употребляйте алкоголь — это ухудшает течение заболевания.

Хронический гастрит развивается или в результате часто повторяющегося острого гастрита, или от тех же причин, которые вызывают острый гастрит. Часто причиной развития хронического гастрита являются хронические заболевания (например, кариес зубов). К гастритам могут привести и некоторые профессиональные вредности (заглатывание металлической, угольной пыли), длительный прием некоторых лекарств.

Хронический гастрит может протекать с нормальной и с повышенной секрецией желудочного сока. При *гастрите с пониженной секрецией* больные жалуются на плохой аппетит, вяжущий или металлический привкус во рту, отрыжку воздухом или тухлым яйцом, тошноту, ощущение тупой боли и тяжести в подложечной области.

Хронический гастрит с нормальной и повышенной секрецией проявляется болями и тяжестью в подложечной области, упорными изжогами, кислой отрыжкой, чувством жжения, давления и распираания, возникающим обычно спустя 2–3 часа после еды. После приема пищи боли проходят.

Лечение болей при гастрите — это прежде всего ликвидация причин, вызвавших его. При остром гастрите врачи применяют

промывание желудка через зонд (его можно заменить обычным питьем с последующим вызыванием рвоты), грелки к ногам. При хронических гастритах эффективна длительная диетотерапия, строгое соблюдение режима питания, медикаментозная терапия.

ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТ ОСТРЫЙ

Полиэтиологическое заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями слизистой оболочки тонкой и толстой кишок и связанными с ними нервно-рефлекторными расстройствами двигательной и секреторной функций кишок.

Часто причиной острого гастроэнтероколита является употребление в пищу недоброкачественных или неудобоваримых продуктов питания. Острый гастроэнтероколит развивается на фоне пищевой токсикоинфекции после употребления в пищу продуктов, зараженных микробами.

Гастроэнтероколит могут вызывать отравления химическими ядами, лекарственными препаратами, протозойная и гельминтная инвазии, аллергические факторы (земляника, мед, раки), механические причины, ведущие к стазу.

Инкубационный период при пищевой токсикоинфекции — от 6 до 12 ч. Болезнь начинается внезапно общим недомоганием и часто ознобом. Острое начало со схваткообразной болью в животе, тошнотой, рвотой, поносом. В легких случаях болезнь протекает при нормальной температуре и при удовлетворительном общем состоянии. Стул жидкий со слизью. В более тяжелых случаях температура повышается до 38—39 °С, резкая боль в области надчревя, рвота и частый понос (при левосторонней локализации, обычно дизентерия, стул 15—20 раз в день), тенезмы, кал со слизью, кровью, часто с гнилостным запахом. Острый колит при недостаточно правильном лечении переходит в хронический. Язык часто бывает гладким и блестящим.

ГЕПАТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Воспалительный процесс без нарушения дольковой и сосудистой архитектоники печени, продолжающийся более 6 месяцев и проявляющийся астенодиспептическим синдромом.

Разнообразные болевые ощущения в правом подреберье, диспептические расстройства (снижение аппетита, тошнота, отрыжка, плохая переносимость жиров, чувство полноты и давления, метеоризм, неустойчивый стул), общая слабость, утомляемость, недомогание, артралгия, субфебрилитет, кровоточивость десен, зуд

кожи, темная моча, светлый кал, желтушность кожи и склер, сонливость, увеличенная печень.

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Грыжа представляет собой выходение внутренних органов живота под кожу или в межмышечную клетчатку без нарушения целостности покровов. В зависимости от происхождения различают грыжи врожденные и приобретенные. В зависимости от места выхода различают грыжи паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота и сухожильных перемычек прямых мышц живота, седалищные, промежностные и внутренние.

К образованию грыж ведут особенности анатомического строения (расширенные паховые и пупочные кольца и др.) и аномалии развития брюшной стенки. При комбинации этих причин в области слабого участка или рубцов брюшной стенки (грыжевое кольцо) начинает выпячиваться часть пристеночной брюшины, образующая грыжевой мешок; вслед за ней в грыжевой мешок выпадают те или иные органы брюшной полости (чаще тонкая кишка, сальник).

Наружные грыжи распознают по наличию эластической консистенции выпячивания, покрытого неизменной кожей. В лежащем положении больного грыжевое выпячивание часто самостоятельно или при легком надавливании исчезает, опускаясь в брюшную полость. Радикальное лечение неущемленных грыж только хирургическое. Используемые для облегчения состояния бандажи лишь временно удерживают грыжу, но не предохраняют от ущемления. Длительное ношение бандажа, оказывающего постоянное давление на ткани, ведет к ослаблению брюшной стенки, способствует развитию спаек.

При кашле, натуживании или другом физическом напряжении кишечные петли могут выскользнуть в грыжевой мешок и ущемиться в грыжевом кольце. Ущемление является тяжелым осложнением грыжи. При этом больные отмечают боли в области грыжи, а иногда схваткообразные боли в животе. Грыжа перестает вправляться в брюшную полость, может увеличиваться в размерах.

Если ущемленную грыжу срочно не оперировать, может наступить смерть. Попытки вправить грыжу при ее ущемлении также могут привести к серьезным, угрожающим жизни осложнениям.

ДИАРЕЯ (ПОНОС)

Диарея (понос) обычно возникает в результате раздражения кишечника, ускоряющего деятельность пищеварительного тракта,

при этом фекалии выводятся гораздо чаще, и еще до того, как жидкость всосется.

В большинстве случаев заболевание возникает в результате переедания, употребления незрелых или перезрелых фруктов, а также чрезмерного употребления в пищу овощей. Алкоголь (особенно вино или пиво) также может спровоцировать приступ диареи. Заболевание может вызвать вирусная инфекция или легкое пищевое отравление. Многие люди страдают диареей вследствие эмоционального стресса, лечения антибиотиками, которые убивают бактерии, необходимые для пищеварения. Диарея может послужить для вас и сигналом того, что вам не подходят некоторые специи. Возможна также аллергия на пищевые продукты или непереносимость молочного сахара (лактозы), а также других пищевых компонентов. Постарайтесь определить подозрительный продукт и исключите его из пищевого рациона.

При диарее рекомендуется после каждого акта дефекации принимать охлажденные или тепловатые жидкости (вода, чай, суп). Сильно охлажденные напитки могут вызвать раздражение желудка. Следует избегать употребления молока или плотной пищи. Если диарею удалось взять под контроль, то можно включить в рацион легкоусвояемые продукты, которые не будут раздражать желудок или стимулировать деятельность кишечника. К ним относятся мясо, курица и рыба (запеченные или приготовленные на открытом огне), вареные яйца, рис, бананы, печеный картофель. Нельзя употреблять спиртное.

Необходимо вызвать врача, если диарея продолжается более двух суток, а также сопровождается лихорадкой (высокой температурой), тошнотой, рвотой, головной болью, сильным нарушением пищеварения, болью в области живота или чрезмерной усталостью. Необходимо срочно обратиться к специалисту, если выделения содержат кровь (словно вымазаны дегтем) или пенистые.

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Это функциональные нарушения тонуса и моторики желчного пузыря и желчных путей. Различают гипертонически-гиперкинетическую форму, характеризующуюся гипертоническим состоянием желчного пузыря, и гипотонически-гипокинетическую, для которой характерно гипотоническое состояние желчного пузыря и сфинктера Одди. Встречается чаще у женщин.

Дискинезия способствует нарушению центральной и вегетативной нервной системы (неврозы, диэнцефальные расстройства, вы-

раженная ваготония и др.), эндокринные нарушения, особенно щитовидной железы и яичников, хронические заболевания кишечника и тазовых органов, общий аллергоз, перенесенный гепатит и др.

ДИСКИНЕЗИЯ КИШОК

Функциональные заболевания кишечника относятся к кортико-висцеральным заболеваниям, развивающимся в результате острых отрицательных эмоций, конфликтных ситуаций, психических травм с последующим нарушением высших регуляторных механизмов. Играют роль эндокринные расстройства, а также висцеро-висцеральные влияния со стороны других органов пищеварительной системы. Неврозы кишечника проявляются изменениями их секреторной и моторной функций в сторону как усиления, так и ослабления.

Симптомы: позывы к мочеиспусканию в связи с волнением, жидкий стул, урчание в животе, иногда небольшие колики. В некоторых случаях вместо поноса наблюдается запор. Испражнения без патологических примесей. Живот мягкий, кишечник при пальпации не изменен, большей частью безболезнен.

ЖЕЛУДКА ГИПОТОНИЯ

Гипотония желудка проявляется нарушением его перистальтической функции вследствие астенического телосложения, истощающих заболеваний, хронической интоксикации, хронической перегрузки желудка большим количеством пищи. Может сочетаться с гастроптозом (опущением желудка), гастритом, язвенной болезнью.

Симптомы: тяжесть, чувство давления, распирающие в надчревной области после еды, быстрая насыщаемость (особенно после приема жидкой пищи). Пальпаторно определяется постоянный плеск в надчревной области, при рентгеноскопии бариевая взвесь приобретает форму чаши.

ЖЕЛУДКА ОПУЩЕНИЕ (ГАСТРОПТОЗ)

Различают 3 степени опущения желудка. При I степени малая кривизна определяется на 2–3 см выше линии, соединяющей гребни подвздошных костей, при II степени — на уровне этой линии, при III степени — ниже ее. Гастроптоз чаще встречается у женщин.

При гастроптозе I–II степени больные отмечают ощущения тяжести, распирания, полноты в надчревной области, особенно после обильной еды, которые уменьшаются в положении лежа. У отдельных больных возникают кратковременная боль в животе во время бега или прыжков, тошнота, снижение аппетита, запор,

невротические проявления. Если опущение желудка наступило после поднятия тяжести, наблюдается резкая боль в животе в течение 3–5 дней. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием. Пальпаторно определяется опущение привратника, большой и малой кривизны желудка.

ЖЕЛУДКА СПАЗМ (ГАСТРОДИНИЯ)

Спазматические сокращения желудка после приема пищи являются следствием двигательного невроза желудка у лиц с эмоциональной лабильностью после сильной психогенной травмы. Это функциональное нарушение деятельности желудка. Чаще бывает у женщин при нарушениях менструального цикла, сопровождаемых истерией и обмороками.

Спазм может быть рефлекторным при заболеваниях пищеварительного канала. Нередко спазм вызывают длительный промежуток времени между приемами пищи; очень горячие или холодные напитки; неумеренность в употреблении чая, крепких напитков; «тяжелая» пища.

Симптомы: сильная стягивающая боль в области желудка, распространяющаяся на грудь и спину, с тошнотой, отрыжкой или рвотой, обмороком и похолоданием конечностей.

ЖЕЛУДКА КРОВОТЕЧЕНИЕ

Причиной желудочного кровотечения являются органические заболевания желудка (язва желудка, язвенный гастрит, полипы желудка, рак желудка), а также других органов, вызывающие нарушения кровообращения в желудке (тромбоз воротной вены, атрофический цирроз печени), заболевания крови и сосудов, скорбут и др.

В зависимости от степени кровотечения отмечают слабость, сухость во рту, жажду, тошноту, бледность, головокружение, обморочное состояние, появление холодного пота, пульс слабый, учащенный, артериальное давление снижено, коллапс, кровавая рвота «кофейной гущей».

При несильном кровотечении и отсутствии растяжения желудка рвота кровью может не быть.

ЖЕЛУДКА РАЗДРАЖЕННОГО СИНДРОМ

Гиперсекреторные и гипермоторные изменения желудка нередко возникают у больных с поражением (функциональным и органическим) различных отделов нервной системы (кора большого моз-

га, гипоталамическая область, периферическая вегетативная нервная система). Этому способствуют психические травмы, перенапряжение нервной системы, инфекции и интоксикации, а также разнообразные рефлекторные влияния при поражениях других внутренних органов.

Симптомы: изжога, жжение в надчревной области, отрыжка кислым, тяжесть и распирающие боли в желудке при длительных перерывах в еде, склонность к запорам. При исследовании часто обнаруживают гиперсекрецию и повышение кислотности желудочного сока, усиление тонуса желудка, склонность к спазмам привратника.

ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Подавление секреции, вызванное различными нарушениями нервной регуляции. К этому обычно присоединяется гастритический компонент. Поэтому клиническая картина подобна хроническому анацидному гастриту.

Симптомы: нарушение аппетита, неприятный вкус во рту, отрыжка воздухом, слюнотечение, срыгивание, тошнота, чувство тяжести, давление в надчревной области, расстройство функции кишечника — понос, чередование поноса и запора, метеоризм.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ХОЛЕЛИТИАЗ)

Обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся выпадением желчных камней в желчном пузыре, реже — в желчных протоках. Одно из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Болезнь наблюдается обычно в возрасте 30—55 лет, у женщин в 3—4 раза чаще, чем у мужчин.

Основной причиной образования желчных камней являются нарушения в центральной нервной системе, ведущие к развитию вегетативной дистонии и нарушению обмена веществ, главным образом липоидного, в частности — интенсификации синтеза холестерина с выделением литогенной (перенасыщенной холестерином) желчи; различные обменные заболевания (ожирение, диабет, атеросклероз, подагра); нарушения гормонального и нейрогенного характера с ухудшением опорожнения желчного пузыря; уменьшение всасывания желчных кислот в терминальном отделе тонкой кишки и др.

Ранними симптомами болезни являются периодически возникающие диспептические проявления: чувство тяжести в правом под-

реберье, особенно после еды, вздутие, отрыжка, иногда рвота, нерегулярный стул и др. Объективные признаки мало выражены: чаще отмечается лишь болезненность в области желчного пузыря и в точке диафрагмального нерва на шее справа между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Основным симптомом желчнокаменной болезни является желчная колика, которая возникает обычно после диспептического (сравнительно благополучного) периода болезни, продолжающегося от нескольких месяцев до нескольких лет. Приступ наступает внезапно, проявляется сильной, невыносимой болью в правом подреберье, распространяющейся по всему животу и отдающей в межлопаточное пространство и в правую лопатку. Боль сопровождается горьким привкусом во рту, тошнотой, рвотой, а иногда и повышением температуры до 38–39 °С. Чаще колика появляется в первой половине ночи, через 3–4 ч после еды, и длится несколько часов, иногда затягивается на 1–2 дня. Прекращается приступ внезапно, через 2–3 дня состояние больного полностью восстанавливается. После приступа с испражнениями могут выходить камни. В случае стойкой закупорки общего желчного протока после приступа возникает механическая желтуха. При затянувшейся желтухе общее состояние больного постепенно ухудшается и осложняется вначале геморрагическим диатезом, а затем развитием билиарного цирроза.

ЗАПОР

Редкое опорожнение кишечника (отсутствие стула свыше 48 часов), происходящее с большим затруднением. По своему происхождению запор может быть компенсированным и субкомпенсированным.

Причины: нерегулярность питания, характер пищи, нервные расстройства, органические поражения различных отделов центральной нервной системы, механические препятствия по ходу кишок (опухоль, рубец). Различают атонический и спастический запор.

Атонический запор обусловлен уменьшением возбудимости ауэрбаховского сплетения. Задержка каловых масс происходит в слепой, восходящей и в начальной частях поперечной ободочной кишок. Такого типа запор встречается у лиц с общей мышечной слабостью.

Спастический запор может быть при повышенной возбудимости кишечной стенки со склонностью к спазмам. Он обусловлен гипертонусом вагуса. Спазмируется чаще всего поперечная ободочная кишка перед селезеночным изгибом. Нередко перемежаются атония и спазм.

Симптомы: вялость, апатия, нарушения сна, раздражительность, нередко головная боль, головокружение, тяжесть в горле, неприятный вкус во рту.

ИЗЖОГА И ЖЖЕНИЕ В ЖЕЛУДКЕ

Изжога — ощущение жжения за грудиной или в надчревной области, нередко распространяющееся вверх до глотки. В большинстве случаев изжога ощущается при повышенной кислотности желудочного сока, но может быть и при полном отсутствии хлороводородной кислоты в соке. Причиной ее является недостаточность кардиального сфинктера и попадание вследствие этого желудочного сока в пищевод, что вызывает раздражение его слизистой оболочки. В некоторых случаях ощущение изжоги — это проявление невроза.

ИКОТА

Громкое быстрое насильственное вдыхание, возникающее в результате клонической судороги диафрагмы; различают кратковременную серию судорог и длительную (иногда несколько недель).

Кратковременная икота чаще всего возникает в ответ на быстрое заполнение желудка, особенно сухой пищей. Более продолжительной бывает икота при заболеваниях пищеварительного канала и особенно желчного пузыря; после оперативного вмешательства, проведенного в брюшной полости. Вызвать икоту может патологический процесс в средостении, а также поражение нервной системы (опухоли нижних отделов ствола головного мозга, нарушения мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне). Нередко икота обусловлена функциональными нарушениями и возникает у неврастенических субъектов с повышенной реактивностью.

Симптомы: громкое быстрое насильственное вдыхание, сопровождаемое звуками «ик».

КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Выделение из кишечника крови во время или после дефекации. Кишечное кровотечение может наблюдаться при опухоли, дизентерии, язве кишок, полипах, трещинах заднего прохода, тромбозе мезентериальных сосудов и пр. При кровотечении из верхних отделов кишок испражнения дегтеобразные, черного цвета (в результате воздействия кишечных ферментов на гемоглобин). При язвенных колитах каловые массы с примесью крови и большого количества слизи.

Обильные кишечные кровотечения обычно сопровождаются резкой общей слабостью, холодным потом, головокружением, побледнением лица, легким или выраженным обморочным состоянием; пульс слабый, учащенный, артериальное давление снижено. Обычно кровотечения не обильны и не ведут к острому обескровливанию.

КОЛИКИ

Коликой называют приступ сильных и резких схваткообразных болей, вызванных переполнением и перерастяжением полых органов (прежде всего — брюшной полости) их содержимым. Нарушение оттока содержимого из полых органов чаще всего может быть вызвано спазмом, спайкой, камнем, инородным телом или опухолью. В связи с этим различают печеночную, почечную, кишечную, панкреатическую колики, боли при которых обусловлены длительным спазмом круговых мышц стенок кишок, желчных путей, мочевых протоков и др. Колика также может возникнуть при растяжении участков кишечника газами.

Боли при колике нередко сопровождаются рвотой, ухудшением общего состояния и могут продолжаться от нескольких минут до нескольких часов.

В связи с сильными болями лечением колик в животе должны заниматься врачи. Обычно назначают препараты, снимающие спазм (баралгин, спазган и т. п.), обезболивающие средства, тепловые процедуры, проводят мероприятия по ликвидации причины, вызвавшей нарушение оттока содержимого полого органа.

КОЛИТ

Воспаление толстой кишки является наиболее распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта.

Различают **острый** и **хронический** колит. При остром колите наблюдаются спастические боли в животе и понос, общее недомогание, потеря аппетита, иногда — болезненные позывы на дефекацию (тенезмы). При остром колите бактериального происхождения может повышаться температура тела, часто наблюдается жидкий необильный стул со слизью или с примесью крови.

Острый колит нередко переходит в хронический, который характеризуется тупыми или спазматическими болями в животе по ходу толстого кишечника, нередко усиливающимися перед или после опорожнения кишки, снижением аппетита, тошнотой, общей слабостью. Больные жалуются на чувство распирания в животе,

урчание и повышенное газообразование. Наблюдаются расстройства стула (запоры, поносы). При поносе стул 3–4 раза в сутки, чаще кашицеобразный или жидкий, в тяжелых случаях — с примесью прожилок крови в слизи. При хроническом спастическом колите каловые массы имеют вид «овечьего кала». Живот больного умеренно вздут, болезненный по ходу толстой кишки. Диагноз колита устанавливается врачом.

Лечение при остром и хроническом колите различное. При остром колите или обострении хронического воспаления толстой кишки на 1–2 суток назначается голод или полуголодная диета, а затем (при преобладании в кишечнике бродильных процессов) — белковая или (при преобладании процессов гниения) — углеводная диета. В дальнейшем рекомендуется протертая, приготовленная на пару полноценная пища с исключением некоторых фруктов, грубых овощей, свежего молока.

При инфекционном колите врачи обычно назначают антимикробные и антипаразитарные препараты (например, норфлоксацин), а также лекарства, нормализующие кишечную микрофлору. При воспалении в области прямой и сигмовидной кишки показаны лекарственные клизмы. Важным компонентом лечения колитов является коррекция дисбактериоза.

МЕТЕОРИЗМ (ВЗДУТИЕ ЖИВОТА)

Метеоризм — симптом различных расстройств пищеварения, характеризующийся скоплением большого количества газов в петлях кишок и частично в желудке.

Излишнее образование газов в кишках происходит вследствие усиленных процессов брожения и гниения от попавших извне микробов, не присущих кишечной флоре, либо в результате обильной или однообразной пищи, благоприятствующей развитию бродильных и гнилостных бактерий. Развитие тяжелых патологических процессов в кишечной стенке (изъязвления, нагноения, злокачественные новообразования с дальнейшим их распадом) приводит к изменению кишечной среды. Неврогенный метеоризм встречается у истеричных лиц.

Характер метеоризма изменяется в зависимости от вида пищи. Разложение белковых веществ вызывает отделение сероводорода с характерным запахом; разложение жиров — кислую отрыжку, сладостей — изжогу от уксусного брожения.

Симптомы: чувство вздутия живота, боль в животе, сердцебиение, боль в области сердца, одышка.

ПАНКРЕАТИТ (ВОСПАЛЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Панкреатит развивается при переедании, заболеваниях желудка, двенадцатиперстной кишки, желчных путей и печени, сужении протоков поджелудочной железы и др. В основе развития этого тяжелого недуга — самопереваривание поджелудочной железы выделяемыми ею же ферментами — трипсином, химотрипсином, липазой, а также повреждающее воздействие желчи, затекающей в протоки поджелудочной железы.

Острое воспаление поджелудочной железы характеризуется сильными болями в животе, неукротимой рвотой, тяжелым состоянием больного.

Лечение острого панкреатита не всегда оперативное — с успехом применяют антибиотики, сильные обезболивающие, сосудосуживающие, антиферментные препараты (например, трасилол, контрикал, 5-фторурацил, новокаиновые блокады). К хирургическому вмешательству приходится прибегать в тяжелых случаях и при осложнениях. Если заболевание перешло в хроническую форму, для лечения используют специально подобранную диету, противоспастические, желчегонные средства, антибиотики, антиферментные и другие препараты.

ПЕРИТОНИТ

Перитонит — это самое грозное осложнение воспалительных и некоторых других заболеваний органов брюшной полости, нередко приводящее к смерти. Чаще всего наблюдается как осложнение острого аппендицита, кишечной непроходимости, прободной язвы желудка, ущемленной грыжи, острого холецистита, острого панкреатита, тромбоза сосудов кишечника, разрывов органов живота, в том числе яичников и маточных труб при внематочной беременности.

Это опаснейшее состояние характеризуется болями в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки и симптомами раздражения брюшины. Отмечаются сухость во рту, обложенный язык, жажда, землистый цвет лица, запавшие глаза и щеки. Черты лица заострены, больной покрыт липким потом. Самый информативный и простой для определения симптом перитонита — симптом Щеткина—Блюмберга. Он определяется следующим образом. На живот больного или пострадавшего кладут теплую руку и медленно и плавно надавливают на переднюю брюшную стенку; затем руку резко отрывают. При наличии перитонита больной в этот момент

ощущает резкое усиление боли. Боль при остром животе обычно сопровождается беспокойным поведением больного в постели, бледностью, холодным потом, рвотой и задержкой стула; пульс и дыхание учащены.

Если есть подозрение на острый живот (перитонит) — то это показания к немедленной госпитализации больного в хирургический стационар. Запрещаются любые болеутоляющие и снимающие спазм средства, антибактериальные препараты, грелки, слабительные, клизмы; нельзя есть и пить. Допустимо применение холода на живот.

В большинстве случаев при перитоните показано экстренное оперативное вмешательство.

СПАЗМ ПИЩЕВОДА

Судорожное сокращение пищевода во время еды, затрудняющее глотание (эзофагоспазм).

Общими предрасполагающими причинами этого заболевания являются различные поражения центральной и вегетативной нервной системы. Спазм может быть следствием двигательного невроза пищевода у лиц с неустойчивой нервной системой при сильных эмоциональных реакциях, может быть рефлекторным при заболевании пищеварительного канала.

Главными симптомами спазма пищевода являются периодическое расстройство глотания (дисфагия), затрудненное прохождение пищи, особенно жидкой, рвота после еды. Затруднение глотания появляется внезапно, при полном здоровье, часто после психических и нервных травм. В отличие от дисфагии раковой этиологии, затруднено прохождение не твердой, а жидкой пищи. Для того чтобы продвинуть остановившуюся в пищеводе пищу, больные натуживают, прижимаются к твердому предмету, задерживают дыхание и т. д. Когда спазм проходит, пища свободно продвигается в желудок. Характерным симптомом является рвота непереваренной пищей со слюной и слизью при полном отсутствии хлористоводородной кислоты.

Органическое сужение пищевода развивается на почве ожогов, травм и воспалительных процессов. Проявляется нарастающим расстройством глотания пищи и ее прохождения, болью за грудиной во время глотания даже жидкой пищи.

ХОЛЕЦИСТИТ

Это заболевание чаще всего является следствием желчнокаменной болезни, характеризующейся камнеобразованием в желч-

ном пузыре, реже — в желчных протоках. Количество камней, их вес, форма бывают самыми разными.

Боль при желчнокаменной болезни возникает в случаях воспалительных изменений желчного пузыря (холецистите) и желчных протоков, а также в связи с продвижением камня по желчным путям, вызывающим приступ желчной (печеночной) колики и желтуху. Приступ колики возникает при значительном повышении давления в желчном пузыре или желчном протоке из-за внезапно возникающего препятствия к опорожнению желчи (например, спазм, закупорка камнем). При этом заболевании желчный камешек застревает в протоке, ведущем из желчного пузыря в тонкий кишечник. Ощущается сильная боль в верхней правой части живота. Если основной желчный проток оказался заблокирован камнем, то желчь может накапливаться в крови. В результате этого желтеет кожа и возможно поражение печени. Боль может возникнуть внезапно или постепенно нарастать в течение нескольких часов. Обычно это происходит после приема жирной, жареной, острой пищи. Боль ощущается в правом подреберье и может отдавать в правое плечо, грудь или шею. Больной обычно бледнеет, покрывается потом, его тошнит, возникает рвота, поднимается температура, живот становится напряженным и чувствительным.

При приступе холецистита врач обычно назначает средства, снимающие спазм, а при присоединении инфекции — антибиотики и сульфаниламидные препараты. При частых приступах и некоторых осложнениях производится хирургическая операция. В отдельных случаях специальные лекарственные препараты способны растворять желчные камни.

Для предупреждения дальнейшего камнеобразования и приступов желчной колики назначают рациональное и регулярное питание, разумную физическую нагрузку, способствующую нормальному желчеотделению, желчегонные средства.

Приступ желчной колики поддается лечению препаратами, снимающими спазм, теплом; часто с успехом применяются блокады — рефлекторное воздействие холодом или введение местнообезболивающих средств в определенные участки тела.

ХОЛАНГИТ

Катаральное или гнойное воспаление желчных протоков, как крупных внепеченочных, так и мелких внутривнутрипеченочных.

Причины: в большинстве случаев — инфекция, попадающая в желчные пути восходящим путем из кишок. Холангит могут выз-

вать лямблии, аскариды, сибирская двуустка; различные заболевания в брюшной полости: гастрит, язвенная болезнь, колит, панкреатит, аппендицит.

По характеру клинического течения различают острый и хронический холангит. Острый начинается внезапным ознобом, быстрым повышением температуры, тошнотой, рвотой, тяжестью и болью в правом подреберье. Симптомы нарастают. С первых дней печень увеличена и болезненна. В крови лейкоциты увеличены, СОЭ повышено. Под влиянием медикаментозной терапии наступает выздоровление.

ЭЗОФАГИТ (ВОСПАЛЕНИЕ ПИЩЕВОДА)

Острый эзофагит чаще всего возникает при инфекционных заболеваниях, после травмы при зондировании с последующим инфицированием, после термических и химических ожогов. Хронический эзофагит нередко является вторичным заболеванием (кардиоспазм, дивертикулы, язвенное поражение, рак) или осложнением стоматита, заболеваний органов брюшной полости, дифтерии, грибковых заболеваний.

Симптомы: боль за грудиной при глотании, чувство жжения, срыгивание пищей, жидкостью, кровью, тошнота, рвота.

ЭНТЕРИТ

Воспаления тонкой кишки бывают острыми и хроническими.

Острые энтериты наблюдаются при инфекционных заболеваниях, пищевых отравлениях, пищевой аллергии и т. д. Характеризуются внезапно возникающими болями в середине живота, рвотой, частым жидким стулом, повышением температуры и другими симптомами. Энтериты, протекающие в легкой форме, обычно заканчиваются выздоровлением в течение нескольких дней или недель.

Лечение проводят под контролем врача — в стационаре или амбулаторно. Лечение зависит от причины энтерита и тяжести течения заболевания. Обычно применяют слабительные препараты, очистительные клизмы, антибактериальные, вяжущие и другие средства, обильное питье.

Хронические энтериты наиболее часто связаны с систематическим нарушением режима питания, злоупотреблением острой пищей, спиртными напитками, наличием глистов, лямблий, аллергий, хроническим отравлением некоторыми промышленными ядами, длительным применением некоторых лекарственных препаратов. Больных беспокоят нерезкие боли в животе, тошнота, урчание в кишечнике, слабость, нередко — жидкий стул.

Лечение: устранение факторов, вызывающих энтерит, диета, витамины. Врачи при поносах рекомендуют вяжущие средства, препараты пищеварительных ферментов (в частности, креон). Для снятия болей используют препараты, снимающие спазм кишечника, тепловые процедуры. При обострениях лечение энтерита проводят в стационарных условиях.

ЭНТЕРОКОЛИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Причины: заболевания желудка (ахилия), поджелудочной железы, щитовидной железы и нарушения функции вегетативной нервной системы, сопровождающиеся расстройствами секреторной и моторной функций пищеварительного канала. Часто развивается как следствие повторных заболеваний острым энтероколитом или как осложнение после перенесенной дизентерии.

Симптомы: расстройство стула, чаще понос или неустойчивый стул, вздутие живота, урчание и боль в нем (кишечная колика), ощущение полноты и распираания после еды. У больных наблюдается полифекалия с остатками непереваренной пищи, стул частый, жидкий или кашицеобразный, плохо смывается с унитаза. При поражении толстой кишки количество кала невелико, но в нем много слизи.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

При язвенной болезни отмечается периодическая боль (обычно между пупком и грудиной), связанная с приемом пищи. При язве желудка боль возникает через полчаса-час после еды, при язве двенадцатиперстной кишки — через 2–4 часа после еды или натощак («тощая», или «голодная» боль). Облегчение наступает с началом следующего приема пищи. Вследствие этого больные язвой могут значительно прибавить в весе, так как они весь день перекусывают, с тем чтобы снять болезненные симптомы.

К другим распространенным симптомам язвы относятся нарушение пищеварения (расстройство желудка), тошнота, чувство наполненности, пучения (газов). Черный, похожий на деготь стул может означать наличие кровотечения из язвы, что может привести к развитию анемии. Боль почти всегда сопровождается изжогой, которая снимается приемом молока или пищевой соды; возможны тошнота, рвота, запоры. Отмечается периодичность течения болезни: чередование периодов обострений — весной и осенью. У некоторых людей не отмечается никаких симптомов.

В диагностике язвенной болезни важную роль играет рентгенологическое исследование и эндоскопия, которая позволяет изучить состояние слизистой оболочки, установить расположение и харак-

тер язвы. Если боль при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки не снимается путем применения лекарств, понижающих кислотность, — срочно обратитесь к врачу.

Лечение язвенной болезни проводится только по назначениям врача и обычно сводится к приему нейтрализующих кислоту препаратов. Их следует принимать через один-три часа после еды, а также перед сном. Другие препараты могут снимать боль и снижать выделение кислоты. Чаще всего применяется Cimetidine и Ranitidine. Могут быть выписаны седативные лекарственные препараты и транквилизаторы. Обычно рекомендуют диету, лечебно-охранительный режим, лекарственные препараты, снижающие желудочную секрецию или нейтрализующие желудочный сок, стимулирующие процессы заживления, а также обволакивающие, снимающие спазм, антимикробные и успокаивающие средства.

Осложнения при язве. К основным осложнениям язвы относят сильное кровотечение, если язва разъедает кровеносный сосуд. Если язва перфорирует сквозь стенку двенадцатиперстной кишки или желудка, то содержимое желудка может вытечь через образовавшееся отверстие в брюшную полость. Прободение язвы обычно вызывает внезапную боль в подложечной области (посередине верхней части живота), которая может распространяться на спину. Больные сравнивают внезапную сильную боль с «кинжальным ударом». Живот становится твердым, как доска. Обычно больной лежит лицом вниз, защищая больное место; дыхание становится частым и поверхностным, повышается температура тела, учащается пульс. Лечение такого состояния — экстренная операция.

Оперативное лечение также бывает необходимо и в случае затруднений в пищеварительном тракте, вызванных тканями язвенных рубцов или же воспаленными, разбухшими язвами. Операция бывает необходима, если прочие методы и меры не дают эффекта. В ходе операции удаляют области желудка, вырабатывающие кислоту. Другая операция заключается в удалении части блуждающего нерва, стимулирующего секрецию желудка. Некоторым людям производят операции обоих типов.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

ГИДРОНЕФРОЗ

Если камень из почки не вышел и отток мочи не восстановился, то может развиваться тяжелое осложнение — гидронефроз, забо-

ление, характеризующееся прогрессирующим расширением полостей почек с последующей гибелью почечной ткани.

Гидронефроз бывает: врожденный, при закупорке опухолью, воспалительным рубцом лоханки или мочеточника; при повреждении нервно-мышечного аппарата почечной лоханки и мочеточника. При своевременном лечении орган восстанавливается.

Обычно гидронефроз протекает с приступами почечной колики или тупыми болями в области почек, появляется кровь в моче, а при присоединении инфекции — гной. Лечение у врача-уролога, хирургическое.

ИНФЕКЦИЯ В ПОЧКАХ

Наиболее частые признаки воспалительных заболеваний почек — усиливающаяся боль в боку и нижней части живота, а также боль в спине, чувствительность при дотрагивании, высокая температура, озноб, тошнота, рвота, частое мочеиспускание. При наличии этих симптомов необходимо немедленно обратиться к врачу.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА

Сильные боли в спине наблюдаются в тех случаях, когда камень выходит из почки и закупоривает выход из нее мочи. Возникает так называемая почечная колика — симптом резких схваткообразных болей в поясничной или подвздошной области, обусловленных судорожными сокращениями гладкой мускулатуры почечной лоханки, ее чашечек или мочеточника при внезапно возникшем препятствии к оттоку мочи. В момент колики больной не находит себе места, все время меняет положение тела, мочеиспускание учащенное, болезненное, часто возникают тошнота, рвота.

Попытаться снять боль при этом осложнении до обращения к врачу можно путем изгнания камня из мочевыводящих путей. Для этого можно применить местное или общее (ванна) тепло, обезболивающие препараты, в состав которых входят анальгетики и средства, снимающие спазм (баралгин, спазган, спазмалгон и им подобные).

ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Заболевание, характеризующееся наличием в почечных лоханках или чашечках камней, образованных из веществ, входящих в состав мочи. Нарушение физико-химического состава мочи приводит к выпадению в осадок кристаллов и солей, которые в сочетании с органической основой (например, сгусток крови, бактерии) образуют камни.

Болезнь проявляется болью в пояснице тупого характера или в виде почечной колики, которая возникает вследствие закупорки камнем почечной лоханки или мочеточника. В конце приступа или вскоре после него в моче может появиться кровь. При осложнении инфекцией мочевых путей моча мутная, гнойная. Между приступами колики возможны тупые боли в области соответствующей почки, обычно усиливающиеся при движении и успокаивающиеся в покое. Примерно у 15% больных почечнокаменная болезнь протекает бессимптомно. Поставить диагноз помогают ультразвуковое исследование, рентген, анализ мочи.

Мелкие камни, попадающие в мочеточник из лоханки, часто отходят самостоятельно либо после приема большого количества жидкости, лекарственной терапии и других мероприятий. Крупные камни отойти из почки не могут; они подлежат удалению. Самостоятельное лечение такого заболевания исключается.

ОПУЩЕНИЕ ПОЧКИ

Боли в поясничной области, усиливающиеся в положении стоя, иногда приступообразные, когда в моче нередко появляется кровь, характерны и для другого заболевания — опущения почки. При этом могут также наблюдаться желудочно-кишечные расстройства, головная боль, нарастающая утомляемость, раздражительность. В большинстве случаев это заболевание бывает правосторонним.

Предрасполагают к опущению почки снижение мышечного тонуса брюшной стенки, резкое похудание, непосильный физический труд, травмы, врожденные особенности строения тела. Опущение почки чаще развивается у женщин, что в значительной мере связано с неправильным образом жизни во время беременности и родами.

Лечение ведется под наблюдением врача и определяется стадией заболевания: специальная лечебная физкультура, направленная на укрепление мышц передней брюшной стенки, ношение особого пояса (бандажа). При осложненном опущении почки урологи применяют подшивание этого органа.

ЦИСТИТ

В большинстве случаев болезненное мочеиспускание связано с инфекцией мочевых путей, когда бактерии прокладывают себе путь вверх. Инфекция мочевых путей может поражать мочеиспускательный канал — это заболевание называется уретритом; может вызывать воспаление мочевого пузыря — это заболевание

называется циститом. Если инфекция распространяется дальше — на мочеточники и почки, то возникает заболевание, называемое острым пиелонефритом.

Чем ближе инфекция подбирается к почкам, тем опаснее она становится. К счастью, большинство инфекций мочевых путей ограничиваются уретрой и мочевым пузырем.

Цистит бывает **острый** или **хронический**. У женщин чаще встречается цистит, связанный с переохлаждением, инфицированием половых органов (например, из заднего прохода, когда женщина после подмывания вытирается спереди назад; во время половых сношений и т. п.). Уретра у женщин гораздо короче, чем у мужчин, поэтому бактериям проще проникать в мочевой пузырь; в связи с этим болезни мочевых путей встречаются у женщин во много раз чаще, чем у мужчин.

Симптомы цистита: боли внизу живота, отдающие в крестец, учащенное болезненное мочеиспускание, более срочная потребность в мочеиспускании. Нередко в конце мочеиспускания выделяется кровь, наблюдаются зуд и жжение, тошнота, рвота, озноб, общее недомогание. Температура тела может не повышаться.

Обычно острый цистит длится одну-две недели. Если течение заболевания затягивается, то необходимо выяснять другую причину его появления. Причинами хронического течения цистита может быть аденома предстательной железы, камень мочевого пузыря, заболевания матки и т. п.

Самостоятельно лечиться не рекомендуется — надо обратиться к врачу. Облегчают боль согревающие компрессы на нижнюю часть живота, теплые сидячие ванны. Не следует принимать раздражающую пищу и напитки. Запрещаются острые блюда и алкоголь. Пейте много жидкости (около 3 литров в день) — столько, чтобы мочиться каждые три часа, но исключите кофе, газированные напитки. Это поможет вымывать бактерии из нижних мочевых путей за счет того, что вы будете мочиться достаточно часто и сильно. Ешьте кислую пищу. Это сделает мочу более кислой и тем самым замедлит размножение микробов в мочевом пузыре. Моча, остающаяся в пузыре, содержит микробы, поэтому не задерживайте мочеиспускание и полностью опорожняйте мочевой пузырь.

Врач, скорее всего, назначит вам антибактериальное лечение, обезболивающие и снимающие спазм препараты и соответствующее обследование. Как местное лечение нередко используется промывание мочевого пузыря дезинфицирующими растворами, введение в него противовоспалительных средств. В зависимости от

причин заболевания иногда возникает необходимость в лечении сексуального партнера.

БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

ДИАБЕТ САХАРНЫЙ

Хроническое заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме, характеризующееся грубым нарушением обмена углеводов с гипергликемией и глюкозурией («сахарное мочеизнурение») и другими нарушениями обмена веществ. В патогенезе важная роль принадлежит вегетативной нервной системе.

Наследственная предрасположенность, при которой отягощающие факторы (стрессовые ситуации, вирусные заболевания, ожирение, хронические холецистопанкреатиты) приводят к развитию диабета.

Симптомы: повышенный аппетит, жажда, сухость во рту, усиленный диурез, общая слабость, раздражительность, гипергликемия, глюкозурия, сухость и зуд кожи.

Осложнения — ранний атеросклероз, артериальная гипертензия, коронарная недостаточность, облитерирующий эндартериит, заболевания органов дыхания, кожи, болезни печени и желчевыводящих путей, поражение периферических нервов (полиневрит, невралгия, радикулит). Грозными осложнениями являются гипергликемическая и гипогликемическая комы.

ЗОБ ТОКСИЧЕСКИЙ

Зоб диффузный токсический — заболевание, характеризующееся гиперплазией и гиперфункцией щитовидной железы, что приводит к повышению обмена веществ и реактивности нервной системы по симпатическому типу.

Причины: имеют значение наследственные факторы, психические травмы, инфекции, интоксикации, аутоиммунные процессы.

Симптомы: увеличение щитовидной железы, пучеглазие, тахикардия, расширение размеров относительной тупости сердца, систолический шум над верхушкой сердца. Систолическое артериальное давление повышается, диастолическое — снижается. Утомляемость, слабость, одышка, сердцебиение, повышенная раздражительность, потливость, потеря массы тела при хорошем аппетите, плохая переносимость жары. Вегетативные нарушения проявляются в виде ва-

зомоторной лабильности, нарушения терморегуляции и периферического расширения сосудов с последующими отеками, дрожания конечностей, аффективной лабильности, бессонницы. У больных отмечаются быстрота речи и действий, повышенная эмоциональность.

Различают легкую, средней тяжести и тяжелую формы тиреотоксикоза.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ЛОР-ОРГАНОВ

АНГИНА

Это бактериальное инфекционное заболевание, характеризующееся острым воспалением небных миндалин (иногда называемых гландами). Они расположены в глотке по обе стороны от язычка и мягкого неба. Заболевание вызывается различными микробами, попадающими в глотку при тесном контакте с больным человеком, при употреблении немытых продуктов. Часто причиной заболевания становятся микробы, находившиеся до болезни в глотке и обычно не вызывающие заболевания. Они становятся активными при снижении сопротивляемости организма (при переохлаждении, приеме холодной пищи и напитков).

Начинается болезнь внезапно; появляются боль при глотании, сухость и першение в горле, недомогание, тяжесть в голове. Повышается температура тела. Местные изменения в горле зависят от степени развития и формы заболевания и проявляются увеличением и покраснением миндалин (катаральная ангина), образованием на их поверхности гнойного налета в виде точек (фолликулярная ангина), а в ряде случаев гнойные налеты обнаруживаются в углублениях миндалин — лакунах (лакунарная ангина). Могут наблюдаться увеличение и болезненность подчелюстных и шейных лимфатических узлов.

Лечение ангины лучше осуществлять под наблюдением врача. Если такой возможности нет, то поступают следующим образом. При сильной боли и высокой температуре показан прием аспирина, парацетамола и их аналогов. Применяются полоскания горла соленой водой (желательно с морской солью), не очень горячий чай с лимоном, медом, малиной, липой. Чтобы лекарство достигло глубоких отделов глотки, при полоскании голову сильно запрокидывают назад. Во время процедуры сдерживают дыхание, чтобы жидкость не попала в дыхательные пути. Полоскание глотки проводят не более

2—3 минут. Воспаление и боль иногда удается уменьшить, делая частые и мелкие глотки холодной воды или другой жидкости.

При появлении первых симптомов ангины целесообразно соблюдать строгий постельный режим, пить большое количество жидкости (для лучшего выведения токсинов). Перед консультацией врача важно начать местное лечение — полоскать горло растворами антисептиков (фурацилин, мирамистин, 3%-ный раствор перекиси водорода) или же принять препараты в виде спреев или пастилок, содержащих антисептики и анестетики (стрепсилс, каметон, биопарокс, гексорал, йокс, фалиминт).

Для предупреждения развития ангин важны своевременное лечение местных очагов инфекции, устранение причин, затрудняющих свободное дыхание через нос (у детей это чаще всего аденоиды). Большое значение имеют закаливание организма, правильный режим труда и отдыха.

Осложнения при ангине. У больных ангиной могут наблюдаться осложнения — паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс (скопление гноя в околоминдаликовой клетчатке), отит и др. Они, как правило, возникают у людей, которые госпитализированы в относительно поздние сроки — после 4—5 дня с момента заболевания. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс имеют сходную симптоматику. Она характеризуется высокой лихорадкой, преобладанием односторонних болей в ротоглотке, резко усиливающихся при глотании, повышенным отделением слюны, затруднением и болезненностью открывания полости рта, односторонними отеками, формированием инфильтрации (набухания) небной дужки на стороне поражения, а также смещением к центру пораженной миндалины и асимметрией язычка.

Кроме прямых осложнений, при ангине могут возникать отдаленные «метатонзиллярные» заболевания — ревматическое поражение суставов, сердца, почек, нервной системы, инфекционно-аллергический миокардит и полиартрит.

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ

Бронхиальная астма — это хроническое легочное заболевание, основным и обязательным компонентом которого является измененная реактивность бронхов, обусловленная специфическими иммунологическими (сенсibilизация и аллергия) или неспецифическими механизмами. Основным признаком является приступ удушья вследствие спазма, повышенной секреции и отека слизистой оболочки бронхов.

Во время приступа астматик испытывает трудности при вдыхании свежего воздуха и выдыхании отработанного, часто тяжело дышит и издает хрипящие или свистящие звуки. Очень вероятно, что он (или она) будет непроизвольно кашлять, испытывать чувство стеснения в груди, страдать одышкой.

Нехватка кислорода может доставлять беспокойство; человек испытывает утомление.

Сухие свистящие хрипы при приступе удушья становятся слышимыми на расстоянии. Грудная клетка расширена, находится в положении глубокого вдоха.

Обычная поза больного во время приступа — положение сидя с опорой на что-нибудь руками, что способствует облегчению дыхания путем лучшего использования вспомогательной дыхательной мускулатуры.

Во время тяжелых приступов лицо и кожа синюшны, шейные вены вздуты. Возможен кашель. Выделение мокроты в начале и в разгаре приступа очень скудное, она густая, вязкая, выделяется с трудом или вообще не отделяется. Продолжительность приступа — от нескольких минут до нескольких часов.

Первая помощь. Если вы оказались рядом с человеком, у которого начался приступ астмы, говорите тихо и мягко, чтобы помочь ему расслабиться. Сделайте так, чтобы он ровно сел или встал прямо и дышал животом и нижней частью груди. Ослабьте одежду и отведите его в хорошо проветренное помещение. В некоторых случаях можно помочь больному осуществлять более эффективный выдох, сдавливая руками его грудную клетку на выдохе.

Помогите ему принять противоастматические лекарства, но проследите, чтобы не было передозировки, так как некоторые больные во время приступа увеличивают дозу принимаемых лекарств. Пусть он пьет много жидкости, особенно воду.

Если приступ оказался сильным или же его не удастся снять с помощью лекарственных препаратов, доставьте больного в отделение неотложной помощи. Чрезвычайно сильное, стойкое легочное недомогание (астматическое состояние) может привести к смерти.

БРОНХИТ

Бронхит — это воспалительное заболевание бронхов с поражением слизистой оболочки, которое возникает в результате вирусной или бактериальной инфекции

Когда воспалены бронхи, прохождение воздушного потока, идущего в легкие и из них, затрудняется, и человек откашливается

большим количеством слизи (мокроты). Острый бронхит обычно не дает оснований для особого беспокойства, это нередкое осложнение после простуды.

Наиболее частые симптомы острого бронхита: кашель, нередко сопровождающийся болью в груди, общая слабость, ознобы, иногда повышение температуры тела. Кашель вначале сухой, иногда — с трудно отделяемой мокротой. Острый бронхит может протекать совместно с гриппом, коклюшем, корью и ветряной оспой. Он может возникнуть в результате попадания в легкие при курении химических соединений, а также раздражающих газов.

Острый бронхит может представлять угрозу для жизни ребенка со слабым здоровьем или взрослого человека с эмфиземой или болезнью сердца.

Лечение бронхита направлено на повышение сопротивляемости организма. Врачи рекомендуют тепло-влажно-щелочные ингаляции, отхаркивающие и разжижающие мокроту средства, постельный режим, горчичники, антибактериальное лечение, поливитамины. При хроническом бронхите большой эффект дает физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение.

ГРИПП

Грипп — это острое вирусное заболевание, которое может поражать верхние и нижние дыхательные пути, сопровождается выраженной интоксикацией и может приводить к серьезным осложнениям и летальным исходам (в основном у пожилых больных и детей). Грипп и ОРВИ — близкие друг другу заболевания — и по способу заражения, и по основным проявлениям, однако это не одно и то же. Грипп вызывает значительно большую интоксикацию, часто протекает тяжело и приводит к различного рода осложнениям.

Источником инфекции является больной человек. Вирусы выделяются со слюной, мокротой, отделяемым носа — при кашле и чихании. Вирусы могут попасть на слизистые носа, глаз или верхних дыхательных путей непосредственно из воздуха, при тесном контакте с больным человеком; а могут оседать на различных поверхностях и далее попадать на слизистые оболочки через руки или при использовании общих с больным предметов гигиены. Затем вирус попадает на слизистую верхних дыхательных путей (носа, глотки, гортани или трахеи), проникает в клетки и начинает активно размножаться. Всего за несколько часов вирус поражает практически всю слизистую верхних дыхательных путей.

Точно не установлено, благодаря каким защитным механизмам прекращается размножение вируса и наступает выздоровление. Обычно через 2–5 суток вирус перестает выделяться в окружающую среду, т. е. больной человек перестает быть опасным. Инкубационный период при гриппе очень короткий — от заражения до первых проявлений заболевания проходит в среднем 48 ± 12 часов.

Грипп всегда начинается остро — больной может точно указать время начала симптомов.

По тяжести течения выделяют грипп легкого, средней тяжести и тяжелого течения. Во всех случаях в той или иной степени присутствуют признаки интоксикации и катаральные явления.

Интоксикация имеет следующие проявления: высокая температура, озноб, головная боль — особенно в области лба, глаз; сильная боль при движении глазных яблок, боли в мышцах — особенно в ногах и пояснице, суставах, слабость, недомогание, ухудшение аппетита, может быть тошнота и рвота. Признаки острой интоксикации обычно сохраняются до 5 дней. Если температура держится дольше — значит, возникли какие-либо бактериальные осложнения.

Катаральные явления сохраняются в среднем 7–10 дней. Это насморк, боль в горле, кашель (при неосложненном течении это обычно сухой кашель), осиплость голоса, резь в глазах, слезотечение.

Геморрагические явления: мелкие кровоизлияния или расширение сосудов склер, кровоизлияния в слизистые: это бывает заметно на слизистых рта, глаз, носовые кровотечения, очень характерный признак при гриппе — покраснение лица при общей бледности кожных покровов. Появление кровоизлияний на коже — крайне неблагоприятный признак с точки зрения прогноза.

При всех перечисленных симптомах, а также появлении других тревожных симптомов следует немедленно обратиться за медицинской помощью.

Вирусные осложнения при гриппе:

- Первичная вирусная пневмония — редкое, но крайне тяжелое осложнение гриппа. Обусловлена распространением вируса из верхних дыхательных путей дальше по бронхиальному дереву и поражением легких. Заболевание начинается как грипп и неуклонно прогрессирует. Интоксикация при этом выражена в крайней степени, наблюдается одышка, иногда с развитием дыхательной недостаточности. Наблюдается кашель со скудной мокротой, иногда с примесью крови. К вирусной пневмонии предрасполагают пороки сердца, особенно митральный стеноз.

- Инфекционно-токсический шок — крайняя степень интоксикации с нарушением функционирования жизненно-важных органов — в частности сердечно-сосудистой системы (наблюдается выраженное учащение сердечных сокращений и критическое падение артериального давления) и почек.

- Миокардит и перикардит — как осложнения гриппа встречались во время пандемии «испанки». В настоящее время встречаются крайне редко.

Бактериальные осложнения при гриппе.

При гриппе значительно снижается естественная сопротивляемость другим инфекциям. Все резервы организм тратит на борьбу с вирусом, поэтому бактериальные инфекции присоединяются к клинической картине очень часто. Особенно при наличии каких-либо хронических бактериальных заболеваний — все они после перенесенного гриппа имеют обыкновение обостряться.

- Бактериальная пневмония. Обычно через 2–3 дня острого течения заболевания, после улучшения состояния, температура повышается вновь. Появляется кашель с мокротой желтого или зеленого цвета. Важно не пропустить начало этого осложнения и вовремя начать лечение правильно подобранными антибиотиками.

- Отит, гайморит, фронтит, бактериальное воспаление носовых пазух и уха являются, пожалуй, самыми частыми осложнениями гриппа.

- Гломерулонефрит — это воспаление почечных канальцев, которое сопровождается снижением функции почек.

- Менингит, энцефалит — воспаление оболочек и/или ткани мозга. Встречается чаще всего у больных группы риска, в основном страдающих иммунодефицитом.

- Септические состояния — состояния, сопровождающиеся попаданием и последующим размножением бактерий в крови. Крайне тяжелые состояния, часто заканчивающиеся летальным исходом.

Немедикаментозное лечение гриппа.

- Спокойный, лучше постельный режим в течение 5 дней. Не стоит во время острого периода болезни (как бы того не хотелось) читать, смотреть телевизор, работать за компьютером. Это истощает и без того ослабленный организм, продлевает время болезни и риск развития осложнений.

- Обильное теплое питье, не менее 2 л в день. Лучше — богатое витамином С: чай с лимоном, настой шиповника, морс. Выпивая ежедневно большое количество жидкости, больной человек прово-

дит дезинтоксикацию — т. е. ускоренное выведение из организма токсинов, которые образуются в результате жизнедеятельности вирусов.

Неспецифическая лекарственная терапия.

- Нестероидные противовоспалительные средства: парацетамол, ибупрофен, диклофенак. Эти препараты обладают противовоспалительным действием, снижают температуру тела, уменьшают боль. Возможен прием этих препаратов в составе лекарственных порошков типа Coldrex. Следует помнить, что снижать температуру ниже 38 °С не стоит, поскольку именно при этой температуре тела в организме активизируются защитные механизмы против инфекции. Исключения составляют больные, склонные к судорогам, и маленькие дети.

Детям противопоказан прием аспирина. Аспирин при вирусной инфекции может вызвать тяжелое осложнение — синдром Рейе — токсическая энцефалопатия, которая проявляется эпилептическими припадками и комой.

- Антигистаминные препараты — это лекарственные средства, которые применяются для лечения аллергии. Они обладают мощным противовоспалительным эффектом, поэтому уменьшают все признаки воспаления: заложенность носа, отек слизистых. Препараты первого поколения этой группы — димедрол, супрастин, тавегил — обладают побочным эффектом: вызывают сонливость. Препараты второго поколения — лоратадин (klarитин), фенистил, семпрекс, зиртек — этим эффектом не обладают.

- Капли для носа. Сосудосуживающие капли для носа уменьшают отек, снимают заложенность. Однако это не столь безопасный препарат, как может показаться. С одной стороны, во время ОРВИ необходимо применять капли, чтобы уменьшить отек и улучшить отток жидкости из носовых пазух для предотвращения развития гайморита. Однако частое и длительное применение сосудосуживающих капель опасно в отношении развития хронического ринита. Бесконтрольный прием препаратов вызывает значительное утолщение слизистой носовых ходов, что приводит к зависимости от капель, а затем и к постоянной заложенности носа. Лечение этого осложнения — только хирургическое. Поэтому нужно строго соблюдать режим употребления капель: не дольше 5–7 дней, не более 2–3 раз в сутки.

- Лечение боли в горле. Самое эффективное средство (оно же самое нелюбимое многими) — это полоскание горла дезинфицирующими растворами. Можно использовать настои шалфея, ро-

машки, а также готовые растворы, такие как фурацилин. Полоскание должно быть частым — раз в 2 часа. Кроме того, можно применять дезинфицирующие спреи: гексорал, биопарокс и др.

- Препараты от кашля. Цель лечения кашля — снизить вязкость мокроты, сделать ее жидкой и легкой для откашливания. Немаловажен для этого питьевой режим — теплое питье разжижает мокроту. При трудностях с откашливанием можно принимать отхаркивающие препараты, такие как АЦЦ, мукалтин, бронхолитин и др. Не стоит самостоятельно (без консультации врача) принимать препараты, подавляющие кашлевой рефлекс — это может быть опасно.

- Антибиотики применять не следует! Антибиотики совершенно бессильны в отношении вирусов, их используют только при возникновении бактериальных осложнений. Не следует применять антибиотики без назначения врача, это небезопасные для организма препараты. Кроме того, бесконтрольный прием антибиотиков приводит к возникновению устойчивых к ним форм бактерий.

КРОВОХАРКАНИЕ И КРОВОТЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЕ

Кровохарканье и легочное кровотечение возникают вследствие разрыва артериального или венозного сосуда малого круга кровообращения, а также паренхиматозных кровотечений из капиллярной системы легких.

Причиной являются чаще всего туберкулез легких, пневмония крупозная и вирусно-геморрагическая, бронхоэктазы, опухоли легкого, застой в легких вследствие недостаточности сердца (пороков сердца), сосудистых поражений бронхов, тромбозы, васкулиты нередко ревматической этиологии.

Симптомы: легочное кровотечение сопровождается кашлевым рефлексом. При легочном кровотечении, в отличие от кровавой рвоты, кровь жидкая, ярко-красная, несвернувшаяся, пенистая; реакция ее щелочная. Характерным признаком легочных кровотечений является примесь крови в мокроте.

ЛАРИНГИТ

Воспаление слизистой оболочки гортани. Может быть острым и хроническим.

Острый ларингит — чаще одно из проявлений острого воспаления верхних дыхательных путей, гриппа, кори, скарлатины, коклюша и т. д. Его развитию способствуют общее и местное переохлаждение, вдыхание запыленного воздуха, раздражающих паров и

газов, курение и др. Повторяющиеся острые заболевания гортани ведут к хроническому воспалению.

При остром ларингите отмечается ощущение сухости, першения, саднения, царапания в горле; кашель вначале сухой, в дальнейшем сопровождается отхождением мокроты; голос становится хриплым, грубым или совсем беззвучным. Иногда боль в горле и небольшое повышение температуры.

При хроническом ларингите отмечаются охриплость, быстрая утомляемость голоса, ощущения першения, саднения в горле, периодический кашель с мокротой. При обострении все эти признаки усиливаются.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ)

Принято выделять несколько основных видов ОРВИ, каждый из которых имеет своего возбудителя.

- Риновирусная инфекция. Считается основной причиной банальной простуды. Чаще всего протекает легко и специального лечения не требует.

- Коронавирусная инфекция. Протекает аналогично риновирусной инфекции, однако продолжительность заболевания несколько меньше (6—7 суток).

- Аденовирусная инфекция. Этому виду заболевания подвержены в основном дети, в том числе грудные. Часто сопровождается симптомами конъюнктивита (ощущение песка в глазах, покраснение, слезотечение).

- Парагрипп. Частыми симптомами парагриппа являются боль в горле, осиплость, лающий кашель.

Симптомы ОРВИ. Почти обязательным признаком любого вида ОРВИ является знакомая всем простуда. Простуда включает в себя повышение температуры — как значительное (до 38,5 °С), так и небольшое (в пределах 37,5 °С), слабость. Имеют место также признаки отека слизистых — так называемые катаральные явления: заложенность и/или обильные выделения из носа, боль в горле, резь в глазах, слезотечение, кашель, который может быть сухим приступообразным, лающим, а может сопровождаться выделением мокроты (чаще всего светлой). Необходимо отметить, что при ОРВИ, в отличие от гриппа, катаральные явления возникают одновременно, а иногда и раньше повышения температуры тела. Довольно часто появляется воспаление лимфатических узлов — на шее, под нижней челюстью, за ушами, на затылке появляются болезненные бугорки. Иногда воспаленные лимфоузлы являются

единственным симптомом заболевания и приносят значительный дискомфорт, затрудняя повороты головы.

Осложнения при ОРВИ.

- **Острый синусит.** Во время ОРВИ организм ослаблен и в большей степени подвержен другим видам инфекции, в том числе бактериальным. Частым осложнением является бактериальный синусит — воспаление пазух носа, а именно гайморит, фронтит, сфеноидит. Заподозрить, что течение ОРВИ осложнилось развитием синусита, можно в том случае, если симптомы заболевания не проходят в течение 7—10 дней: остается заложенность носа, тяжесть в голове, головная боль, повышенная температура. При отсутствии лечения острый синусит легко переходит в хроническую форму заболевания, которая лечится значительно сложнее.

Необходимо понимать, что поставить диагноз острого синусита, а тем более назначить лечение, может только врач.

- **Острый отит.** Такое неприятное осложнение простудных заболеваний, как воспаление среднего уха, знакомо многим. Пропустить и не заметить его сложно. Однако острый отит крайне важно не запустить и вовремя проконсультироваться с врачом для назначения адекватного лечения. Инфекционный процесс в среднем ухе чреват серьезными осложнениями.

- **Острый бронхит.** Бактериальная инфекция может также поражать бронхи. Острый бронхит проявляется кашлем, часто с отделением мокроты желтого или зеленого цвета. Необходимо отметить, что люди, страдающие хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (хроническим бронхитом, гайморитом), склонны к развитию обострений этих заболеваний во время и после ОРВИ.

- **Пневмония (воспаление легких).** Пожалуй, одно из самых грозных осложнений ОРВИ. Диагноз ставится на основании комплексного обследования, однако если при обычной простуде улучшения не наблюдается в течение 7—10 дней, сохраняется высокая температура, кашель, следует немедленно проконсультироваться с врачом.

ОТИТ

Отит — это воспаление уха. Различают воспаление наружного, среднего и внутреннего уха.

Воспаление наружного уха — это чаще всего фурункул или экзема, которые протекают так же, как и на других участках кожи.

Воспаление внешнего уха поражает внешние структуры — ушную раковину и ушной канал (например, «ухо пловца»). Как пра-

вило, этот недуг поражает людей летом; провоцируется инфекцией, передающейся через воду. Чтобы избежать «уха пловца», надо исключить попадание воды в уши. Для этого необходимо во время водных процедур затыкать уши комочками из ваты или шерсти, смазанными вазелином. Но подолгу вату в ушах носить не следует — это способствует развитию в ухе микроорганизмов.

Не следует прочищать ушной канал ватными палочками, шпильками, пальцем и другими предметами. Следите за нормальной работой евстахиевой трубы — несколько раз в день делайте следующее упражнение: глубоко вдохните, задержите дыхание примерно на 10 секунд и сильно выдохните.

При воспалении внешнего уха ушной канал прочищают. Больному прописывают капли с антибиотиком и, возможно, аспирин или парацетамол, чтобы снять боль. Если у больного постоянно повышена температура тела, ему могут быть назначены антибиотики внутрь. При «ухе пловца» могут быть прописаны ушные капли с антибиотиками. Если болезнь приняла хроническую форму, ухо основательно прочищают и к сочащейся или пораженной коже прикладывают влажные примочки. При хронической грибковой инфекции прописывают отшелушивающую мазь.

Воспаление среднего уха (средний отит) может быть острым и хроническим. Острый средний отит возникает вследствие попадания микробов в среднее ухо из носа и носоглотки при гриппе и других инфекционных заболеваниях, аллергии, травме. Воспаление среднего уха — это воспаление полости височной кости, в которой расположены слуховые косточки — наковальня, молоточек и стремечко. Острая форма наиболее часто встречается у детей, особенно в зимний период, когда при переохлаждении верхние дыхательные пути становятся более уязвимыми для инфекции. Развитию острого среднего отита у детей способствуют частый насморк и аденоиды.

При среднем отите наблюдаются стреляющая боль в ухе, высокая температура, нередко — гнойное отделяемое из наружного слухового прохода, ощущение переполнения в ухе, треск при глотании, эхо при разговоре, тяжесть в голове, сильное ухудшение слуха. У грудных детей отит проявляется беспокойством, сон плохой. Ребенок хватается рукой за больное ухо, вскрикивает, вертит головой, отказывается от груди. Любая инфекция верхних дыхательных путей у ребенка может привести к воспалению уха.

Боль вследствие отита облегчается прикладыванием тепла (можно использовать грелки или влажные горячие полотенца).

В наружный слуховой проход вводят тампон с борным спиртом или другим антимикробным средством, антибиотики. Для уменьшения боли принимают аспирин или парацетамол. При сильном выпячивании барабанной перепонки боль устраняют путем операции: в барабанной перепонке делают надрез и из полости среднего уха отсасывают гной. При своевременном лечении острый отит в большинстве случаев заканчивается выздоровлением, однако при ослаблении организма и других неблагоприятных условиях болезнь может перейти в хроническую форму; при этом из уха постоянно или периодически выделяется гной, слух стабильно снижен.

Воспаление внутреннего уха (внутренний отит, или лабиринтит) возникает как следствие среднего отита, нередко (чаще у детей) — при инфекционном менингите. Лабиринтит может быть разлитым, когда гибнут все или почти все окончания слухового нерва во внутреннем ухе и, как следствие, возникает полная или почти полная глухота; и ограниченным, когда слух частично сохраняется.

Лечение воспаления внутреннего уха проводит обязательно врач. Используются антибиотики, иногда — хирургическое вмешательство на височной кости.

ПЛЕВРИТ ЭКССУДАТИВНЫЙ

Заболевание в большинстве случаев туберкулезного происхождения. Встречается при ревматических поражениях (в разгар пневмонии), эмболических инфарктах легкого и инфарктных пневмониях, раке легкого.

При остром развитии заболевания наблюдаются температура 39—40 °С, нередко с ознобом, боль в грудной клетке (в соответствующей половине), особенно при дыхании, потливость, выраженная слабость, кашель (чаще сухой, болезненный). Развивается одышка (30—40 дыханий в минуту). Пораженная половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При рентгенологическом исследовании грудной клетки обнаруживают гомогенное затемнение. В крови — лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

ПНЕВМОНИЯ

Пневмония в последнее время стала встречаться чаще. Важной причиной этого является появление бактерий, устойчивых к антибиотикам. Возрастающая загрязненность воздуха также наносит вред легким.

Симптомы: внезапный озноб и повышение температуры до 39—41 °С, нарастающие ощущения стесненности в области груди,

одышка, сухой кашель, который вскоре становится необычайно болезненным. В результате высокой температуры и интоксикации у больного может наступить бредовое состояние. Лицо и губы часто имеют синюшный оттенок. Дыхание учащенное. Для уменьшения боли возникает желание лечь на больную сторону.

Инфекция так быстро прогрессирует, что иногда явно здоровый человек может оказаться на грани смерти всего за несколько часов. Он вскоре начинает откашливаться липкой слизью с примесью гноя и мокротой ржавого цвета из пораженного легкого. Если такое состояние оставить без внимания и не лечить, то высокая температура и озноб, которые могут продолжаться до двух недель, могут довести больного до состояния истощения; дыхание его будет затруднено.

Те, кто выживает, проходят через состояние кризиса. При этом резко падает температура, отмечается сильное потоотделение, отхаркивается большое количество мокроты. Для полного выздоровления необходим длительный период времени. Как можно быстрее обратитесь за медицинской помощью.

Бронхиальная пневмония (или бронхопневмония) поражает сегменты легочных тканей в обоих легких, не ограничиваясь одной долей. Часто развивается после приступа бронхита, вызванного грибковой инфекцией, животными-паразитами, бактериями, вирусами, вдыханием раздражителей, химическим или физическим повреждением и даже ударом в грудь.

Вирусная пневмония не поддается лечению антибиотиками. Как правило, она развивается медленно, и ее ранние симптомы напоминают симптомы обычной простуды. Она редко приводит к смерти. Обычно лечение сводится к тому, что больному прописывают постельный режим, назначают аспирин и лекарства от кашля.

Химическая пневмония возникает в результате вдыхания газов с резким раздражающим запахом. **Масляная (или липидная) пневмония** может начаться при вдыхании испарений жирных (маслянистых) продуктов. **Аспирационная пневмония** может возникнуть в результате попадания во время рвоты в легкие веществ, содержащихся в желудке. Такое случается довольно часто у людей, находящихся без сознания или под действием наркотиков, под наркозом. **Застойная пневмония** является результатом того, что человек во время болезни находится в постели длительный период времени.

РИНИТ

Хронические риниты — это довольно большая группа заболеваний, характеризующаяся общими симптомами. Основные —

затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение обоняния. Также могут беспокоить следующие симптомы: зуд и жжение в носу, чихание, головная боль, утомляемость и сонливость, сухость в носу, образование корочек, ощущение неприятного запаха, незначительные носовые кровотечения, скапливание густой слизи в носоглотке, раздражение кожи крыльев носа и верхней губы, храп и ухудшение качества сна.

Виды хронических ринитов: катаральный, аллергический, сезонный, круглогодичный, вазомоторный, атрофический, гипертрофический, медикаментозный.

Симптомы.

Симптомы *острого ринита* протекают поэтапно:

- первая стадия — сухая, характеризуется ощущением сухости и напряжения в носу, заложенностью носа, набуханием слизистой оболочки;

- вторая стадия — влажная. Нарастает чувство заложенности носа, носовое дыхание резко затруднено (часто отсутствует), обильные слизистые выделения из носа;

- третья стадия — нагноения. Уменьшение набухания слизистой оболочки, улучшение носового дыхания, выделения становятся слизисто-гнойными (в начале — в большом количестве, затем постепенно уменьшаются). Наступает выздоровление через 7–10 дней.

Симптомы *катарального ринита* — затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение обоняния, как правило, выражены умеренно.

Симптомы *аллергического ринита* — зуд и щекотание в носу, покраснение кожи носа, обильное прозрачное водянистое отделяемое, слезотечение, чихание.

Симптомы *вазомоторного ринита* — попеременная заложенность одной из половин носа или появление заложенности при приеме лежачего положения с той стороны, на которую ложится человек.

Атрофический ринит — характеризуется образованием в носу большого количества сухих корок, ощущением сухости, легкой травматизацией слизистой носа, может быть изменение обоняния (появление неприятного запаха, который чувствуют окружающие люди), незначительные носовые кровотечения.

Профилактика ринита включает закаливание организма к охлаждению, перегреванию, влажности и сухости воздуха. Защитят от ринита также чистота воздуха в рабочих и жилых помещениях, поддержание в них оптимальной температуры и влажности.

При ринитах возможны следующие *осложнения*:

- Фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония.
- Синусит (гайморит, этмоидит, фронтит).
- Острый катаральный отит, острый гнойный средний отит.
- Дакриоцистит.
- Дерматит преддверия носа.

Лечение.

• Если ринит появляется на фоне инфекционного заболевания, сопровождающегося высокой температурой, то обязательно следует придерживаться строгого постельного режима. При гипертермических состояниях (температура 39 °С) прикладывание «тепла к ногам» и горячие ножные ванны применять не следует в связи с возможным развитием осложнений. При субфебрильных температурах они оказывают действенный эффект (облегчают дыхание и тем самым способствуют уменьшению гипоксии и улучшению защитной функции слизистой оболочки носа).

• С этой же целью назначают сосудосуживающие средства в нос: 1–2%-ный раствор эфедрина по 3–4 капли (предварительно подогретые), 0,05%-ный раствор галазолина по 1 капле 2–3 раза в день. После применения сосудосуживающих средств рекомендуется введение 2%-ного протаргола в нос 2–3 раза в день, обладающего как вяжущими, так и дезинфицирующими свойствами.

• Для более длительного эффекта лучше проводить не закапывание, а введение сосудосуживающих средств на турундах. Однако длительное применение сосудосуживающих капель может привести к нежелательным последствиям: отеку слизистой оболочки носа, аллергизации. Для восстановления дыхания через нос и улучшения физиологических функций его слизистой оболочки необходимо систематически очищать нос.

СИНУСИТЫ

Синуситы — общее название для заболеваний околоносовых пазух. Если развивается автономное воспаление какой-то отдельной пазухи (или двух одноименных симметричных с разных сторон), то в диагнозе отражается название пораженной пазухи: *гайморит* (верхнечелюстные, или гайморовы пазухи); фронтит (*frons lat.* — лоб). При этмоидите в процесс вовлекаются воздушные ячейки решетчатой кости (кость, отделяющая полость носа от полости черепной коробки). При сфеноидите поражается клиновидная пазуха (маленькое парное пространство, находящееся между носоглоткой и полостью черепа — это самая «глубокая» пазуха). Чаще

всего в стационарах лечат воспаление в гайморовых или лобных пазухах, а также их содружественное поражение. Это означает, что гайморит — самое частое заболевание. Однако нередко такие «сочетанные» диагнозы, как гайморозтмоидит, гемисинусит, полисинусит, пансинусит.

Симптомы.

Симптомами *катарального синусита* являются заложенность носа, тяжесть и боли в голове, в проекциях пазух. Симптомами воспаления слизистой оболочки гайморовых пазух может быть давящая боль в корнях зубов верхней челюсти и чувство «распирания» глазницы (нижняя стенка пазухи — корни зубов, верхняя стенка пазухи является одновременно нижней стенкой глазницы). Это состояние называется *катаральный гайморит*. Если давящая боль локализуется преимущественно над переносицей, в области лба, говорят о катаральном фронтите (воспаление лобной пазухи).

Симптомы *гнойного синусита* (в т. ч. гайморита) в точности повторяют таковые при катаральном синусите, однако из носа появляется вязкое желтое (гнойное) отделяемое и может повышаться температура тела до 37,5–38 °С.

Синуситы чаще всего возникают, когда из-за отека слизистой оболочки «блокируются» соустья пазух и адекватного дренажа не происходит. Постоянно вырабатываемая слизь задерживается в пазухах, а затем способствует размножению болезнетворной микрофлоры. Обычно синуситы развиваются на фоне простудной инфекции, и как следствие развивается вирусное поражение слизистой оболочки пазух. В таких случаях ставится диагноз катаральный синусит. При лечении обычного насморка, как правило, вместе с воспалением слизистой оболочки полости носа проходит и воспаление слизистой пазух. Однако, в силу ряда особенностей (строение устья пазухи, вирулентность (агрессивность) микроба), в пазухах начинается развитие вторичной (бактериальной) микрофлоры. Процесс «утяжеляется», и развивается гнойный синусит.

Профилактика *гайморита* и других синуситов такая же, как и при прочих заболеваниях верхних дыхательных путей. Избегать переохлаждений, проводить общеукрепляющие процедуры (спорт, закаливание). Необходимо бороться с уже начавшейся болезнью, укреплять иммунитет. При насморке необходимо с ним бороться и принимать препараты, уменьшающие отек слизистой оболочки носа.

Осложнением острых синуситов может быть хронизация процесса, а это в свою очередь ведет к частым обострениям, чувству тяжести в голове, повышенной утомляемости. Запущенные процес-

сы ведут к перерождению слизистой оболочки, она становится нефункциональна — защитные свойства ее снижаются. Продолжается усугубление состояния, развиваются неврологические синдромы (головные и лицевые боли), заболевания ушей, развиваются внутричерепные гнойные осложнения.

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ

Чаще всего эмфизема легких является следствием хронического бронхита, перибронхита, вялотекущих интерстициальных пневмоний и пневмосклероза. В легких при этом возникают трофические нарушения, ведущие к потере эластичности легочной ткани и атрофии альвеол.

Симптомы: часто наблюдается кашель, в появлении которого имеет значение нарушение газообмена. Грудная клетка приобретает бочкообразную форму, межреберные промежутки расширены, вдох затруднен, отмечается разлитой цианоз, перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, в верхних отделах жесткое, в нижних — ослабленное; сухие жужжащие, свистящие, местами влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы.

В развитии болезни различают 3 периода: 1-й — бронхолитический, повторные бронхиты и пневмонии создают условия для развития эмфиземы; 2-й — выраженная эмфизема с постоянной легочной недостаточностью; 3-й — легочно-сердечная недостаточность.

БОЛЕЗНИ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА

АФТЫ, ЯЗВЫ, СТОМАТИТ

Афты и язвы могут быть вызваны повреждением слизистой оболочки рта (механическим, термическим, химическим, физическим), авитаминозами, сахарным диабетом, заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной, кроветворной систем, органов пищеварения, острой (корь, скарлатина, дифтерия) и хронической (туберкулез) инфекцией, интоксикацией, паразитическими грибами.

Факторы, вызывающие травматический стоматит: отложения зубного камня, разрушенные, кариозные зубы, неправильно изготовленные протезы, пломбы, инородные предметы, ожоги горячей пищей, воздействие щелочей, кислот и т. п.

При кратковременном воздействии повреждающего фактора развивается катаральный процесс: слизистая оболочка болезнен-

ная, покрасневшая, отечная, кровоточащая; при длительном воздействии образуются язвы, вокруг которых развиваются воспалительные явления.

При афтозном стоматите во рту (на языке, деснах, внутренней поверхности щек) появляются болезненные мелкие пузырьки или круглые язвочки с белой серединой, окруженные покраснением. Пузырьки вскоре лопаются, оставляя неглубокие язвочки с красными краями. Кроме боли возможны кровотечение или опухание десен, повышенная чувствительность во рту, обильное слюноотделение, повышение температуры тела. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Появляется неприятный запах изо рта

Иногда язвочки образуются при случайном повреждении губы или языка (например, зубами), иногда — без очевидной причины, но чаще — как проявление вирусного заболевания. Обычно они заживают сами. Боль, как правило, исчезает за 2—4 дня до полного заживления язв.

ГИНГИВИТ

Боль во рту может беспокоить и вследствие гингивита — заболевания десен, имеющего воспалительный, дистрофический характер. Заболевание возникает при воздействии на ткани десны неблагоприятных внешних факторов (отравление свинцом, марганцем, висмутом и др.), а также может быть следствием снижения местной или общей реактивности организма.

При воздействии вредных факторов на слизистую оболочку десны сначала воспаляется десневой сосочек, затем — соседние участки слизистой оболочки. Появляются болезненность и кровоточивость десен. При длительном воздействии этих факторов возможно образование на слизистой оболочке десны язв и эрозий. При появлении некротических участков вследствие интоксикации ухудшается общее состояние организма, повышается температура тела, возникает головная боль, появляются слабость, обильный пот, бессонница, гнилостный запах изо рта.

Лечение должно быть согласовано с врачом и направлено на устранение основного заболевания и вредоносных факторов. Облегчают боль при этих состояниях те же мероприятия, что и при других видах язв в ротовой полости: прохладное питье, холодные компрессы, полоскание слабым раствором соды, соленой водой, местные обезболивающие средства типа лидокаина, дикаина или другие обезболивающие полоскания. Обязательны чистка зубов,

систематическое удаление зубного камня, своевременное лечение зубов и слизистой оболочки полости рта.

ЗУБНАЯ БОЛЬ

Зубная боль обычно является следствием разрушения зуба или скопления гноя (абсцесса) в зубе или тканях вокруг него. Чаще всего это результат плохой гигиены полости рта.

Вместе с частицами пищи и слюзы во рту живут бактерии, которые превращают сахар в кислоту. Кислота разрушает твердое эмалевое покрытие зубов, образуя маленькие отверстия, через которые бактерии проникают в глубжележащие слои зуба — дентин, а затем и в пульпу — самую глубокую ткань зуба. Пульпа содержит множество нервов и сосудов. В ответ на проникновение микробов в ней развиваются воспаление и отек. Появляется боль.

Микробы, пройдя сквозь ткани зуба, могут проникнуть до самой кости. Для борьбы с ними организм выдвигает защитную реакцию в виде воспаления. На борьбу с микробами в очаг их проникновения приходят специальные клетки крови — лейкоциты. Если лейкоциты справились с задачей — микробы погибают и воспаление исчезает. Если нет — то умершие ткани, микробы и лейкоциты образуют в тканях десны карман с гноем — полость, называемую абсцессом (флюс). Его содержимое находится под давлением, поэтому абсцесс вызывает сильную боль. Со временем гнойный процесс может расплавить нервы и кровеносные сосуды в зубе, и боль пройдет, однако она может вернуться в любое время. Радикальный способ устранения боли — полностью вылечить зуб.

КАРИЕС

Симптомы кариозного поражения зуба: появление боли при употреблении сладкой, горячей или холодной пищи. При осмотре виден кариозный дефект в зубе; постукивание по зубу усиливает боль. Иногда можно обнаружить покраснение десны вокруг больного зуба.

Если нет возможности своевременно попасть к стоматологу, то для снятия боли можно принять анальгин, аспирин, парацетамол или ибупрофен. Для детей или подростков больше подойдет парацетамол. Боль может утихнуть, если приложить на щеку горячий или холодный компресс. Если вы видите дефект в зубе, аккуратно положите в полость кусочек ваты, пропитанный гвоздичным маслом. Если эти средства неэффективны — скорее всего сформируется абсцесс, поэтому как можно раньше обратитесь к врачу.

Нельзя класть аспирин непосредственно на зуб или десну, так как ацетилсалициловая кислота может вызывать ожог. Не стоит класть вату на пораженный зуб, если из него выходит гной.

Симптомы кариозного поражения зуба, осложненного формированием абсцесса: резкая или пульсирующая зубная боль, усиливающаяся при жевании, приеме холодной и (или) горячей пищи, отечность и болезненность десны, болезненность и увеличение лимфатических узлов на шее, общее недомогание, повышение температуры тела. Боль усиливается при широком открывании рта, отдает в ухо. Если абсцесс самостоятельно прорвется, то боль прекращается, а в рот выделяется гной. Лицо больного отекает.

При подозрении на абсцесс немедленно обращайтесь к врачу.

БОЛЕЗНИ ГЛАЗ

АМБЛИОПИЯ

Амблиопия — понижение зрения без видимой анатомической или рефракционной основы. Амблиопия дисбинокулярная. Расстройство бинокулярного зрения при содружественном косоглазии. Стойкое торможение зрительных восприятий постоянно косящего глаза.

Понижение остроты центрального зрения, обычно значительное, частое нарушение зрительной фиксации. Очки зрения не улучшают. Указанные нарушения постепенно приобретают все более стойкий, в ряде случаев — необратимый характер. Объективно каких-либо изменений преломляющих сред и дна глаза не наблюдается. Диагноз основывается на исключении других причин понижения остроты зрения.

АСТЕНОПИЯ

Астенопия — быстро наступающее утомление глаз во время зрительной работы.

Чувство утомления и тяжести в глазах; головная боль и боль в глазах после длительной работы на близком расстоянии; смазывание контуров рассматриваемых деталей или букв текста. У лиц старше 40 лет — ослабления аккомодации. Диагноз основывается на характерных жалобах, результатах определения рефракции и состояния аккомодации. Выявление гиперметропии средней и высокой степени, астигматизма или слабости цилиарной мышцы делает диагноз несомненным.

Лечение: раннее назначение корригирующих очков при гиперметропии, пресбиопии и астигматизме. Дети должны носить очки постоянно, взрослые — во время чтения или письма. Хорошее, равномерное освещение во время зрительной работы на близком расстоянии, частый отдых для глаз. Общеукрепляющее лечение. При слабости цилиарной мышцы — ее тренировка.

АСТИГМАТИЗМ

Астигматизм — сочетание в одном глазу различных видов аметропии или различных степеней одного вида аметропии. Аномалия строения глаз: радиус кривизны роговицы (редко хрусталика) в различных меридианах оказывается неодинаковым. На двух главных взаимно перпендикулярных меридианах наиболее сильная и наиболее слабая преломляющая способность. В результате этого изображения предметов на сетчатке всегда бывают нечеткими, искаженными. Иногда астигматизм развивается после операций, болезней роговицы, ранений глаз. Различают следующие его виды: простой астигматизм (в одном из главных меридианов — эмметропия, в другом — миопия или гиперметропия), сложный астигматизм (в обоих главных меридианах — аметропия одинакового вида, но различной степени), смешанный астигматизм (в одном из главных меридианов наблюдается миопия, в другом — гиперметропия).

Понижение зрения, иногда видение предметов искривленными, быстрое утомление глаз при работе, головная боль. При исследовании отмечается разница в преломляющей силе глаза в разных меридианах. Диагноз основывается на определении рефракции в главных преломляющих меридианах. Чаще всего вертикальная ось оптического меридиана имеет большую преломляющую силу, чем горизонтальная (прямой астигматизм), реже — сильнее горизонтальная ось (обратный астигматизм). Изредка встречается астигматизм неправильный, когда отрезки одного меридиана имеют разную преломляющую способность.

Распознавание. При выходе на первый план близорукости или дальнозоркости только специальные цилиндрические стекла повышают остроту зрения. Уточняют диагноз с помощью офтальмометра и рефрактометра (приборов, измеряющих преломляющую способность роговицы и глаза в целом). Окончательное подтверждение получают после расширения зрачков раствором атропина и проведения скиаскопии (теневого пробы).

Лечение: постоянное ношение очков с астигматическими линзами. Правильный подбор очков в ранние сроки полностью реша-

ет проблему. Современная оптика позволяет пользоваться контактными линзами. Хирургическое лечение (кератотомия) применяется по рекомендации окулиста. Недокорригированный в детстве астигматизм может привести к амблиопии («ленивый» глаз), когда без видимой анатомической недостаточности у пациента низкое зрение, не поддающееся исправлению.

БЕЛЬМО РОГОВИЦЫ

Стойкое помутнение роговицы, представляющее собой тонкую рубцовую ткань.

Причины: различные воспалительные процессы в роговице и ее травмы попавшими в глаз какими-либо твердыми частицами или химическими веществами.

Симптомы: помутнение роговицы глаза в виде голубовато-белой или бело-желтоватой пленки, покрывающей зрачок, иногда распространяющееся и на белочную оболочку. В зависимости от расположения и плотности бельмо роговицы может резко снизить зрение.

БЛЕФАРИТ

Воспаление краев век. Является одним из наиболее частых и исключительно трудно излечимых заболеваний глаз. Заболевание может продолжаться многие годы в виде простой, чешуйчатой и язвенной формы.

При *простом блефарите* края век незначительно гиперемированы, иногда несколько утолщены, покрыты мелкими серовато-белыми чешуйками. Ощущается зуд в веках. Для язвенного блефарита характерно образование на краю века гнойных корочек, после удаления которых обнажаются кровоточащие язвочки. Их рубцевание ведет к выпадению ресниц, неправильному их росту. При *мейбомиевом блефарите* края век гиперемированы, утолщены, кажутся промасленными. При надавливании на хрящ выделяется маслянистый секрет. Течение заболевания хроническое.

Язвенный блефарит — наиболее упорная и тяжелая форма воспаления краев век. Развивается преимущественно у детей и лиц молодого возраста. Характерной особенностью является наличие по краям век у корней ресниц желтых гнойных корочек, склеивающих ресницы в отдельные пучки. Эти корочки представляют собой засохший гнойный секрет сальных желез века. Удаление корочек бывает довольно затруднительным, болезненным. Вместе с ними отторгаются и ресницы. После удаления корочек на краях век остаются кровоточащие язвочки. Если при этом имеется гнойное вос-

паление волосяных мешочков и сальных желез, то вслед за удалением ресниц из их ложа выступает гной. В результате последующего рубцевания отмечаются неправильный рост ресниц, прекращение их роста, участки частичного или полного облысения, развивается деформация ресничных краев век с их утолщением, гипертрофией, а нередко и заворотом. Блефариты сочетаются обычно с хроническими конъюнктивитами. Грубые изменения краев век могут вызвать осложнения со стороны роговицы.

Лечение: общеоздоровительные меры после тщательного обследования больного.

БЛЕФАРОСПАЗМ

Блефароспазм — судорожное смыкание глазной щели тонического или клонического характера. Тонический блефароспазм бывает симптоматическим и эссенциальным.

Симптомы: клиническая судорога круговой мышцы век проявляется в произвольном учащенном мигании. Тоническая судорога круговой мышцы приводит к стойкому спастическому смыканию век, которое может длиться минутами, днями, неделями.

БЛИЗОРУКОСТЬ (МИОПИЯ)

Развитию близорукости способствуют напряженная зрительная работа на близком расстоянии при ослабленной аккомодации и наследственная предрасположенность. При слабости склеры происходит прогрессирующее растяжение глазного яблока, которое ведет к изменениям в сосудистой и сетчатой оболочках. Ослабление аккомодации и растяжение склеры могут возникать под влиянием общих инфекций и интоксикаций, эндокринных сдвигов и нарушений обмена веществ.

Симптомы: понижение остроты зрения, особенно вдаль. Зрение улучшается при приставлении к глазам отрицательных линз. При работе на близком расстоянии может возникать боль в глазах, в области лба и висков. Обычно близорукость начинает развиваться в начальных классах школы. Степень ее в дальнейшем нередко постепенно увеличивается до 18—20-летнего возраста. В ряде случаев удлинение глазного яблока может принимать патологический характер, вызывая дегенерацию и повторные кровоизлияния в области желтого пятна, разрывы сетчатой оболочки и ее отслойку, помутнение стекловидного тела.

При своевременно не скорректированной очками близорукости вследствие чрезмерной работы внутренних прямых мышц и отсут-

ствия импульса к аккомодации бинокулярное зрение может расстроиться и появиться расходящееся косоглазие.

Диагноз основывается на определении рефракции после закапывания в конъюнктивальный мешок 0,5–1 %-ного раствора сульфата атропина 2 раза в день (утром и вечером) на протяжении трех дней.

ВЫВОРОТ ВЕК

Рубцовый выворот образуется вследствие стягивания кожи век после ранений, ожогов, системной красной волчанки и других патологических процессов. *Спастический выворот* возникает в результате сокращения орбитальной части круговой мышцы глаза. *Старческий выворот* — следствие слабости этой мышцы. *Паралитический выворот* бывает только на нижнем веке и возникает при параличе лицевого нерва.

Симптомы: край века отстает от глаза или отвернут вниз, вследствие чего слизистая оболочка вывернута наружу. Она постепенно сохнет и гипертрофируется. Вместе с веком от глаза отходит слезная точка, что ведет к слезотечению и мацерации кожи. От несмыкания глазной щели может развиваться кератит с последующим помутнением роговицы.

Лечение: при спастическом вывороте — терапия, направленная на устранение его причины; при других видах выворота век — операция.

ГЛАУКОМА ОСТРАЯ

Острая глаукома — это опасное заболевание, при котором внутри глаза накапливается жидкость, приводящая к повышению внутриглазного давления. Поскольку острая глаукома может вызвать слепоту пораженного глаза в течение 3–5 дней, очень большую роль играет раннее распознавание заболевания и своевременно начатое лечение. Поэтому если человек ощутил острую (даже умеренную) боль в глазу, нечеткое зрение, давление на глаз, ореол вокруг светящихся объектов — очень важно срочно обратиться к врачу.

Боль в глазу при глаукоме может быть острой, тупой, сверлящей, жгучей или колющей. Она зачастую очень сильная, может начаться в одном глазу и распространиться на другие части головы. Вместе с болью при острой глаукоме могут ощущаться давление на глаз, необычная светочувствительность, ореолы вокруг источников света, затуманенное или ослабленное зрение, расширенный зрачок, тошнота и рвота.

Лечение глаукомы проводится по назначению врача: больным обычно выписывают лекарства, снижающие внутриглазное давление. Иногда назначают обезболивающие препараты и средства против тошноты. Если через несколько часов лечения давление в больном глазу не снизится до безопасной величины, возможно оказание срочной помощи путем хирургического вмешательства.

При острой боли в глазу немедленно обращайтесь за медицинской помощью.

В возрасте свыше 35 лет рекомендуется регулярно проходить обследование на глаукому.

ДАКРИОЦИСТИТ

Сужение или закупорка слезно-носового канала вследствие воспалительных процессов в полости носа, его придаточных пазух, в костях, окружающих слезный мешок, способствует задержке и развитию в нем патогенных микробов и приводит к воспалению его слизистой оболочки.

Симптомы: в области слезного мешка — припухлость без воспалительных явлений. При надавливании на нее из слезных точек появляется слизисто-гнойное или гнойное отделяемое. Промывная жидкость в нос не проходит. Длительно текущий дакриоцистит может привести к растяжению (эктазии) слезного мешка. Хронический дакриоцистит иногда осложняется острым воспалением слезного мешка в виде абсцесса или флегмоны. При остром дакриоцистите имеется болезненный инфильтрат в области слезного мешка.

Острый дакриоцистит требует срочного обращения к врачу. Радикальным способом лечения *хронического дакриоцистита* является хирургическое соединение слезного мешка с полостью носа.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В ГЛАЗУ

Чаще всего в глаза попадают пыль, кусочки металла, пепла, грязи. Часто моргая от боли и выделяя слезы, пострадавший перемещает инородное тело к краю века, откуда становится возможным его удалить. Вовремя не удаленное инородное тело может вызывать воспаление в глазу. В том случае, когда соринка поцарапает поверхность глаза, на ней возникает ранка; и даже если слезы смывают соринку, роговица уже будет повреждена.

Симптомы. При попадании инородного тела в глаз человек ощущает боль и чувство жжения, возрастает светочувствитель-

ность, возникает ощущение инородного тела, которое не проходит и после удаления соринки. Глаз слезится, отмечается краснота, иногда — ухудшение зрения.

Никогда не трите глаз — острая частичка может войти глубже или поцарапать нежные ткани. Человек, оказывающий помощь, должен принять меры, чтобы предотвратить попадание микробов с рук в глаза. Если инородное тело находится на глазном яблоке или на внутренней стороне верхнего века, то надо осторожно оттянуть верхнее веко вниз, расположив его поверх нижнего. Следует немного подержать веко в таком положении, а затем отпустить. При отсутствии эффекта осторожно потяните ресницы верхнего века вверх. Попросите пострадавшего открыть глаз и посмотреть вниз — инородное тело станет видимым; осторожно уберите его уголком влажной марлевой салфетки или чистой ткани. Если таким образом удалить инородное тело не удастся — положите палочку с ватой или что-либо подобное на кожу верхнего века. Удерживая пальцами ресницы, выверните веко на палочку и осторожно уберите соринку.

При попадании инородного тела под нижнее веко ситуация обычно проще. Попросите пострадавшего открыть глаз и посмотреть вверх; оттяните нижнее веко и осмотрите его с внутренней стороны. Если соринка стала видимой, осторожно уберите ее уголком влажной марлевой салфетки или чистой ткани.

В том случае, когда инородное тело невидимо, или вы одни, может помочь промывание глаза. Для этого опустите голову и подставьте глаз под слабую струю чистой теплой проточной воды. Двигайте глазом в разных направлениях.

Все эти процедуры осуществляют крайне бережно. После извлечения инородного тела на глаза наложите повязку. Если повязку наложил врач — не снимайте ее.

Ни в коем случае не пытайтесь удалить инородное тело, вдавленное или воткнувшееся в глазное яблоко — в такой ситуации наложите на оба глаза повязку и срочно обращайтесь к врачу. С целью удаления инородного тела не применяйте пинцет или сухую ткань — так можно повредить глазное яблоко или вызвать дополнительное раздражение.

Если ощущение инородного тела не проходит или соринка все еще в глазу, то глаз необходимо накрыть несколькими слоями марли, закрепить повязкой и срочно обратиться к окулисту. Врач обезболит глаз и удалит соринку. Обычно после этого для профилактики инфекции в глаза каждые несколько часов закапывают капли с антибактериальным средством, а также накладывают повязку.

ИРИТ

Воспаление радужной оболочки или радужной оболочки и цилиарного тела (иридоциклит).

Боль, усиливающаяся при пальпации глаза; перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока. Радужная оболочка отечна, зеленоватого или ржавого цвета, ее рисунок нечеткий. Зрачок сужен, реакция на свет замедлена. На поверхности радужной оболочки и на задней поверхности роговицы отложения экссудата — преципитаты. Влага передней камеры не редко мутнеет, на ее дне образуется скопление гнойных клеток (гипопион-ирит). Иногда бывают кровоизлияния на поверхности радужной оболочки и осаждение крови на дно камеры в виде гифемы. Между зрачковым краем радужной оболочки и передней капсулой хрусталика образуются спайки — синехии. Течение иридоциклита может быть острым и хроническим.

Продолжительность острых форм обычно 3—6 недель, хронических — несколько месяцев со склонностью к рецидивам, особенно в холодное время года. При изменениях в преломляющих средах глаза острота зрения снижается.

Дифференциальный диагноз. Острый иридоциклит отличается от острого конъюнктивита отсутствием отделяемого, наличием перикорнеальной инъекции глазного яблока, изменением радужной оболочки, зрачка. Важно отличать острый иридоциклит от острого приступа глаукомы, при котором внутриглазное давление повышено, роговица мутная, отечная, имеется застойная (а не воспалительная) инъекция сосудов, зрачок (до применения миотических средств) расширен, передняя камера мелковатая, боль локализуется не в самом глазу, а в соответствующей половине головы.

Лечение направлено на основное заболевание, вызвавшее иридоциклит.

КАТАРАКТА

Помутнение вещества или капсулы хрусталика.

Различают врожденные и приобретенные катаракты, непрогрессирующие (стационарные) и прогрессирующие. Врожденные катаракты обычно не прогрессируют. По локализации помутнения различают капсулярные, кортикальные, околядерные, или слоистые, ядерные и полные катаракты. Нежные помутнения в начальных стадиях катаракты можно обнаружить только при исследовании в проходящем свете или с помощью биомикроскопии. При развитой катаракте область зрачка сероватая, серовато-белая, молочно-белая.

Степень понижения остроты зрения зависит от интенсивности помутнения и при полной катаракте достигает светоощущения. Для прогноза важно определение функциональной способности сетчатки и зрительного нерва. При диагностике применяется офтальмологические обследования: визометрия, тонометрия, периметрия, УЗ-биометрия, определение силы искусственного хрусталика, ретинальной остроты зрения, состояние желтого пятна.

Лечение в основном хирургическое.

КЕРАТИТ

Воспаление роговой оболочки глаза. Возникает под влиянием экзогенных (пневмококк, гонококк, стафилококк, стрептококк, вирус герпеса, аденовирус, грибы и др.) или эндогенных (туберкулез, сифилис и др.) инфекционных факторов. Экзогенные кератиты могут развиваться при конъюнктивитах вследствие нарушения питания роговицы из-за сдавления краевой сосудистой сети отечной конъюнктивой, токсического действия конъюнктивального секрета на роговицу и проникновения в ее ткань возбудителя заболевания. При мелких дефектах роговицы возбудителем кератита могут быть микробы, выделяющиеся из слезного мешка при дакриоциститах, или микробы нормальной конъюнктивы. Особую и редкую форму экзогенного кератита представляет высыхание и вторичное инфицирование роговицы в случае лагофтальма. Эндогенные кератиты обусловлены попаданием в глаз гематогенным путем самого возбудителя, токсических продуктов его жизнедеятельности и распада или возникают вследствие аллергических реакций, нарушения обмена и трофики роговицы при поражении тройничного (гассерова) узла или первой ветви тройничного нерва и при авитаминозах.

Симптомы: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, выраженная перикорнеальная или смешанная инъеция, нарушение прозрачности роговицы. В ней возникают инфильтраты: точечные, узелковые, линейные, полиморфные, изолированные или слившиеся, ограниченные или диффузные, поверхностные или глубокие. Роговица становится тусклой, матовой, шероховатой. В ее ткани часто развиваются сосуды поверхностные и глубокие. Чувствительность роговицы снижена либо отсутствует. Инфильтраты рассасываются или на их месте формируются стойкие помутнения. Возможно образование язвы роговицы.

При *нейропаралитическом* кератите раздражения глаза нет или оно слабо выражено. Отмечается резкое понижение, иногда

полная потеря тактильной чувствительности роговицы. Нередко присоединяются невралгические боли.

Туберкулезно-аллергическое воспаление роговицы обычно протекает в виде фликтенулезного кератита: у лимба появляются сероватые, полупрозрачные возвышения — фликтены, к которым подходит пучок сосудов.

При диссеминации туберкулезной инспекции наблюдается глубокий диффузный кератит — на фоне распространенного гомогенного помутнения в глубоких слоях роговицы имеются желтовато-серые небольшие очаги густой инфильтрации, глубокие сосуды. Часты явления ирита.

Клиническим многообразием отличаются *герпетические* заболевания роговицы. Они разделяются на поверхностные и глубокие. Нередко процесс имеет вид тяжелого вялотекущего кератоидоциклита. Регенерация роговицы замедлена.

При *паренхиматозном сифилитическом* кератите на периферии роговой оболочки в средних и глубоких слоях образуется серовато-белый диффузный инфильтрат, который медленно распространяется и захватывает всю роговицу или большую ее часть.

Лечение назначает врач.

КОНЪЮНКТИВИТ ИНФЕКЦИОННЫЙ

При инфекционном конъюнктивите глаз становится красным, необычно светочувствительным, ощущается сильная боль, появляется гнойное отделяемое. Подсохшее за ночь отделяемое превращается в корочки. Иногда повышается температура тела.

Лечат конъюнктивит, как и другие болезни глаза, у врача, особенно если ухудшается зрение и боль усиливается. Дома можно осторожно промывать глаза слабым раствором борной кислоты (уточните концентрацию в аптеке) или другим антимикробным препаратом; обеспечить тепло и покой для глаза. Очищайте кожу вокруг глаза от выделений, регулярно вытирайте их марлей или чистой тканью.

ТРАВМА ГЛАЗА

Травма может быть проникающей в глазное яблоко, когда травмирующий агент вонзается в глаз; или тупой, когда глазу наносится прямой удар тупым предметом. При тяжелой травме в глазу может отслоиться сетчатка, он может быть выбит из глазницы, сместиться.

Симптомы. При травме, проникающей в глазное яблоко, потерпевший жалуется на боль в глазу, усиленное слезотечение, ухуд-

шение зрения. Открыв веко, можно увидеть рану, инородное тело, кровотечение. Если травма тупая, определяется боль в глазу, кровоизлияние в глаз. Пострадавший отмечает перед глазами красноватый туман или плавающие пятна.

Помните, что любая травма глаза представляет опасность для зрения. Немедленно обращайтесь за медицинской помощью.

При проникающей травме наложите на оба глаза марлевую (или из другой чистой ткани) повязку. Если в глазу определяется травмировавший предмет, поместите над глазницей чистый пластмассовый или бумажный стаканчик или что-то похожее, закрепите его повязкой; проверьте, чтобы предмет, проткнувший ткани глаза, не касался дна или стенок стаканчика.

Не пытайтесь удалить или шевелить воткнувшийся предмет. Не промывайте глаз водой и не давите на него!

Неотложная помощь. Травмированного укладывают на спину; голова должна быть зафиксирована от смещения и тряски с помощью импровизированного круга под затылок, изготовленного из одежды или другой ткани. При тупой травме для уменьшения боли и отека на 10—15 минут приложите к травмированному глазу пакет со льдом или холодной водой. Пострадавший должен быть уложен на спину с закрытыми глазами. При смещении глаза прикройте поврежденный глаз влажной стерильной тканью и импровизированным защитным колпачком из стаканчика. Неповрежденный глаз закройте повязкой. Никогда не пытайтесь вправить глаз в глазницу и не давите на глаз.

ЯЧМЕНЬ

Ячмень — это острое гнойное воспаление сальной железы, расположенной в веке. Развивается вследствие попадания гноеродной инфекции. В начале заболевания на краю века появляется болезненная точка, а затем — покраснение, припухлость, отек кожи века и конъюнктивы. Спустя 2—4 суток на веке появляется желтоватая точка — гнойник, при его прорыве выделяется гной; боль проходит. Нередко ячмень сопровождается головной болью, повышением температуры тела.

Для лечения используют сухое тепло (сухой теплый компресс, лампа Минина), УВЧ, антибактериальные средства в виде капель, мази в глаз. Обычно ячмень вскрывается сам и из него выходит гной, либо он подсыхает.

Никогда не выдавливайте гной из ячменя — это может вызвать тяжелые осложнения в виде флегмоны глазницы, менингита и дру-

гих серьезных заболеваний. При любой инфекции не позволяйте больному трогать или тереть глаза руками. Это только ухудшит течение заболевания, осложнив инфекцию.

Если ячмень не излечивается в течение недели, глаз стал красным и болезненным, срочно обратитесь к офтальмологу.

Народная медицина рекомендует делать на больной глаз примочки и компрессы с настойкой из цветков календулы и валерианы, разведенной в 10 раз. Применяют также алоэ (столетник): один средних размеров лист измельчить и настоять 6–8 часов в стакане холодной кипяченой воды, процедить и делать примочки на больные глаза. Проще — срезать лист, обмыть, отжать сок, развести холодной водой 1:10. Внутрь при ячмене рекомендуется принимать 4–5 раз в день по несколько маленьких желтых цветочков пижмы, запивая холодной водой.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

БЕССОННИЦА

Бессонница — это позднее засыпание, раннее пробуждение, прерывность ночного сна, уменьшение его глубины; это болезнь, состоящая в непрерывном бодрствовании в такое время, которое природой назначено для успокоения всех систем организма человека.

Бессонница проявляется как симптом, сопровождающий многие болезни (атеросклероз, гипертоническую болезнь, энцефалит, неврастению и перенапряжение нервно-психической сферы и др.); как следствие частых перерывов сна (боль, плач детей и т. п.), нарушений времени отхождения ко сну, обусловленных долгим ночным умственным занятием или иным возбуждением, например, употреблением кофе, чая, спиртных напитков. У детей причинами бессонницы нередко бывают: молоко кормилиц острораздражающего свойства, прорезывание зубов, метеоризм и брожение в кишках, глисты, задержка мочи, опрелости и ссадины кожи, разные воспалительные лихорадочные сыпи и другие болезни.

Симптомы: при бессоннице иногда возникают разные фантазии, слуховые иллюзии, ощущение зуда, тоска, беспокойство; пульс ускоренный и учащенный, нередко перемежающийся.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Причины: травмы, инфекции, интоксикации, местное переохлаждение, сосудистые нарушения, подъем тяжестей, чрезмерные

боковые наклонные и вращательные нагрузки на позвоночник, заболевания внутренних органов, вызываемые напряжением коротких глубоких мышц спины и наступающий их рефлекторный спазм. Последний образует мышечный блок диска, вовлекая в патологический процесс спинномозговые нервы и сопровождающие их сосуды, компрессия их приводит к потере чувствительности, отекам и болевому синдрому.

Пояснично-крестцовый радикулит — самое распространенное заболевание периферической нервной системы.

Причины: имеют значение инфекции, охлаждение, травмы, врожденные аномалии (люмбализация, сакрализация).

Симптомы: характерна боль, усиливающаяся при движении в поясничном отделе позвоночника, ходьбе, кашле, чиханьи и натуживании. Она может начаться остро или подостро в поясничной области с иррадиацией в паховую область, в одну или обе ноги, сколиозом, чаще выпуклостью в сторону пораженных корешков, симптомами натяжения нервов (Ласега, Нери), симптомами раздражения или выпадения соответственно пораженному корешку.

ИСТЕРИЯ

Истерический невроз возникает или внезапно, под влиянием какой-либо тяжелой психогенной травмы, или, что бывает чаще, под влиянием длительно травмирующей ситуации.

Судорожный припадок характеризуется сужением сознания, судорожными движениями рук, ног, изгибаниями всего тела. Иногда больные рыдают, царапают свое тело, катаются по земле, полу, но язык не прикусывают. Реакция зрачков на свет сохранена. Нередко наблюдаются нарушения чувствительной сферы, расстройство двигательной сферы (параличи, дрожание, контрактуры), речи, слуха (сурдомутизм) и нарушение вегетативной нервной системы в виде рвоты, поноса, запора, обмороков и других нарушений.

ЛИШАЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ (ГЕРПЕС)

Острое вирусное заболевание, характеризующееся появлением сгруппированных пузырьковых высыпаний по ходу определенного нерва, обычно на одной стороне тела.

Возбудитель — вирус ветряной оспы. Заболевание возникает в большинстве случаев самостоятельно, иногда при острых инфекционных заболеваниях, а также при различных интоксикациях, после переохлаждения, чаще встречается весной и осенью. В отличие от пузырькового лишая, как правило, остается стойкий иммунитет.

Симптомы: на гиперемированной, слегка отечной коже появляются группы пятнисто-узелковых высыпаний, которые через несколько часов превращаются в пузырьки величиной 1–3 мм. Содержимое пузырьков вначале прозрачное, через 3–4 дня мутнеет, иногда становится гнойным. Постепенно пузырьки засыхают, превращаются в желтовато-бурые корочки; краснота и отек исчезают, корочки отпадают и следа не остается. При геморрагических и гангренозных формах лишая могут оставаться атрофические или рубцовые изменения кожи. Часто наблюдаются продромальные явления — повышение температуры, головная боль, разбитость, зуд, парестезии, невралгическая боль жгучего характера.

Локализация высыпаний на любом участке кожи, чаще по ходу межреберных нервов и в области расположения ветвей тройничного нерва. При этом поражаются спинальные межпозвоночные ганглии преимущественно в грудном и поясничном отделах, кожа и слизистые оболочки.

ЛЮМБАГО (ПРОСТРЕЛ)

Люмбаго — это рефлекторный спазм глубоких коротких мышц. Характеризуется остро возникающей болью в поясничной области.

Причины: местное переохлаждение, подъем тяжести, чрезмерные боковые наклонные и вращательные нагрузки на позвоночник, заболевания внутренних органов. Вызываемое напряжение коротких глубоких латеральных и медиальных поперечных мышц спины блокирует межпозвоночный диск, сдавленные спинномозговые нервы и сопровождающие их сосуды, что приводит к потере чувствительности, отекам и болевому синдрому.

Симптомы: внезапная сильная боль в пояснице, больной не может согнуться и разогнуться, иногда падает от боли. Боль резко усиливается при малейшем движении, кашле, чиханьи, дефекации. Движения резко ограничены. При пальпации выявляют резкое напряжение и утолщение мышц поясницы, отдельные резко болезненные узелки. В некоторых случаях отмечается подострое течение с нарастанием боли за 2–3 дня.

НЕВРАЛГИИ И НЕВРИТЫ

Поражение периферических нервов сопровождается болью, расстройством чувствительности, двигательными и вегетативно-трофическими расстройствами.

Невралгия — поражение чувствительных волокон нерва, характеризуется симптомами раздражения: болью спонтанной и воз-

никающей при давлении на соответствующий нервный ствол, гиперестезией в иннервируемой области. Боль приступообразная, бывает рвущей, режущей, стреляющей, жгучей. К боли присоединяются парестезии: ощущение ползания мурашек, онемения, холода. Может наблюдаться гиперемия или побледнение кожи в соответствующих отделах. Неврит — заболевание (поражение) паренхимы нерва или соединительной ткани, либо то и другое, сопровождается симптомами выпадения: парезами, параличами, расстройством всех видов чувствительности, вазомоторными и трофическими нарушениями.

Причины возникновения невритов и невралгий различны: инфекции, интоксикация, травма, деструктивные изменения позвоночника, расстройства обмена веществ и др.

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Причины: деструкция костных каналов, по которым проходят ветви тройничного нерва, патологические процессы на основании черепа, разрастание интерстициальной ткани внутри нервного ствола, сращение твердой мозговой оболочки с костями черепа наносят раздражение чувствительным волокнам нерва.

Симптомы: кратковременные приступы боли, локализующиеся в зоне иннервации одной какой-либо ветви тройничного нерва. Наиболее часто поражается средняя ветвь, реже — 3-я, нередко — 2 ветви. Приступы длятся от нескольких секунд до нескольких минут, иногда следуют один за другим в течение нескольких минут и даже 1 часа. Во время приступа больные испытывают очень острую, жгучую боль, ощущение удара электрическим током, прострела. Приступ боли сопровождается светобоязнью, слезотечением, усилением слюно- и потоотделения, вкусовыми парестезиями, спазмами лицевых мышц. Иногда боль провоцируется надавливанием на точки выхода ветвей тройничного нерва, прикосновением языка к чувствительной зоне десен или мягкого неба. Эти зоны иногда называют курковыми.

Частота и сила болевых приступов различны у разных людей, хотя локализация боли односторонняя и до 85% случаев — справа.

В межприступный период очаговая симптоматика отсутствует. Лишь у некоторых больных в зоне пораженной ветви можно обнаружить гипералгезию и болезненность при надавливании на область выхода ее из костного канала.

При поражении тройничного узла наблюдаются постоянная интенсивная, жгучая боль и герпетические высыпания.

НЕВРИТ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Причины возникновения неврита зрительного нерва различны: острые и хронические инфекции, сахарный диабет, нефрит, болезни крови, воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, иногда беременность, расстройство менструального цикла и др.

Симптомы: болезненность при движении глазного яблока. Главными симптомами являются снижение и сужение поля зрения, на глазном дне гиперемия и отек диска зрительного нерва, ступенчатость границ, расширение и извитость вен сетчатки.

НЕВРИТ СЛУХОВОГО НЕРВА

Группа различных заболеваний периферического отдела слухового анализатора, которые характеризуются нарушением слышимости костно-проведенных звуков (периферическая тугоухость).

Причины: общие инфекционные заболевания, интоксикация лекарственными веществами, никотином, алкоголем, минеральными ядами, атеросклероз, болезни обмена и крови, шумовая и вибрационная травмы.

Основные признаки заболевания — тугоухость и ощущение шума в одном или обоих ушах или понижение слуха по типу нарушения звуковосприятия (ухудшение восприятия высоких звуков, укорочение костной проводимости). Понижение слуха носит прогрессирующий характер.

ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗАКРЫТЫЕ

Характерная черта всех черепно-мозговых травм и их проявлений — внезапное повышение внутричерепного давления в момент удара, движение мозга с нарушением гемо- и ликвороциркуляции клеточных элементов мозга. Закрытая травма протекает в виде сотрясения, ушиба или сдавления мозга.

Ушиб головного мозга — более тяжелое поражение, чем сотрясение. В области травмы отмечаются очаги геморрагического размягчения, нарушения крово- и лимфообращения в перифокальной зоне. Чаще страдает ствол мозга, основание лобных долей или полюса височных долей мозга. Ушиб мозга проявляется длительным глубоким сопором, комой. После выхода из бессознательного состояния на фоне общемозговых симптомов выявляются гемипарезы, афатические расстройства, гемианестезии, поражения черепных нервов.

Сдавление мозга возникает в результате внутричерепного кровотечения, отека или набухания мозга. Внутричерепные кровоте-

чения бывают: эпидуральные, возникающие, как правило, при разрыве средней оболочечной артерии; субдуральные — вследствие разрыва мозговых вен и субарахноидальные, проявляющиеся менингеальным синдромом, психомоторным возбуждением. При эпидуральном кровоизлиянии (образование гематом) симптоматика зависит от динамики гематом, так как симптомы развиваются постепенно. Улучшение состояния на несколько часов, суток при сотрясении или ушибе мозга, а затем ухудшение, связанное с отеком мозга, свидетельствуют о субдуральном кровоизлиянии. Сотрясение и ушиб мозга могут сочетаться с переломом костей свода и основания черепа.

Перелом костей свода и основания черепа часто проявляется судорожными припадками: перелом основания черепа — кровотечением и ликвореей из уха, носа или рта, наличием оболочечных симптомов, поражением черепных нервов и т. д.

СУДОРОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Судороги — это произвольные мышечные сокращения, возникающие внезапно и протекающие в виде приступов различной длительности. Наиболее известная болезнь, при которой у больного возникают судороги, — **эпилепсия**.

Эпилептический припадок начинается внезапно, без предвестников. Иногда ему предшествует так называемая «эпилептическая аура» (галлюцинация, которая всегда повторяется перед началом приступа). Больной падает на пол, чаще лицом вниз или на бок, и теряет сознание. Затем начинаются судороги (в том числе и дыхательной мускулатуры, что может привести к остановке дыхания). Лицо больного сначала бледнеет, потом становится синюшным. Происходит попеременное судорожное сокращение мышц глазных яблок, языка. Если язык прикушен зубами, в слюне и выступившей пене появляется примесь крови. Обычно у больного во время приступа голова сильно трясется, руки и ноги толчкообразно подергиваются, иногда наблюдается самопроизвольное выделение мочи и кала. Приступ длится около двух минут, после чего часто наступает коматозное состояние, переходящее в сон. Проснувшись, больной почти не помнит, что с ним произошло.

Первая помощь при судорогах всего тела (эпилепсия) заключается в том, чтобы не дать больному нанести себе увечья при падении, удариться головой о твердые предметы (угол стола, кровати, камин и т. д.). Больного следует уложить на пол на матрац или одеяло и держать, не давая вскакивать и делать резких движений.

Чтобы больной не прикусил себе язык во время приступа, черенком ложки, обвязанным марлей, ему разжимают зубы и держат так ложку до окончания приступа. На лицо и грудь больного следует побрызгать водой. Как только приступ судорог закончится, его укладывают в постель и дают выпить успокаивающее (настойка валиерианы, корвалол, пустырник, капли Зеленина и др.).

ЖЕНСКИЕ БОЛЕЗНИ

АМЕНОРЕЯ

Отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более.

Причины: острые и хронические инфекции, интоксикации, психические травмы, некоторые психические заболевания (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз), органические заболевания головного мозга, заболевания эндокринных желез, воспалительные процессы половых органов, неполноценное питание.

Аменорея может быть физиологической — до полового созревания, в период беременности, лактации и менопаузы.

Симптомы: отсутствие менструаций, чувство волнообразных приливов крови к голове, жара, учащение сердцебиения, душевное волнение, иногда головная боль.

Гипоменорея — циклические (с сохранением ритма), но скудные менструации в связи с недостаточным развитием фолликулов, желтого тела и поражением эндометрия.

Олигоменорея — появление менструаций 1 раз в 2—3 мес. Периодическое нарушение менструации 1 раз в 6 мес. — 1 год называется спаниоменореей, а сочетание скудных, редких и коротких менструаций — гипоменструальным синдромом.

Опсоменорея — редкие (через 1—3—6 мес.) менструации, скудные или периодические маточные кровотечения, чередующиеся с задержками менструаций. Опсоменорея возникает вследствие ослабленной фолликулярной функции или тех же причин, что и аменорея.

При задержке менструации и гипоменорее нередко отмечают головную боль, тошнота, рвота, стеснение в груди, возбуждение, боль в пояснице, диспепсия, запор. Во время менструаций появляется сильная боль с судорожными сокращениями матки. У некоторых больных при каждой менструации появляется носовое кровотечение или кровавая рвота, после чего указанные симптомы исчезают или значительно уменьшаются.

Когда менструация отсутствует более продолжительное время (1—2 года и более), может развиваться невроз.

БАРТОЛИНИТ

Одной из причин болей в области женских половых органов является бартолинит — инфекционное воспаление выводных протоков бартолиниевых желез, расположенных у входа во влагалище. При закупорке протоков, возникающей вследствие воспаления этих желез, наблюдаются сильная болезненность в области половых губ и промежности, отек и припухлость у входа во влагалище (чаще с одной стороны), повышение температуры тела, слабость, разбитость, тошнота, общее недомогание.

Лечение проводится под контролем врача. Назначаются антимикробные и противовоспалительные препараты, обезболивающие средства. При сформировавшемся абсцессе показана хирургическая операция.

БЕЛИ

В нормальном состоянии женские половые органы выделяют секрет, но в очень небольшом количестве, обычно незаметном для женщин. Увеличение выделения этого секрета — бели. Они наблюдаются не только у женщин, но и у девушек.

Микробные заражения половых органов, инфекционные болезни в острой фазе могут вызвать бели. Часто выделения бывают при глистной инвазии, когда глисты паразитируют в толстой кишке, переходят во влагалище и раздражают его. Кроме того, при остром воспалении самой матки, ее слизистой оболочки, при полипах, опухолях и других заболеваниях могут появиться бели. Бели могут появляться и при скрофулезе, простуде, гриппе, сахарном диабете, быстром ожирении, нагноении яичников и маточных труб, запоре и др.

Главным признаком заболевания являются белые выделения. Иногда они так обильны, что истощают женщину. Такое воспаление часто сопровождается болью, температурой и отеком половых органов.

Выделяющийся секрет имеет различный вид в зависимости от причины и локализации болезни. При воспалении слизистой оболочки матки бели водянистые, почти прозрачные или с сероватым оттенком. При воспалении слизистой оболочки половых органов с преобладанием в шейке матки выделения прозрачные, вязкие и напоминают белок яйца. Если от гнойных микробов воспалена внутренняя оболочка матки, то бели гнойные, зеленоватого цвета.

Иногда к белям примешивается и немного крови, если ее незначительное количество (первые недели беременности), бели дают желтый осадок и оставляют на нижнем белье желтые пятна. Эти выделения не имеют особого значения. Однако если примесь крови значительна, то это означает глубокое повреждение слизистой оболочки.

Обильные, с пеной и запахом выделения являются признаком грибкового заболевания.

Белые выделения совершенно безопасны, если появляются перед менструацией или во время беременности. Но если они продолжаются месяцы и при этом более обильные, с гноем, запахом, это истощает организм, а может быть и причиной злокачественной опухоли.

БОЛЕЗНЕННЫЕ МЕНСТРУАЦИИ

Нередко женщины испытывают боль, которая начинается непосредственно перед менструацией и усиливается в течение 24 часов. Эта боль нерегулярная, острая, сжимающая и ощущается в нижней части живота; она бывает похожа на боль при родовых схватках и обычно отдает в спину, бедра, влагалище. Нередко боль сопровождается частым мочеиспусканием, тошнотой, рвотой, поносом, головной болью, ознобом, вздутием живота, болью в груди, депрессией, раздражительностью.

При болезненных менструациях применяют лечение, направленное на устранение боли, а главное — на устранение ее причин. Так, если боль слабая или умеренная, могут быть, например, назначены аспирин или ибупрофен, мефенамовая кислота, прикладывание тепла к низу живота. Если болезненные менструации возникают без очевидной причины, могут помочь гормональные средства типа оральных контрацептивов. При менструальных спазмах врачи рекомендуют гомеопатические средства с препаратами магния, лечебную физкультуру (несколько раз в день делать движения ногами в воздухе, как при езде на велосипеде, упражнения на растяжку, приседания).

БОЛЬ В ОБЛАСТИ ТАЗА

У женщин могут наблюдаться боли, неприятные ощущения, спазмы и повышенная чувствительность внизу живота. Эти симптомы могут быть связаны с воспалительными заболеваниями половых органов (например, воспаления яичников и маточных труб), менструациями, самопроизвольным абортом, другими заболевани-

ями гениталий. В свою очередь, болезненные менструации могут быть следствием гинекологических расстройств, гормональных нарушений, психологических факторов.

Воспалительные заболевания матки и ее шейки, маточных труб, яичников развиваются вследствие их инфицирования. Нередко инфекция переходит с одного органа на другой, она может распространяться по всей половой системе, а в тяжелых случаях развивается воспаление брюшины — перитонит. При отсутствии квалифицированного лечения это ведет к бесплодию, заражению крови, образованию тромбов.

Симптомы воспалительных заболеваний органов таза: боли, неприятные ощущения, спазмы внизу живота, сильнейшая боль при перемещении шейки матки во время гинекологического осмотра. Возможны выделение гноя из влагалища, повышение температуры тела, слабость, разбитость, тошнота, общее недомогание.

Внимание! Воспаление органов таза может привести к серьезным осложнениям, при обнаружении у себя вышеперечисленных симптомов необходимо срочно обратиться к гинекологу.

Если диагноз подтвердится, необходимо строго выполнять предписания врача; сексуальные партнеры также должны пройти обследование и при необходимости пролечиться.

Назначают антибактериальные препараты для устранения инфекции, обезболивающие средства и др. Нередко в запущенных случаях необходимо хирургическое вмешательство.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Как известно, беременность — это физиологический процесс развития плода из яйцеклетки в организме женщины. Она начинается с момента слияния яйцеклетки и сперматозоида (оплодотворения), которое происходит в маточной трубе. Оплодотворенная яйцеклетка начинает передвигаться по трубе к матке за счет мышечных сокращений (перистальтики) трубы и движений ворсинок ее мерцательного эпителия. Путь до матки яйцо проделывает в течение 7–8 суток.

При нарушении передвижения яйца по трубе в матку развивается внематочная беременность. Это происходит обычно при повреждении эпителия слизистой оболочки трубы в результате перенесенных воспалительных заболеваний внутренних половых органов, после аборт. Реже внематочная беременность развивается при наличии в трубах железистых образований, при недоразвитии половых органов. Но если яйцо почему-либо (например,

при хроническом воспалении трубы, спайках) имплантируется не в матке, а в трубе, в яичнике, брюшной полости, то развивается внематочная беременность.

В 99% случаев внематочная беременность — трубная. Поскольку труба не может увеличиться в диаметре до размеров плода, она разрывается. Чаще всего такая внематочная беременность прерывается на 4–6-й неделе. Разрыв трубы сопровождается внутренним кровотечением и шоком вследствие внезапно возникшей острой боли внизу живота и кровопотери.

Симптомы прервавшейся внематочной беременности. Схваткообразные боли, сопровождающиеся кратковременным обмороком. Боли через несколько часов проходят, и больная может чувствовать себя здоровой, однако опасность повторного тяжелого внутреннего кровотечения при этом остается. Поэтому для установления диагноза необходимы дополнительные исследования (УЗИ, реакции на беременность, пункция заднего свода влагалища и др.) и врачебное наблюдение, иногда до 2–3 недель. Основная помощь заключается в срочной доставке женщины в больницу.

Лечение. Удаление поврежденной маточной трубы и остановка кровотечения хирургическим путем.

МАСТИТ

Воспаление молочной железы чаще всего является следствием неправильного кормления при нагрубании и трещинах соска и особенно часто наблюдается у первородящих женщин.

Участок молочной железы (или она вся) затвердевает, становится болезненным, горячим, кожа под ним краснеет, становится блестящей. Сосок обычно втянут. Повышается температура тела, появляются чувство усталости, слабости и разбитости, лихорадка, ознобы, головная боль. Наблюдаются потеря аппетита, бессонница. Часто увеличиваются и становятся болезненными подмышечные лимфатические узлы.

Первые попытки лечения можно начать и без врача, борясь с нагрубанием молочной железы. Если лечение начато своевременно, то можно добиться выздоровления без оперативного вмешательства. Основа лечения в домашних условиях — исключение застоя молока в молочной железе. Ребенка от больной груди отлучать не надо. Необходимо зафиксировать молочную железу правильно подобранным бюстгалтером, косынкой или повязкой, на 10–15 минут через каждые 6 часов прикладывать к молочной железе влажное тепло (теплое полотенце, душ), принимать ацетаминофен для

снятия лихорадочных явлений и уменьшения болезненности, больше отдыхать. Не следует ограничивать питье жидкостей, но надо уменьшить количество принимаемой пищи, особенно жирной.

После консультации с врачом обычно применяют антибактериальное лечение. Но если в молочной железе уже сформировался гнойник, то показана хирургическая операция.

МЕНОРРАГИЯ (ОБИЛЬНАЯ МЕНСТРУАЦИЯ)

Причины: недоразвитые половые органы, неправильное положение матки, воспалительные заболевания, опухоль в матке, гемофилия, частые роды, сердечные заболевания.

Симптомы: менструация часто преждевременна, обильна и продолжительна (6—8 дней и больше). Очень сильными считаются такие кровотечения, которые наступают ранее 3 нед. после прекращения менструации и которые вызывают явные признаки прогрессирующего малокровия: головную боль, шум в ушах, рвоту, бледный цвет лица, слизистых оболочек, усталость, сердцебиение, одышку и др.

МЕТРОРРАГИЯ

Обильное маточное кровотечение, не связанное с менструацией. Наблюдается в любом возрасте.

Причины: у молодых женщин появляется в связи с нарушением беременности, при воспалении маточных труб, при внематочной беременности, опухолях. Обильное кровотечение может наступить после аборта или родов, если остались части плода или плаценты. У женщин зрелого возраста маточные кровотечения чаще всего связаны с климактерическим периодом или же с опухолевыми образованиями. В некоторых случаях метроррагия является следствием психических расстройств (истерия, сильный страх, тоска и др.), порока сердца, болезней почек, селезенки и др.

Симптомы: обильное маточное кровотечение (часто похожее на кровоизлияние), которое не зависит от менструации, иногда продолжается 30 дней и больше. Хроническое сильное и продолжительное кровотечение (8—14 дней) почти всегда является следствием заболевания половых органов или результатом какого-то заболевания, влияющего на кровообращение и кроветворение.

НАГРУБАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Боль обычно является симптомом нагрубания молочных желез при лактации, мастите, фиброзно-кистозной мастопатии, предмен-

струальном синдроме и крайне редко — признаком рака. Чувствительность молочных желез может быть ранним признаком беременности (если вы предполагаете такую вероятность, воспользуйтесь домашним тестом на беременность, а лучше обратитесь за консультацией к врачу).

При любых болях в молочной железе, особенно сопряженных с уплотнением тканей, изменением формы, выделениями из соска, а также изменениями кожи, необходимо обследоваться у врача, чтобы исключить злокачественную опухоль. Самостоятельно можно попытаться устранить только болезненные ощущения, связанные с нагрубанием молочной железы при беременности и лактации.

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ НЕУКРОТИМАЯ

Наиболее частая форма проявления раннего токсикоза. Она связана с нарушением кортиковисцеральной регуляции — повышена возбудимость подкорки, понижена активность коры большого мозга. В основе лежат нарушения рефлекторных реакций на раздражение нервных рецепторов матки. Рвота беременных протекает в легкой, средней тяжести и тяжелой формах.

Легкая форма проходит без лечения.

Рвота средней тяжести: частота до 15—20 раз в сутки, днем и ночью, не связана с приемом пищи. Быстро нарастают признаки обезвоживания: сухость кожи, истончение подкожной основы, значительная потеря в массе; пульс до 100 ударов в минуту, артериальное давление снижается, температура повышается до 37,5 °С. Запах ацетона изо рта и наличие его в моче.

Тяжелая форма рвоты: непрерывная, мучительная рвота, пульс 120 в минуту и больше, артериальное давление значительно снижается, температура повышается до 38 °С, диурез крайне низкий, реакция на ацетон в моче резко положительная. В дальнейшем наблюдаются нарушение функции печени, тяжелая интоксикация, коматозное состояние, сопровождаемое судорогами, на фоне которых наступает смерть.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

Боли в животе у женщины могут быть вызваны самопроизвольным абортом. Аборт — это прекращение беременности вследствие рождения плода до истечения 28 недель, когда плод человека еще нежизнеспособен. Самопроизвольный аборт происходит без какого-либо вмешательства самой женщины или других лиц и фиксируется в 5—15% случаев беременностей.

Причинами могут быть заболевания матери и плода, однако точное разграничение этих причин практически не всегда возможно. Среди заболеваний матери, приводящих к самопроизвольному аборту, преобладают острые инфекционные заболевания (например, воспаление легких, грипп) и хронические инфекционные заболевания (сифилис, туберкулез, токсоплазмоз и др.). Самопроизвольный аборт могут спровоцировать заболевания почек, гипертоническая болезнь, тяжелые пороки сердца, эндокринные расстройства, психические травмы, хронические отравления ртутью, бензином, никотином, алкоголем и др. Причиной может быть и несовместимость крови матери и плода, гинекологические заболевания — опухоли и воспаления половых органов, анатомическое недоразвитие половых органов, пониженное содержание витаминов в рационе беременной.

Самопроизвольный аборт начинается, как правило, тянущими болями внизу живота и в пояснице, необильными кровянистыми выделениями из влагалища беременной. При появлении обильных кровянистых выделений могут возникать состояния, угрожающие жизни, — сильные кровотечения, распространение инфекции и т. д.

Сохранение беременности на этой стадии аборта возможно при полном физическом, психическом и половом покое, применении гормональных препаратов, витаминов А, Е и других мероприятий, назначенных гинекологом.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ

Этим термином принято обозначать любое нарушение функции молочной железы. Диагноз обычно ставят в тех случаях, когда в молочных железах ощущается боль или болезненная припухлость, они набухают и (или) из сосков выделяется небольшое количество жидкости. Припухлости определяются в виде плотных образований различной величины и формы; чаще они наблюдаются в обеих железах и сопровождаются тупыми болями. Множество маленьких безболезненных бугорков не должны вызывать опасений — это нормальная ткань молочной железы.

Возникает фиброзно-кистозная мастопатия преимущественно в молодом возрасте и часто связана с воспалительными заболеваниями женской половой сферы, абортами. Киста — это наполненное жидкостью образование, которое растет внутри молочной железы. Снаружи она гладкая, внутри неплотная, поэтому при пальпации иногда можно ощутить внутри жидкость. Однако если жидкости много, то она может быть плотной на ощупь. Иногда кисты бывают весьма болезненными при исследовании.

Только специалист может точно поставить диагноз. Мастопатия опасна тем, что иногда может переродиться в опухоль, поэтому женщины, обнаружившие у себя вышеописанные симптомы, должны наблюдаться у хирурга или онколога.

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Возникновению эрозии способствуют патологические выделения из канала шейки матки, под влиянием которых происходит мацерация и десквамация многослойного плоского эпителия. Эндцервит и цервицит также нередко приводят к образованию эрозии шейки матки вокруг наружного зева.

Симптомы: часто жалобы отсутствуют, и эрозию обнаруживают во время профилактического осмотра или других исследований. Однако нередко появляются слизисто-гнойные выделения, иногда контактные кровотечения.

Распознавание эрозий не представляет затруднений при исследовании с помощью зеркала.

ЯИЧНИКОВ ВОСПАЛЕНИЕ (ООФОРИТ)

Воспаление яичников развивается в результате распространения инфекции из матки, труб или метастатическим путем при тонзиллитах и других заболеваниях.

Симптомы: в острой стадии — резкая боль, высокая температура, яичники увеличены, отечны, болезненны. В хронической стадии — гнойные бели, боль в паху, усиливающаяся при менструации, половом сношении, физическом напряжении, с иррадиацией в бедро и крестец.

МУЖСКИЕ БОЛЕЗНИ

АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОСТАТИТ

Простатит — воспаление предстательной железы вследствие проникновения в нее инфекции гематогенным путем или из мочеиспускательного канала.

Симптомы: учащенное и болезненное мочеиспускание, наличие в моче гнойных нитей, ощущение жара в области промежности. При пальпации предстательной железы — болезненность и увеличение ее долей.

ВОДЯНКА ЯИЧКА

Водянка яичка (гидроцеле) — это скопление жидкости в оболочках яичка, возникающее вследствие затруднения ее оттока по сосудам. Водянка яичка может быть врожденной или возникать при его воспалительных заболеваниях (например, при орхите, эпидидимите), при травмах или опухолях, паховых грыжах и расширении вен семенного канатика.

Симптомы: мошонка увеличивается в размерах, становится болезненной при надавливании. Болезненный процесс наблюдается чаще с одной стороны.

Лечение этого заболевания направлено на устранение основной причины. При хроническом течении применяют хирургическое вмешательство.

ОРХИТ

Наиболее частые причины орхита — инфекции. Как правило, болезнь является осложнением инфекционных заболеваний (например, свинка — эпидемический паротит), инфекции предстательной железы, придатка яичка (эпидидимит), туберкулеза, сифилиса, гриппа, гонореи и других заболеваний. Орхит может возникнуть и вследствие травмы яичка. Это очень опасное осложнение, так как может необратимо повредить одно или оба яичка и вызвать бесплодие.

Симптомы: обычно орхит начинается остро — яичко быстро увеличивается в размерах, становится напряженным и болезненным, поверхность его становится гладкой вследствие скопления жидкости в его оболочках. Мошонка болезненна, отечна с одной стороны и кажется необычно тяжелой. Температура тела повышается. Наблюдаются слабость, разбитость, тошнота, общее недомогание. Обычно через две-три недели эти явления стихают, хотя в отдельных случаях возможно нагноение и даже омертвление яичка.

Лечение орхита проводит врач. Назначаются поддерживающие яичко средства (суспензории), постельный режим, болеутоляющие и антибактериальные средства. При нагноении производят вскрытие гнойника. При длительном, рецидивирующем течении орхита в редких случаях производят удаление пораженного яичка.

ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА

Наиболее опасным состоянием, сопровождающимся болями в яичке, является его перекручивание. В этом случае яичко поворачивается на семенном канатике, в результате чего страдает крово-

снабжение, и без лечения яичко может погибнуть. Обычно это случается в одной стороне мошонки, чаще слева.

При перекручивании у детей и подростков наблюдается резкая и сильная боль в яичке или вокруг него. Боль может распространяться на низ живота, мошонка опухает, становится красной и болезненной при пальпации. Яичко подтягивается. Боль может усилиться при вертикальном положении тела.

Иногда боли сопровождаются тошнотой, рвотой, ознобом, а также головокружением и даже обмороком.

При возникшем перекруте яичка в экстренном порядке больной должен быть доставлен к врачу-урологу или хирургу. Во время транспортировки необходимо обеспечить покой яичку, можно приложить холод.

После установления точного диагноза врач предпримет попытку осторожно раскрутить семенной канатик и вернуть яичко в нормальное анатомическое положение. Однако нередко это можно сделать только с помощью хирургического вмешательства.

ТРАВМЫ ЯИЧКА

Боли при травмах яичка (ушиб, ранение и т. п.) проявляются резкой болью, отеком мошонки, кровоизлиянием в нее. Лечение — только после срочного осмотра и под контролем врача.

При ушибах яичка прежде всего назначают покой, который обеспечивается надеванием суспензория, прикладывают холод на мошонку, назначают постельный режим. Возможен прием обезболивающих препаратов. При ранениях яичка производят хирургическую операцию.

УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВО-МОШОНОЧНАЯ ГРЫЖА

Пахово-мошоночная грыжа представляет собой выход внутренних органов живота в мошонку без нарушения целостности ее кожных покровов. Это может происходить из-за врожденного незаращения отверстия, через которое яичко к моменту рождения опустилось в мошонку; несоответствия давления в брюшной полости и сопротивляемости стенки живота, вследствие чего орган брюшной полости (чаще кишка) выталкивается в мошонку вдоль семенного канатика.

При кашле, натуживании или другом физическом напряжении кишечные петли могут выскользнуть в мошонку и ущемиться в грыжевом кольце. Ущемление является тяжелым осложнением грыжи. При этом состоянии больные отмечают боли в области мошонки

и внизу живота, а иногда схваткообразные боли в других его отделах. Грыжа перестает вправляться в брюшную полость, яичко может увеличиваться в размерах.

Внимание! Если ущемленную пахово-мошоночную грыжу не оперировать в срочном порядке, может наступить гибель ущемленного органа. Попытки вправить пахово-мошоночную грыжу при ее ущемлении также могут привести к серьезным, угрожающим жизни осложнениям.

ЭПИДИДИМИТ

Другой причиной боли в яичке является эпидидимит. Это воспаление придатка яичка, который расположен в мошонке и лежит на самом яичке. Придаток яичек — это трубка, по которой переносится сперма.

Причина этого заболевания — чаще бактериальная инфекция, вследствие попадания в придаток неспецифических (стафилококки, стрептококки и другие инфекции) и специфических (например, при туберкулезе, гонорее, сифилисе, бруцеллезе) микроорганизмов.

Симптомы острого эпидидимита. Внезапно начавшиеся боли в мошонке, нередко отдающие в паховую и подвздошную области, нарастающие припухлость и покраснение мошонки, увеличение, уплотнение и резкая болезненность придатка, возможно повышение температуры тела, слабость, разбитость, тошнота, общее недомогание. При эпидидимите боль усиливается постепенно, в течение нескольких часов или дней. Обычно боль возникает только с одной стороны и несколько облегчается, если приподнять больное яичко у стоящего больного. При хроническом эпидидимите мошонка обычно не изменена, придаток яичка умеренно увеличен, уплотнен, малоболезненный.

Лечение. Врач обычно сначала принимает меры, чтобы определить причину боли. Проводится ультразвуковое исследование, чтобы выяснить, не являются ли причиной боли перекручивание или другое нарушение. С целью быстрого обезболивания к мошонке прикладывают пакеты со льдом, дают обезболивающие препараты и надевают суспензорий.

При остром воспалении придатка яичка назначают постельный режим, антибиотики, так как причиной заболевания является бактериальное заражение; при хроническом воспалении применяют антибактериальные препараты, физиотерапевтические процедуры.

Иногда (если болезнь переходит в хроническую форму; при туберкулезе придатка) для облегчения состояния больного может по-

надобиться оперативное вмешательство. Если больной имеет сексуального партнера, то ему также необходимо пройти курс лечения.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ТАЗА

ГЕМОРРОЙ

Геморрой — самое распространенное заболевание прямой кишки. С каждым годом количество пациентов, страдающих этим недугом, все возрастает, причем в основном за счет пациентов работоспособного возраста.

Основными проявлениями геморроя является выпадение геморроидальных узлов, кровотечение из них, зуд в области анального отверстия. Предрасполагающими развитию геморроя является сидячий образ жизни, длительное пребывание за рулем, чрезмерные физические нагрузки, беременность, злоупотребление алкоголем, важное значение имеет также наследственный фактор.

Кровотечение из прямой кишки является симптомом не только геморроя, но и более грозных заболеваний, поэтому при появлении первых симптомов рекомендуется проконсультироваться с проктологом.

Симптомы. Геморрой протекает двумя путями — остро и хронически, но по существу это фазы одного и того же процесса. При хроническом геморрое происходит выделение алой крови во время дефекации, выпадение геморроидальных узлов, тупая непрекращающаяся боль в заднем проходе, зуд. В то время как при остром геморрое возникает воспаление в узлах, что приводит к резкой болезненности в области ануса.

Хроническое течение подразделяют на 4 стадии:

- 1-я стадия характеризуется выделением алой крови во время дефекации, без выпадения геморроидальных узлов.
- 2-я стадия характеризуется выпадением геморроидальных узлов, которые впоследствии самостоятельно вправляются.
- 3-я стадия характеризуется выпадением геморроидальных узлов, с необходимостью их ручного вправления в анальный канал.
- 4-я стадия характеризуется выпадением геморроидальных узлов, без возможности их обратного вправления.

Острое течение геморроя подразделяется на 3 стадии:

- 1-я стадия характеризуется тромбозом геморроидальных узлов без их воспаления.

- 2-я стадия характеризуется присоединением воспаления.
- 3-я стадия характеризуется воспалением окружающих геморроидальный узел тканей.

Пациентам с 1-й и 2-й стадией геморроя возможно выполнение малоинвазивных методов лечения: склеротерапия, лигирование латексными кольцами, фотокоагуляция, криотерапия. Противопоказаниями для использования данных методов являются: тромбоз геморроидальных узлов; анальная трещина; острый и хронический парапроктит, а также другие воспалительные заболевания анального канала и промежности.

ПАРАПРОКТИТ

Парапроктит — это гнойное воспаление клетчатки около прямой кишки и заднепроходного отверстия. Болезнь вызывают проникновение микробов в клетчатку через трещины или расчесы кожи в области заднего прохода, воспаленные геморроидальные узлы, повреждения слизистой оболочки прямой кишки и другие последствия запоров. Заболевание чаще встречается у мужчин.

Симптомы и течение: острые боли в области прямой кишки, болезненность при дефекации, повышение температуры, появление плотной припухлости в области заднего прохода или ягодиц. Невскрытый гнойник может прорваться наружу с образованием свища, тогда болезнь принимает хроническое течение с обострениями.

При всех формах парапроктита требуется срочное вскрытие гнойника. В первые два дня после операции больному дают только жидкость, а начиная с третьего дня, назначают диету, бедную шлаками. Проводят курс лечения антибиотиками.

ТРАВМЫ ТАЗА

Нередко возникают повреждения мягких тканей, костей таза и сочетанные повреждения — например, перелом лобковых костей и разрыв мочевого пузыря, перелом седалищной кости и разрыв уретры.

При легких травмах области таза (ушибы, ссадины, небольшие ранения) необходимо исключить повреждение костей и внутренних органов. При отсутствии серьезных повреждений лечить пострадавшего следует такими же способами, как лечат обычные ушибы, ссадины, раны. Местно прикладывают холод, обеспечивают покой, прием обезболивающих препаратов до стихания боли. Ссадины и поверхностные раны обрабатывают антимикробными средствами и накладывают асептическую повязку. В случаях перело-

мов костей таза тактика другая: пострадавший нуждается в срочном обследовании и лечении у травматолога.

При переломах подвздошных костей отмечаются боль, припухлость, напряжение мышц живота на стороне повреждения. Боль усиливается при активных движениях (например, сгибание и отведение ноги). При переломе крестца помимо боли, припухлости, кровоподтека и деформации могут быть боли, отдающие в ноги и ягодичную область вследствие травмы проходящих здесь нервных корешков. Перелом копчика, который чаще возникает у людей зрелого и пожилого возраста при падении на ягодицы, характеризуется болью в области повреждения, которая усиливается в положении сидя и при опорожнении прямой кишки.

При переломах лобковой и седалищной костей отмечаются боли в месте перелома, усиливающиеся при легком сдавлении таза и при ощупывании, а также при попытке больного лежа пошевелить ногами или передвигаться. Пострадавший не может оторвать от постели выпрямленную ногу — «симптом прилипшей пятки». Часто имеют место нарушения мочеиспускания из-за травмы мочевого пузыря или мочеиспускательного канала. Самыми тяжелыми являются множественные переломы костей таза, которые сопровождаются обширными кровоизлияниями под кожей, ее отслойкой. Наблюдается отек мягких тканей промежности, постепенно кровоподтек доходит до бедер. Тяжелые переломы костей таза в большинстве случаев сопровождаются значительной кровопотерей и шоком.

ТРЕЩИНЫ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Трещины заднего прохода обычно являются следствием так называемых «родов калового камня» — полутвердых каловых масс, несоответствующих по диаметру максимально возможному диаметру анального отверстия. Они возникают при запорах и вызывают сильные боли при дефекации, иногда и вне ее. Иногда боль не связывают с нарушением стула.

Расположение трещин обычно радиальное. Разрывы в такой активной области кажутся людям серьезной проблемой, но анальные трещины лечатся специалистами быстро и эффективно. При длительном существовании края трещин подвергаются ороговению, тогда лечить их сложнее.

Лечат боли, связанные с наличием трещины, с помощью различных умягчителей стула, смягчающих мазей и сидячих горячих ванн и путем введения в анальный канал обезболивающих мазей

или свечей. Подобные лекарства и мази продаются в любой аптеке, поэтому допустимо попробовать сначала полегчить самостоятельно. Главное, устранить источник заболевания — запоры.

Лечение свежих трещин сначала консервативное: личная гигиена, устранение запоров, смазывание бороментоловой мазью, теплые микроклизмы с отваром ромашки и новокаином.

Если боль в течение недели не проходит, обратитесь к врачу. Он, скорее всего, назначит обезболивающую новокаиновую блокаду, а в случаях, не поддающихся консервативному лечению, иссечет трещину и зашьет ее.

ТРОМБОЗ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Геморрой, если его не лечить, иногда вызывает осложнения. В геморроидальных узлах могут образовываться болезненные сгустки крови (тромбы). Если геморрой осложняется тромбозом, то циркуляция крови в венах заднего прохода нарушается, в них повышается давление, кровь начинает распирает ткани, вызывая болезненную припухлость, которую сам больной может обнаружить на ощупь; кроме этого возникают запоры, повышается температура. В области заднего прохода определяются плотные болезненные геморроидальные узлы, при ущемлении принимающие синюшную окраску.

Несмотря на столь неприятные проявления, тромбоз при геморрое обычно рассасывается за несколько дней. Одновременно с этим исчезают и боли. Рассасыванию способствуют сидячая горячая ванночка в течение часа (дважды в день), мази и свечи. Чтобы немедленно облегчить боль, врач может вскрыть тромбированную вену и удалить возникший в ней тромб. Это очень легкая и почти безболезненная операция, а результаты ее радикальны.

БОЛЕЗНИ МЫШЦ, СУСТАВОВ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

АРТРИТ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ

Является очень серьезным заболеванием, при котором наблюдается высокая смертность. Развивается вследствие проникновения микроорганизмов в полость сустава при резаных, рубленых и колотых ранах, размозжениях и огнестрельных ранениях. Иногда гнойные артриты развиваются вследствие ранений окружающих сустав мягких тканей, при инфицировании которых гнойный про-

цесс может перейти на капсулу сустава и распространиться на его внутреннюю (синовиальную) оболочку.

Для острого гнойного воспаления сустава характерны острое начало заболевания, все более усиливающиеся боли, высокая температура. Больной стремится придать суставу полусогнутое положение, при котором увеличивается полость сустава и накопление жидкости дает меньшую болезненность.

Лечение острых гнойных артритов может быть терапевтическим и хирургическим. В первом случае применяются антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты и лекарственные растения, обладающие противовоспалительными свойствами. Одновременно проводят общее лечение, направленное на повышение защитных сил организма и подавление инфекции, прорывающейся в общий ток крови. Пораженный сустав, а иногда и вся конечность должны быть в гипсовой повязке. Если улучшения не наступает, может быть рекомендовано промывание сустава антибиотиками.

Очень важным моментом профилактики острого гнойного артрита является первичная обработка раны при проникающей травме сустава.

АРТРИТ ГРИППОЗНЫЙ

О том, что грипп является инфекционным заболеванием, всем хорошо известно, между тем не все знают, что в результате гриппа могут возникнуть различные осложнения в суставах. Интерес в этом отношении представляют заболевания суставов, которые развиваются после эпидемического гриппа. Грипп начинается повышением температуры, общим недомоганием, насморком, головной болью, болью в глазных яблоках, пояснице и др. Заболевание суставов может развиваться в течение самого гриппозного процесса или через 10—15 дней после него.

Хорошо известно, что грипп может обострять различные хронические инфекции, гнездящиеся в организме, а также старые заболевания суставов. При гриппе выделяется две формы заболевания суставов — короткая и затяжная. Первая характеризуется появлением болей и припухлости нескольких суставов и заканчивается в период от нескольких дней до 2—3 недель. При второй форме отмечаются длительная температурная реакция в пределах $37-37,5^{\circ}$, воспалительные явления в суставах на протяжении ряда месяцев. Разрушения костно-суставных элементов при гриппе обычно не наблюдается.

АРТРИТ ОБЕЗОБРАЖИВАЮЩИЙ (ДЕФОРМИРУЮЩИЙ)

Это заболевание чаще встречается в зрелом возрасте, хотя в виде исключения наблюдается у лиц любого возраста, даже у детей, причем чаще поражается один или два сустава (тазобедренный, плечевой), редко в процесс вовлекаются мелкие сочленения. Начало заболевания очень медленное и незаметное. В раннее здоровом суставе начинают постепенно ограничиваться движения.

Первыми симптомами являются болевые ощущения и затруднения движений в пораженном суставе. Больной при заболевании тазобедренного сустава ощущает боли не в области данного сустава, а в направлении к бедру, к колену или же к крестцу. Довольно рано больные начинают ощущать легкий хруст и скрип, а затем и сильный треск, ясно слышимый даже на расстоянии. При осмотре бросается в глаза похудение мышц вокруг сустава. При надавливании на сустав появляется болезненность. При движениях боли усиливаются, затем движения ограничиваются, сустав теряет форму и, в конце концов, обезображивается.

При рентгенологическом исследовании сустава обнаруживается сужение и изменение суставной щели, разрастание и выступание костных шипов, похудение (атрофия) костной ткани. Течение этой болезни носит хронический характер. В наиболее благоприятных случаях наблюдается длительное затишье заболевания, сопровождающееся улучшением функции больной конечности.

АРТРИТ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ

Заболевание возникает при часто повторяющейся механической микротравме (работа с отбойным молотком, сверлом и т. д.). Травматический дистрофический артрит проявляется скованностью, неловкостью движений, тупыми болями в суставах, мышцах и периферических нервах (больше в утренние часы или в конце трудового дня). Травматический артрит обычно не сопровождается изменениями в суставах, лишь при движении сустава в нем появляется хруст. Иногда могут возникнуть бурситы, тендовагиниты, но никогда не бывает анкилозов и контрактур (ограничение движения в суставе).

ВЫВИХИ

Вывих — стойкое смещение суставных концов костей из нормального соединения в суставе. При такой травме концы костей

больше не скрепляются связками — связки могут растянуться и даже разорваться.

Основные признаки травматического вывиха: резкая боль, изменение формы сустава, невозможность движений в нем или их ограничение, припухлость и кровоизлияние в окружающие сустав ткани, невозможность шевелить поврежденной конечностью. Некоторые пострадавшие отмечают хлопок, слышимый или ощутимый в момент травмы. Если поврежден нерв, наблюдается снижение чувствительности. Если вывихнутая кость давит на артерию, отмечаются бледность кожи, покалывание, слабый пульс, охлаждение кожи ниже места травмы.

- Оказывая первую помощь пострадавшему на месте происшествия, нельзя пытаться вправлять вывих, т. к. это часто вызывает дополнительную травму.

- Не позволяйте пострадавшему двигать поврежденной конечностью. Это усилит боль и может вызвать болевой шок. Необходимо обеспечить покой поврежденному суставу путем его обездвиживания. Чтобы предотвратить отек и уменьшить боль, приложите к поврежденному месту холод (пузырь со льдом или холодной водой). Но сначала заверните его в полотенце, чтобы он не касался кожи. Если вывих сопровождается раной, на рану предварительно накладывают стерильную повязку.

Нельзя применять согревающие компрессы.

- Как можно быстрее обеспечьте доставку пострадавшего к врачу, иначе ему будет труднее вправить вывих.

К тому же чем быстрее удастся вернуть вывихнутые части в нормальное положение, тем быстрее они начнут заживать и тем меньший ущерб будет нанесен мягким тканям, нервам и кровеносным сосудам. Лучше, если вправление вывиха будет сделано до появления отеков и развития мышечного спазма.

КОНТРАКТУРЫ

Это вынужденное ограничение подвижности сустава. Контрактура может быть вызвана рубцовыми изменениями кожи после сильных ожогов, гнойными и воспалительными процессами в мышцах, длительным пребыванием мышц в одном положении и т. д.

Контрактуры можно разделить на две большие группы: симптоматические (возникают после нагноительных процессов) и травматические (возникают на почве рубцовых изменений в мышцах). Встречаются и неврогенные контрактуры, возникающие в результате заболеваний периферической или центральной нервной системы.

Для предупреждения развития контрактур больной и лечащий врач должны принять соответствующие предупредительные меры — это правильная иммобилизация, своевременное назначение теплового лечения, дозированность пассивных и активных движений, а также механо-, физиотерапия.

Лечение контрактур обычно бывает длительным. Хорошие результаты дают (в ранние сроки заболевания) грязелечение в сочетании с йодистым калием и новокаином, влажные повязки с ронидазой в течение 40 дней (все процедуры проводит врач!).

Лечение развившихся стойких контрактур проводится в специализированных ортопедических лечебных учреждениях.

Разработка сустава после снятия гипса. После того как гипсовая повязка снята, необходимо 2—3 раза в день делать теплые ванночки для поврежденного сустава. Температура воды должна соответствовать температуре тела. Рекомендуется использовать для ванночек раствор морской соли (1 столовая ложка на литр воды).

Согрев в растворе морской соли ногу, начинайте гимнастику прямо в воде. Ногу или руку следует плавно сгибать и разгибать несколько раз, выполняя движения, свойственные суставу. Движения конечности должны быть осторожными и не очень сильными. Массировать сустав не стоит, лучше поглаживать его круговыми движениями.

Обычно любая гипсовая повязка, сдавливая сосуды, приводит к нарушению венозного оттока и местным нарушениям кровообращения. Поэтому в первые две-три недели после снятия гипса больному надо бинтовать ногу или руку эластичным бинтом, снимая его только вечером.

МИОЗИТ

Воспаление мышц — миозит — может возникать как осложнение различных заболеваний (например, гриппа). Частой его причиной является травма или перенапряжение мышц вследствие непривычной физической нагрузки. Так, миозит могут спровоцировать сельскохозяйственные работы, занятия спортом без предварительной тренировки или после продолжительного перерыва, особенно в холодное время года и с плохо подобранным инвентарем.

При миозитах больные жалуются на ноющие боли в мышцах, которые усиливаются при движениях. Ощупывание этих мышц резко болезненно, в них определяются плотные тяжи и узелки. Активные движения с участием перегруженных мышц усиливают боль. При пассивном их растягивании также нарастает болезнен-

ность, особенно если это делается слишком резко. Чаще жалобы после нагрузки появляются не сразу, а через некоторое время (например, на следующий день).

Для того чтобы уменьшить болезненность мышц и их расслабить, рекомендуется принять теплый душ, тепло одеться, избегать повторных перегрузок. При ограниченном миозите (например, в мышцах предплечья) можно сделать ванночку с температурой воды до 37–39 °С или массаж с помощью кусочка льда. Для этого из холодильника берут кубик льда (примерно 2 см), оборачивают его тканью так, чтобы лед не слишком быстро таял, оставляют одну из граней кубика свободной. Лед прикладывают к наиболее болезненному месту и держат до ощущения небольшого онемения или ломоты. После этого лед плавно перемещают на соседние участки. Общее время холодного массажа составляет около 15 минут, по мере таяния лед можно заменить. После окончания процедуры болезненную мышцу аккуратно растягивают, выполняя пассивное движение в направлении, обратном тому, которое производит мышца активно. Делать это следует очень осторожно и медленно, постепенно увеличивая объем движений. При этом боль иногда незначительно усиливается, но затем существенно уменьшается или исчезает вовсе.

Можно дополнительно растереть болезненную область разогреваемой растиркой (никофлекс, финалгон), наложить компресс или очень нежно втереть мазь с обезболивающими или противовоспалительными ингредиентами (бутадиеновая мазь, индометациновая мазь). Можно принять одну или две таблетки аспирина, парацетамола или их аналогов. В дальнейшем следует обратиться к врачу.

В лечении миозита большое значение имеет общий массаж. При остром миозите его назначают для оказания противовоспалительного, обезболивающего и рассасывающего действия. В первые дни заболевания обычно применяется щадящий поверхностный массаж, включающий поглаживание и легкую вибрацию с переходом в последующие дни на средний массаж. Целесообразно сочетание массажа с тепловыми процедурами.

МИОФАСЦИАЛЬНАЯ БОЛЬ

Миофасциальный синдром — распространенное заболевание, которое характеризуется постоянными мышечными болями, мышечным спазмом, уплотнениями и слабостью мышц, а иногда и нарушением функции.

На кожной поверхности в проекции одной или нескольких мышц и их фасций появляются отграниченные участки выраженной болезненности (триггерные точки). При пальпации пораженной мышцы над триггерными точками можно обнаружить плотные тяжи. Признаки нарушения вегетативной функции включают спазм мелких сосудов (бледность кожи) и «гусиную кожу» над пораженными мышцами.

Диагноз миофасциального синдрома можно поставить на основании характера болей и пальпации триггерных точек, при которой возникают боли. Чаще всего триггерные точки локализуются в мышце, поднимающей лопатку, в жевательных мышцах, квадратной мышце поясницы и средней ягодичной мышце. В двух последних случаях возникают боли в пояснице. Хотя миофасциальные боли могут пройти сами и без последствий, тем не менее у многих больных такие скрытые точки сохраняются.

ОСТЕОХОНДРОЗ

Остеохондроз — болезнь человека, как биологического вида. Массовая заболеваемость связана прежде всего с вертикальным положением человека, при котором нагрузка на позвоночник и межпозвоночные диски значительно выше, чем у животных. Развитию и обострению остеохондроза позвоночника способствуют макро- и микротравмы, статические и динамические перегрузки, а также вибрация.

Различают шейный, грудной, поясничный, крестцовый и распространенный остеохондроз. Чаще всего диагностируется поясничный остеохондроз (свыше 50% случаев), шейный (более 25%) и распространенный (около 12%).

Остеохондроз шейного отдела позвоночника встречается гораздо чаще, чем остеохондроз поясничного отдела. Изменения в межпозвоночных дисках вызывают вторичные изменения межпозвоночных суставов, что в свою очередь приводит к сужению межпозвоночных отверстий и сдавлению спинномозговых корешков.

Основным симптомом является боковое сдавление корешков спинного мозга костными разрастаниями, а следовательно — боль. Она часто сопровождается возникновением необычных ощущений, нарушениями функции мышц. Нарушается объем движений в шее. Эти движения при заболевании ограничены и сопровождаются болями и хрустом. Часто шейный лордоз сглажен, а голова наклонена в большую сторону.

Для остеохондроза шейного отдела характерны постоянные или приступообразные (в виде прострелов) боли в шее. Боль интенсив-

ная, чаще односторонняя, усиливается после сна и при резких поворотах шеи. Определяется напряженность шейных мышц.

ПОВРЕЖДЕНИЯ МЫШЦ СПИНЫ

Мышцы спины обычно повреждаются при внезапном, резком или чрезмерном их сокращении. В этих случаях больные немедленно испытывают резкую боль, которая усиливается при малейшем движении. Затем обнаруживается кровоподтек. Разрывы мускулатуры спины чаще встречаются в поясничном отделе. Хотя разрыв мышц носит одномоментный характер, последующие функциональные расстройства длятся месяцами.

Растяжение позвоночника обычно является следствием внезапного поворота или наступает при выполнении работы, связанной с чрезмерными усилиями. В легких случаях наблюдается частичный разрыв связочного аппарата, в более серьезных — полный разрыв связок, соединяющих задние отделы позвонков. В этих случаях больные очень шадят спину из-за резких болей. Наступает скованность туловища. Движения в позвоночнике резко ограничены.

Разрывы обычно сопровождаются кровоизлияниями как в мышцу, так и в спинной мозг, особенно в мозговые оболочки.

Переломы тел позвонков. Чаще всего эти переломы наступают вследствие сдавления при общей травме организма, например, при падении с большой высоты, во время автомобильной или железнодорожной катастрофы. Сдавление (компрессия) позвонков чаще отмечается в ниже-грудном отделе позвоночника.

В результате перелома тела позвонка образуется ненормальное искривление позвоночника (кифоз). Тело вышележащего позвонка оседает, промежуток между остистыми отростками позвонков расширяется. На рентгеновском снимке можно определить клиновидное сплющивание тела пострадавшего позвонка.

Больные жалуются на резкие боли, усиливающиеся при нагрузке на позвоночник даже тогда, когда человек находится в вертикальном положении. Эти болевые ощущения наступают вследствие сдавления корешков спинно-мозговых нервов.

Вместе с переломом тел позвонков происходят переломы дужек. Перелом дужки позвонка наблюдается чаще при непосредственном нажиме. В этих случаях отмечается боль, ограничение подвижности в позвоночнике и напряжение мышц спины.

Во время травмы повреждаются и другие элементы позвонка — остистые и поперечные отростки. Самым постоянным признаком является боль. В зависимости от того, какие позвонки повреждаются,

боли могут ощущаться в любом отделе позвоночника (шейном, грудном, поясничном); они могут отдавать в ноги, живот или вдоль ребер. В этих случаях затрудняется акт дыхания — больным становится больно и трудно дышать.

Повреждения позвоночника являются весьма серьезными и требуют большого внимания как врачей, так и больных. Необходимо принять все меры, чтобы не допустить развития горба и нарушения деятельности соответствующего отдела спинного мозга.

ПОДАГРА (МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АРТРИТ)

Болезнь, обусловленная нарушением обмена нуклеиновых кислот, при этом в крови и тканях значительно повышается уровень мочевой кислоты. В хрящах, сухожильных влагалищах, суставных сумках откладываются кристаллы мочекислого натрия и это приводит к частым приступам суставных болей.

Чаще подагрой болеют мужчины старше 40 лет. Большое значение в возникновении заболевания имеют такие факторы, как переизбыток, неправильное питание, сидячий образ жизни, злоупотребление мясом, алкоголем, кислыми и острыми продуктами.

Развивается болезнь медленно. Изменения в суставах сопровождаются воспалительной реакцией с дальнейшим нарушением их строения и функций. Чаще заболевание протекает в виде приступов. Острый подагрический приступ может начаться в любое время, но чаще это случается ночью. Предвестниками приступа могут быть такие симптомы, как психическая подавленность, диспепсия, чувство дискомфорта. Приступ начинается с появления сильных болей в одном или нескольких суставах (чаще поражаются большие пальцы стопы, мелкие суставы кистей рук). Боли при приступе бывают настолько сильными, что больной не дает прикоснуться к пораженному суставу; сопровождаются они припухлостью и покраснением кожи над суставом (иногда она может приобрести даже багровый цвет).

Общими симптомами болезни являются повышение температуры до 40 °С, обложенный язык, вздутие кишечника, понос или запор, увеличение и болезненность печени. Острый подагрический приступ обычно продолжается три-четыре дня, затем боли постепенно стихают и общее состояние больного улучшается. Периодичность приступов может быть различной — от нескольких месяцев до года.

Хроническая подагра. После первых острых приступов местные изменения почти бесследно исчезают, однако в дальнейшем,

постепенно нарастают стойкие изменения в больном суставе: ограничение подвижности пораженного сустава, изменение его формы и утолщение. Мягкие ткани вокруг сустава постоянно отечны, кожа над ними истончается и может даже прорваться. В этом случае через образовавшийся свищ выделяются белые массы кристаллов мочекислых солей. Возникают многочисленные поражения суставов, которые ведут к их деформации, возникновению контрактур и подвывихов.

ПОЛИАРТРИТ ИНФЕКЦИОННЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ

По частоте значительно уступает ревматическому, а по тяжести значительно превосходит не только его, но и все другие формы артритов.

Причины этого заболевания точно не известны.

Болезнь начинается остро — с резкого повышения температуры до 39—40 градусов и появления болей в пораженных суставах. Суставы опухают, увеличиваются, деформируются, болезненны при движении и пальпации, кожа над ними имеет повышенную температуру. Чаще поражаются симметричные суставы: лучезапястные, пястнофаланговые, голеностопные, коленные. Очень быстро развивается атрофия мышц в области пораженных суставов и эта атрофия имеет тенденцию прогрессировать при повторных обострениях заболевания.

При невылеченном остром неспецифическом полиартрите болезнь переходит в подострую форму.

Болезнь всегда обостряется при простудных заболеваниях, при переутомлении и ослаблении иммунных сил организма. При этом в процесс часто вовлекаются новые суставы.

ПОЛИАРТРИТ РЕВМАТИЧЕСКИЙ

Характеризуется острыми болями в одном-трех суставах, их опуханием, иногда покраснением кожи, резким или значительным болевым ограничением подвижности воспаленных суставов, быстрым и значительным повышением температуры. Чаще всего поражаются крупные и средние суставы конечностей (коленные, голеностопные, локтевые, плечевые и т. д.). Гораздо реже поражаются мелкие суставы кистей, позвоночника. Чаще поражаются симметричные суставы.

Для ревматического полиартрита характерна летучесть артрита, т. е. сравнительно быстрое стихание воспалительного процесса в одних и появление его в других суставах, а также доброкаче-

ственный характер течения артрита: воспаление заканчивается без клинически обнаруживаемых остаточных явлений артрита (спайки, тугоподвижность) и без остеопороза суставных отделов кости.

ПЕРЕЛОМЫ

При воздействии на кость чрезмерной силы (например, удар, падение) возникает так называемый травматический перелом; а при болезнях, сопровождающихся уменьшением прочности кости (например, опухоль), перелом происходит при действии значительно меньшей силы или самопроизвольно (врачи называют его патологическим). Одновременно с повреждением кости при переломах нарушается целостность окружающих мягких тканей, могут травмироваться расположенные рядом мышцы, сосуды, нервы, усиливая боль. Иногда кость ломается частично, т. е. образуется трещина — тогда перелом называется неполным. Полные переломы очень часто осложняются смещением отломков кости, наиболее часто это происходит в результате возникающего в ответ на боль сокращения мышц. У пожилых людей и стариков в результате снижения прочности костей и ухудшения координации движений переломы происходят чаще. Наиболее часто случаются переломы длинных трубчатых костей — плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, берцовых.

Симптомы перелома в типичном случае распознать несложно. Сразу после удара или падения у пострадавшего появляется резкая боль, он не может двигать конечностью, нарушается ее форма или изменяется длина по сравнению со здоровой стороной. Иногда пострадавший слышит треск ломающейся кости, после чего появляется необычная ее подвижность.

Переломы сопровождаются обширным кровотечением в расположенные рядом ткани. Оно проявляет себя синими пятнами, кровоподтеками, просвечивающими сквозь кожу. При смещении отломков костей нередко также повреждаются сосуды и нервы. В таких случаях отмечают побледнение, похолодание кисти или стопы, нарушается чувствительность кожи и если срочно не восстановить кровоснабжение, то возможна гибель тканей конечности. Иногда поломанные кости повреждают соседние органы. Например, при переломе ребра может пострадать легкое, при переломе позвоночника — спинной мозг, при переломе таза — мочевого пузыря.

Главные задачи при оказании *неотложной помощи* пострадавшему с переломом — обездвижить поврежденную кость и прилегающие к ней суставы, а также обезболить.

Внимание! Ни в коем случае не следует пытаться сопоставить отломки кости, устранить изменение формы конечности (искривление) при закрытом переломе или вправить вышедшую наружу кость при открытом переломе.

• При открытом переломе нужно наложить на рану стерильную повязку. В случае сильного кровотечения необходимо принять меры к его остановке (например, с помощью кровоостанавливающего жгута). Чтобы не усиливать боль, переносить пострадавшего с переломом можно только на небольшие расстояния и лучше на носилках. Пострадавшего надо как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

РАСТЯЖЕНИЯ И РАЗРЫВЫ СВЯЗОК, МЫШЦ И СУХОЖИЛИЙ

Симптомы растяжения связок и мышц сходны — как правило, это сильная боль, особенно при движении (некоторые растяжения болят сильнее, чем переломы), отек в месте повреждения и боли, затруднение движений, болезненность при прикосновении к поврежденному месту, синюшные пятна под кожей или ее краснота.

Некоторые признаки могут отличать растяжения или разрывы связок и мышц. Так, если сустав оказался в неправильном положении и заболел сразу, это, скорее всего, растяжение связок (возможно даже перелом). А если мышцы болят на следующий день после физической перегрузки, то это, вероятнее всего, растяжение мышц. Характерным признаком разрыва или растяжения является нарушение движений в суставе, в зоне которого повреждена связка, или движений мышцы, если повреждается она сама либо ее сухожилие.

Обычно боль и другие симптомы повреждения связки появляются сразу же после травмы, однако сначала они могут быть не очень выражены. Только через несколько часов резко усиливается болезненность, появляется отек в зоне травмы, существенно нарушается функция сустава.

Разрывы сухожилий обычно протекают несколько тяжелее. Пострадавший часто сам слышит треск рвущегося сухожилия, затем ощущает боль и нарушение функции травмированной мышцы. Из-за сокращения поврежденной мышцы в месте разрыва можно прощупать боль и ямку — западение. При разрыве мышцы, в отличие от разрыва сухожилия, более выражено кровоизлияние, западение мышцы располагается дальше от места ее прикрепления, оно более заметно при напряжении мышцы.

Что следует делать при болях от растяжения и разрыва связок, сухожилий и мышц? Первая помощь при травмах подобного рода заключается в создании покоя для поврежденной конечности. Нельзя ее сильно напрягать, так как усиливается боль и расходятся разорванные концы. Конечности придают возвышенное положение, а также прикладывают холод (кулек со льдом или холодной водой) к зоне повреждения, обездвиживают поврежденный сустав с помощью импровизированной шины, чтобы предупредить нарастание отека околосуставных тканей, и направляют пострадавшего в больницу. Лед необходимо приложить как можно скорее, пока не начался отек. Даже минутное промедление замедлит заживление.

Во время транспортировки желательно создать возвышенное положение и максимальный покой для поврежденной области.

После констатации врачом частичного повреждения с целью снятия боли возможно лечение на дому.

СПОНДИЛЕЗ

Спондилез — это образование костных разрастаний передней продольной связки позвоночника. В основе его лежит отрыв от тела позвонка передней продольной связки, вызванный чрезмерным выпячиванием диска при движениях позвоночника. На месте отрыва образуется небольшое кровоизлияние, а затем костный нарост — остеофит.

По мере его нарастания под передней продольной связкой образуется костный вырост клювовидной формы, огибающий диск по направлению к соседнему позвонку. Этот процесс подсвязочного костеобразования не имеет никакого отношения к дистрофическим изменениям межпозвоночного диска.

СПОНДИЛОАРТРОЗ

Спондилоартроз — это дистрофическое поражение суставов позвоночного столба. Заболевание развивается в том случае, если возникает их перегрузка. Чаще всего такая патология отмечается у людей пожилого и старческого возраста, поскольку у них меньше анатомо-функциональные резервы, а также отмечаются нарушения формы позвоночника.

Спондилоартроз может развиваться как в сочетании с хондрозом, остеохондрозом, так и самостоятельно при деформациях позвоночника — гиперлордозах, сколиозах. В том и другом случае основная нагрузка перемещается на дугоотростчатые суставы. При этих нарушениях под постоянной нагрузкой оказываются связки, имеющие богатую иннервацию, появляются боли в области позвоночника.

СПОНДИЛОЛИСТЕЗ (СОСКАЛЬЗЫВАНИЕ ПОЗВОНКА)

Соскальзывание позвонка из своего ложа обычно развивается на протяжении многих лет; правда, отмечаются внезапные соскальзывания после травмы, но это явление очень редкое. Болезненные ощущения развиваются постепенно и тянутся годами.

При спондилолистезе боли отдают вниз, к ногам. Сосредоточиваются боли обычно в нижней поясничной части позвоночника, носят характер мучительной тяжести в пояснице. Боли начинаются с утра, всякое напряжение, а особенно сотрясение тела усиливают их. Нарушается форма туловища — вокруг талии появляется борозда, туловище укорачивается, лобок сильно выдается вперед. Походка у таких больных напоминает утиную. Сгибание позвоночника резко затруднено.

ТЕНДОВАГИНИТ

В большинстве случаев тендовагинит возникает в области кисти и лучезапястного сустава, реже — в области коленного и локтевого суставов. Начало болезни связано с проникновением микробов в сухожильные влагалища при ранениях, гнойных заболеваниях тканей (например, фурункул). Иногда тендовагинит может возникнуть не от попадания инфекции, а от чрезмерной нагрузки на сухожилия — например, после бега в неудобной обуви, особенно по жесткому грунту.

Лечение тендовагинитов должен проводить хирург. Во время транспортировки в больницу воспаленную область надо обезболить, не сдавливая воспаленные сухожилия и не нарушая крово- и лимфообращение. В большинстве случаев при гнойном тендовагините может потребоваться операция и антибактериальное лечение, а при тендовагинитах, связанных с перегрузкой, обычно назначают покой, теплые ванночки, полуспиртовые компрессы, компрессы с противовоспалительными мазями. Назначаются противовоспалительные и обезболивающие препараты.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛИТ (БОЛЕЗНЬ КЮММЕЛЯ)

Эта болезнь вызывается травмой. Достаточно бывает иногда сильного сгибания туловища или неудачного прыжка, чтобы возникло повреждение позвоночника. Боли при этом через несколько дней исчезают. Затем следует так называемый скрытый период

болезни, когда больной чувствует себя довольно хорошо, его ничто не беспокоит; через некоторое время боли вновь возобновляются, развивается тугоподвижность позвоночника. В это время уже начинается размягчение ушибленного позвонка с последующими изменениями его формы и образованием горба, все механические моменты сказываются отрицательно на больных, так как при этом усиливается давление на поврежденный позвонок. Необходимо подчеркнуть, что пострадавшие не придают значения незначительным травмам позвоночника и, не чувствуя особых болевых ощущений, считают себя «здоровыми» и продолжают работать. Между тем не вполне окрепшая мозоль расслабляется от физической нагрузки. Чаще всего этот процесс поражает грудной отдел позвоночника.

В отличие от туберкулезного спондилита, с которым травматический спондилит имеет некоторое сходство, горб при этой болезни не такой острый, как при туберкулезном спондилите. Кроме того, болезнь Кюммеля поражает преимущественно взрослых мужчин, а туберкулезный спондилит — главным образом детей.

Большое значение для уточнения диагноза имеет рентгенологическое исследование. Исход болезни Кюммеля вполне благоприятный, особенно при своевременном и правильном лечении.

Встречаются и другие многочисленные повреждения и болезни позвоночника. Как следствие, под влиянием различных болезненных процессов могут развиваться искривления позвоночника — кифозы.

УШИБЫ СУСТАВОВ

Ушиб (контузия) сустава получается при непосредственном воздействии какого-нибудь тупого предмета на область сустава при падении или ударе или когда человек падает на ноги и толчок передается на сустав — при этом его поверхности взаимно сталкиваются.

Наряду с ушибом синовиальной оболочки при повреждении отмечаются также и ушибы фиброзного слоя капсулы, сухожилий мышц и клетчатки. При механических повреждениях могут откалываться небольшие обломки или отрываться небольшие кусочки суставного хряща. В результате ушиба больные прежде всего испытывают болевые ощущения, развивается кровоизлияние в полость сустава. Это приводит к изменению формы сустава. Естественно, подвижность в суставе ограничивается и каждое движение вызывает боли.

При легких ушибах (когда повреждения костей и хряща не отмечается) через непродолжительное время при соответствующем

лечении наступает полное выздоровление. В тех случаях, когда кровоизлияние рассасывается плохо, могут возникнуть осложнения в виде нарушения движения в суставах. Кроме того, в результате раздражения синовиальной оболочки может развиться водянка сустава. Наличие воспалительных явлений, а иногда слишком длительный покой поврежденной конечности могут привести к тугоподвижности и даже анкилозу сустава.

Надо помнить, что при кровоизлиянии в сустав ничтожные повреждения кости могут служить входными путями для микробов, в результате чего может возникнуть нагноение. Поэтому ушиб сустава требует серьезного к себе отношения.

УЩЕМЛЕНИЕ НЕРВА

Шейный остеохондроз может привести к ущемлению нерва. При ущемлении нерва боль в шее ощущается только с одной стороны. Она резко усиливается при движении головы и может распространяться вниз по руке; иногда в руке или кисти возникает онемение или покалывание.

Чтобы устранить и предупредить неприятные ощущения, спите на твердой поверхности — лучше всего на жестком матрасе. Если матрас мягкий, подложите под него доски. Перестаньте пользоваться подушкой или замените ее на специальную, которая удерживает голову таким образом, чтобы шея не «провисала». Если такой подушки у вас нет, предупредить «провисание» шеи можно с помощью обычного полотенца: сверните его вдоль в длинную полоску 10 см шириной и на время сна оберните вокруг шеи, закрепив пластырем.

Облегчить спазмы и боль в шее поможет тепло (горячий душ, горячий компресс или грелка). Тепло можно использовать часто, но надо следить, чтобы не обжечь кожу. При острой боли применяют только легкое сухое тепло. Боль помогут облегчить аспирин или ибупрофен. Боль в шее, как и боль в спине, проходит медленно — на это может уйти несколько недель. При малейшей возможности проконсультируйтесь с врачом.

БОЛЕЗНИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

БУРСИТ

Это воспаление слизистых сумок сустава. Причиной заболевания могут быть травмы, механическое раздражение, инфекции. Различают бурсит острый и хронический.

При **остром бурсите** на месте слизистой сумки отмечается округлая ограниченная припухлость мягкой консистенции. Припухлость подвижна, легко сдвигается в стороны. Стенки сумки не спаиваются с кожей. Диаметр припухлости обычно 5–6 см, но иногда он достигает величины 9–10 см. Боли непостоянны и не бывают очень сильными. Полость суставной сумки заполнена прозрачной или слегка желтоватой жидкостью; при травматических бурситах эта жидкость часто бывает с примесью крови. При проникновении в суставную сумку инфекции может развиваться гнойный бурсит. По лимфатическим сосудам инфекция может быть перенесена в другие органы и ткани. При этом могут возникнуть такие заболевания, как рожа, абсцессы, фурункулез.

При своевременном лечении боль и припухлость постепенно исчезают, но часто появляется склонность к рецидивам. При малейшем повреждении сустава может снова возникнуть воспаление слизистой сумки.

Хронический бурсит развивается чаще всего в результате недолеченного острого бурсита, а также при систематическом механическом раздражении сустава. При хроническом бурсите все симптомы заболевания обычно сглажены, иногда большое скопление жидкости в сумке приводит к образованию кистозной полости (гигрома).

Профилактические мероприятия направлены на то, чтобы избежать продолжительного давления на слизистую сумку. При работе, связанной с ее постоянной травматизацией, следует одевать на сустав специальные защитные оберегающие повязки.

БУРСИТ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Бурсит — это воспаление так называемой синовиальной (суставной) сумки (бурсы), при котором в ее полости накапливается воспалительная жидкость. Наиболее часто он возникает в области локтевого отростка и коленной чашечки. Это нередко обусловлено особенностями профессиональной деятельности (горнорабочие, часовщики и др.). Постоянное механическое воздействие вызывает реактивное воспаление синовиальной сумки (бурсы) и скопление в ней жидкости.

Проникновение в бурсу микробов через микротравмы кожи в этой области приводит к развитию гнойного бурсита.

При остром бурсите отмечают умеренную болезненность, покраснение кожи в области сустава и болезненная припухлость. Воспалительный процесс может распространиться на сустав с раз-

витием артрита — усиливаются боли при движениях в суставе, изменяется его конфигурация.

При незначительно выраженной боли в области суставной сумки и при условии отсутствия повышенной температуры для уменьшения болей можно принять аспирин или парацетамол, обеспечить покой и возвышенное положение суставу на возможно более длительный срок. Это обычно приводит к существенному облегчению.

Если боль сохраняется или становится сильнее, необходима консультация хирурга или травматолога. Лучше обратиться к врачу сразу же после появления болезненного образования в области типичного расположения синовиальных сумок (локтевой или коленный сустав), поскольку специалист сразу определяет характер патологического процесса и назначает лечение. В начальных стадиях заболевания при серозном бурсите нередко проводят пункцию сумки с отсасыванием содержимого и введением в ее полость раствора антибактериальных, противовоспалительных и обезболивающих препаратов, после чего накладывают давящую повязку.

В запущенных случаях предпринимается оперативное вмешательство.

Для профилактики травматического бурсита необходимо носить на суставах, подвергающихся хроническому механическому раздражению, специальные защитные повязки.

При травме в области сустава рану обрабатывают растворами антисептических средств (спирт, йод и т. п.) и накладывают стерильную повязку.

БУРСИТ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ

Бурсит первого пальца стопы — это воспаление его суставной сумки. Появление болей связано со смещением первого пальца стопы в наружную сторону вследствие неправильного подбора обуви (например, обуви с узким тесным носком; такая обувь особенно губительна для стопы в сочетании с высоким каблуком). При этом кожа у основания пальца утолщается, палец смещается кнаружи, у основания пальца определяется твердый «нарост», кожа над ним краснеет. Боли при этом состоянии иногда очень мучительные, сильные и существенно затрудняют ходьбу. Они также сильно затрудняют подбор новой обуви.

Для снятия болей при бурсите первого пальца стопы назначаются тепловые процедуры, парацетамол или другие похожие обезболивающие препараты, но главное, надо принимать меры к восстановлению правильного анатомического положения первого

пальца. Для этого рекомендуется систематически класть небольшой тампон или прокладку между большим (первым) и вторым пальцами больной стопы так, чтобы палец располагался параллельно другим. Необходимо носить обувь с широким, просторным для пальцев носком, без высокого каблука, с высоким подъемом. Помогает уменьшить боль мягкая прокладка в месте наибольшей болезненности. Дома можно носить обувь с отверстием, вырезанным на месте пораженного сустава.

При выраженных болях проводятся внутрисуставные инъекции противовоспалительных препаратов. Для уменьшения боли индивидуально изготавливают специальную ортопедическую обувь с ямкой в области основания большого пальца.

В запущенных случаях прибегают к оперативному лечению.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ГОЛЕНИ

Варикозное изменение вен выражается в их мешковидном расширении, увеличении длины, образовании извилин и узлообразных клубков, распирающих болях и отеках. Заболевание чаще всего поражает вены нижних конечностей — голени и бедра. Женщины болеют примерно в три раза чаще, чем мужчины.

Один из ранних симптомов варикозного расширения — ощущение тяжести в нижних конечностях, особенно после длительного пребывания на ногах. Кажется, что мышцы ноги очень устали; лодыжки опухают и в конце дня чешутся. Вены становятся болезненными и воспаленными. Ночью больной может испытывать тупую или пронзительную боль и судороги в ногах.

Если не лечиться, то варикозное расширение вен имеет тенденцию к ухудшению. Со временем вены становятся жесткими и плотными, а иногда достигают по толщине размера пальца. Частыми осложнениями становятся язвы на ногах и кровотечения.

Необходимо носить эластичные бинты (повязки) или чулки для поддержания венозных стенок и предотвращения растяжения вен. Женщины с незначительным варикозным расширением вен могут носить эластичные колготки. Не носите тесные пояса, подвязки или другие стягивающие элементы одежды. Избегайте продолжительного сидения; когда есть возможность, приподнимайте ноги. Если у вас избыточный вес, непременно похудейте.

Хирургический способ лечения применяется как крайнее средство, необходимое только тем, у кого очень тяжелое состояние, вызывающее постоянное утомление, боль, припухлость.

ВРОСШИЙ НОГОТЬ

Довольно мучительную боль вызывает врастание наружного бокового края ногтевой пластинки в ткани большого пальца. Такое состояние возникает при длительном давлении тесной обуви на боковую поверхность пальца, а также при плоскостопии. Предрасполагающими факторами являются размягчение кожи вследствие повышенной потливости ног, недостаточный гигиенический уход за ногами, слишком короткое подстригание ногтей со срезанием их углов.

Симптомы врастшего ногтя: сначала появляются упорные боли в ногтевом валике, чаще по наружной его стороне. Палец в этом месте становится отечным, красным, мягкие ткани нарастают на край ногтевой пластинки. Боли усиливаются при ходьбе. Со временем в области врастания ногтя в мягких тканях ногтевого валика появляются изъязвления, разрастается легко кровоточащая (с гнойным отделяемым) грануляционная ткань. При надавливании на ногтевой валик или наружный край ногтя выделяется небольшое количество гноя.

На ранних стадиях заболевания при незначительном врастании ногтевой пластинки можно попытаться устранить боль путем срезаания врастающего края ногтя.

ВЫВИХИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

В коленном суставе может произойти вывих коленной чашечки и вывих голени. В первом случае надколенник смещается (чаще кнаружи) в положении полусогнутой в колене ноги при повороте бедра кнутри.

Вывих коленной чашечки. Как правило, вправление коленной чашечки может произвести без особого труда сам пострадавший, перемещая ее руками на место. В дальнейшем первая помощь включает обездвиживание сустава на время транспортировки с помощью стандартной лестничной шины или подручных средств. В больнице из полости сустава удаляют излившуюся кровь и накладывают гипсовую повязку.

Вывих голени относится к очень тяжелым травмам. Характерным признаком вывиха является изменение формы коленного сустава после травмы и невозможность движений в нем. Этот вывих нужно срочно устранять, но делает это врач. Для транспортировки пострадавшего конечность обездвиживают стандартной медицинской шиной или с помощью подручных средств.

МОЗОЛИ

Боль в стопе могут вызывать мозоли, представляющие собой утолщения эпителиального слоя кожи. Они могут быть твердыми или мягкими, напоминающими волдырь, заполненный жидкостью. Обычно мозоли располагаются на верхней поверхности пальцев. Вообще-то правильнее говорить не о мозолях, а о потертости. Они чаще отмечается на пятках и пальцах ног при повышенной потливости и неумелом уходе за кожей, и особенно часто — при неудачно подобранной обуви. Возникновению потертости выступающих частей стопы способствуют различные ее деформации — например, выраженное плоскостопие, отклонение пальца стопы кнаружи. У некоторых людей на пальцах бывает так мало подкожной клетчатки, что они очень сильно натираются друг о друга.

Вначале на стопе появляются краснота, отечность и болезненность кожи в области механического раздражения. Затем, если механическое действие на кожу продолжается, может образоваться пузырь, содержащий прозрачную жидкость (так называемая водяная мозоль). В некоторых случаях при продолжающейся травматизации в жидкости может появиться примесь крови (так называемая кровяная мозоль). При вскрытии пузыря на его месте образуется мокнущая поверхность, через которую, как через входные ворота, могут проникать различные возбудители инфекции. Нередко это приводит к развитию гнойного воспалительного процесса.

В случаях, когда травматизация кожи снижается, но это воздействие происходит постоянно, кожа в этом месте утолщается, становится сухой и грубой, при надавливании болезненной.

При появлении признаков потертости необходимо прежде всего устранить механическое воздействие на кожу. Если это невозможно (например, в условиях туристического похода), следует обмыть участок потертости водой, желательно обработать раствором марганцовокислого калия и закрыть бактерицидным пластырем, который не следует наклеивать на поврежденную кожу.

ТРАВМЫ КИСТИ

Кисть человека, манипулирующая различными предметами, ежедневно подвергается риску травмы от множества потенциально опасных действий.

Наиболее часто встречаются **ушибы кисти**. Для них характерны припухлость, боль, особенно интенсивная при ушибах кончиков пальцев с образованием подногтевого кровоизлияния. При

сильных ушибах для исключения переломов необходима рентгенография костей кисти.

Первая помощь включает покой, холод (в первые сутки). При подногтевом кровоизлиянии для уменьшения боли целесообразно его активное опорожнение (в ногте проделывают отверстие и через него выпускают скопившуюся под давлением кровь; лучше в этом случае обратиться к врачу).

Сдавление кисти тяжелыми предметами сопровождается повреждением всех ее мягких тканей с образованием многочисленных кровоизлияний. Лечение при таких повреждениях проводят в больнице. На время транспортировки пострадавшую руку обездвиживают, придают ей возвышенное положение и прикладывают холод. При повреждениях суставов пальцев может скапливаться кровь в их полости. Сустав после травмы резко болезненный, распухает, синеет. Для исключения внутрисуставного перелома необходима рентгенография.

Первая помощь включает обездвиживание кисти, холод и транспортировку в больницу или травматологический пункт. Там при скоплении большого количества крови в суставе возможно ее удаление с помощью прокола.

Растяжения связок пальцев включают перенапряжение, надрывы и отрывы связок. Помимо боли, припухлости, кровоизлияния и нарушения функции поврежденного пальца возможно появление ненормальной подвижности в суставе (например, боковые движения или переразгибание).

С целью обезболивания и оказания первой помощи поврежденный палец обездвиживают (можно с помощью липкого пластыря или шины), кисти придают возвышенное положение, прикладывают холод и доставляют пострадавшего в больницу. Лечение у травматолога чаще бывает консервативным, но иногда для восстановления функции пальца нужна операция.

Повреждения сухожилий мышц кисти наблюдаются, как правило, при резаных ранах кисти и пальцев. В редких случаях может произойти подкожный разрыв сухожилия от сильного удара концом пальца о твердый предмет. При подозрении на подобное повреждение пострадавшего необходимо доставить в больницу, где есть специализированное травматологическое отделение. Предварительно руку обездвиживают с помощью шины, придав пальцам полусогнутое положение (например, вложив в руку теннисный мяч, кусок поролона). Дальнейшее лечение таких повреждений только хирургическое.

Переломы костей кисти встречаются довольно часто. Они возникают при падении с упором на кисть или ударе по ней. Сопровождаются отеком, болью, которая в месте перелома усиливается при ощупывании и нагрузке, ограничением подвижности в суставах, деформацией и укорочением кисти или пальцев. Для уточнения диагноза во всех случаях переломов костей кисти необходима рентгенография.

Пострадавшему с подозрением на перелом костей запястья накладывают шину для обездвиживания лучезапястного сустава и пальцев, после чего его направляют в больницу. Пальцы укладывают на ватно-марлевый валик. Во время транспортировки желательно приложить к поврежденной руке холод и придать ей возвышенное положение, что предотвратит значительное нарастание отека тканей.

ТРАВМЫ ЛОКТЯ

Повреждения локтевого сустава встречаются часто. Он подвержен нескольким видам травм.

Перегрузочные травмы обычно происходят при повторяющихся движениях во время занятий спортом или при повседневной работе. Так, повторяющиеся движения могут вызвать «локоть теннисиста». В этом случае происходит воспаление или разрыв сухожилий, соединяющих мышцы внешней стороны предплечья с костным выступом внешней части локтя. Не обязательно играть в теннис, чтобы получить такую травму. Она может возникнуть при гребле, игре в бадминтон, при подъеме тяжестей, во время строительных работ или при любых формах ручного труда с повторяющимися движениями — при покраске стен, работе в саду, мытье полов или передвижении мебели. «Локоть теннисиста» может возникнуть, если очень много писать.

Тактика при болях в локте. Если человек не может без боли согнуть или разогнуть руку в локте, а также вытянуть ее вперед, необходимо прекратить действия, вызывающие боль. К локтю следует приложить лед, чтобы прекратить внутреннее кровотечение и уменьшить боль и отек. Затем надо обратиться к врачу. Для уменьшения боли и отека врач может назначить аспирин, ибупрофен или другое легкое обезболивающее. При очень сильной боли врач может произвести инъекцию небольших доз кортизона или другого стероидного препарата, чтобы уменьшить воспаление. Эффективно прикладывание к больному месту льда в первые 2–4 дня, затем — переход к согревающим компрессам, отдых для руки в те-

чение 4—8 недель, воздержание (по крайней мере до тех пор, пока не пройдет боль) от действий, причинивших травму, выполнение упражнений для кисти, запястья, предплечья, чтобы укрепить мышцы, связки и сухожилия руки. При ушибах могут отмечаться кровоизлияние в мягкие ткани, расположенные около сустава, отек, резкие боли, отдающие в пальцы кисти.

Первая помощь при ушибе включает создание условий для покоя сустава (руку укладывают на косынку), в некоторых случаях, если есть подозрение на более тяжелое повреждение, лучше наложить шину и направить пострадавшего в больницу для обследования.

Вывихи в локтевом суставе обычно происходят при падении на вытянутую руку. После травмы отмечается деформация области сустава. Предплечье согнуто под тупым углом. Выше локтевого отростка видно западение кожи, движения невозможны. Отмечаются посинение, отек, онемение в области кисти и предплечья.

Первая помощь направлена на обездвижение поврежденной руки в том положении, в котором она находится. Не следует предпринимать попыток «исправить» ее положение или вправить вывих, т. к. это может привести к еще более тяжелой травме сустава.

Для предупреждения развития значительного отека тканей желательнее придать руке возвышенное положение, приложить пузырь или грелку со льдом.

У детей 3—4-летнего возраста при потягивании, поднимании за руку может возникнуть **подвывих головки лучевой кости**, который проявляется внезапной болью в руке, ограничением движений в локтевом суставе.

Первая помощь заключается в укладывании поврежденной руки на косынку, после чего ребенка доставляют в травматологический пункт или в больницу, где будет произведено вправление.

ТРАВМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Травмы голеностопного сустава

Наиболее часто наблюдаются ушибы, сдавления и растяжения связок голеностопного сустава.

Ушибы и сдавления. При ушибе или сдавлении в области голеностопного сустава возникает боль, нарастает отек, нарушается функция сустава, однако способность опираться на ногу обычно не ограничивается.

Помощь врача требуется не во всех случаях, поэтому вне больницы можно применить следующие приемы: холод на сустав, покой, возвышенное положение конечности, тугое бинтование. В не-

которых случаях используют эластичный бинт или специальный эластичный чулок. В спортивной практике нередко применяют тейпирование, лучше с помощью специального пластыря на трикотажной основе. Иногда при обширных ушибах, сопровождающихся большим отеком околоуставных тканей, врачи накладывают пневматические компрессирующие шины для обездвиживания сустава и сдавления отечных тканей. Такие шины могут быть снабжены вмонтированными в них пакетами с охлаждающим гелем.

Повреждения связок. При полных и частичных повреждениях связок, укрепляющих голеностопный сустав, в зоне повреждения обычно, кроме боли и отека, появляется кровоподтек. Если он небольшой, то обычно речь идет о частичном повреждении, и тогда для иммобилизации конечности достаточно наложения тугей бинтовой повязки. Более обширные кровоизлияния в околоуставные ткани свидетельствуют о том, что, вероятнее всего, произошел полный разрыв связки; это является показанием для более полного обездвиживания сустава.

Вывихи. Вывихи в голеностопном суставе возникают при выполнении движений, превышающих нормальную амплитуду, если механическая прочность связок сустава оказывается недостаточной. При полных вывихах стопы обычно повреждаются мягкие ткани в области голеностопного сустава, проходящие здесь сосуды и нервы. Открытые вывихи стопы встречаются редко, но являются очень тяжелой травмой.

Лечение должен осуществлять врач. При оказании первой помощи поврежденную область ноги необходимо обездвижить; при открытом вывихе на рану предварительно накладывают стерильную повязку.

Внимание! Не следует пытаться без обезболивания устранить нарушение конфигурации и восстановить нормальное положение стопы и резкое ограничение подвижности. После иммобилизации пострадавшего нужно срочно доставить к травматологу. Во время транспортировки больной не должен опираться на поврежденную ногу.

Травмы голени

Повреждения голени наблюдаются сравнительно часто. Среди травм мягких тканей голени наибольшее место занимают закрытые повреждения: ушибы, полный или частичный разрыв мышц как результат резкого прыжка или удара по напряженной мышце. Возможны следующие травмы голени: небольшой надрыв мышц; стрес-

совый перелом одной из берцовых костей; надрыв или воспаление оболочки, покрывающей поверхность кости; синдром внутреннего сдавливания — состояние, при котором мышцы от тренировок становятся слишком большими для того пространства, которое они могут занимать. Это может ограничить кровообращение в мышцах. К травмам могут привести также следующие условия: перегрузка (например, бег без отдыха), бег по непривычной поверхности, изменение режима бега, занятия спортом после периода бездействия, увеличение веса.

Лечение большинства закрытых повреждений мягких тканей голени консервативное, поэтому необходимость в обязательном обращении к врачу определяется объемом травмы. При незначительной травме необходимо прекратить занятия, вызывающие боль, и как можно скорее приложить к месту травмы пакет со льдом — это уменьшит боль и отек. Следует обеспечить покой, возвышенное положение ноги, в первые дни прикладывать холодные компрессы к месту травмы с целью сдерживания отека.

Если боль сильная, мешает ходить и передвигаться по лестнице, обратитесь к врачу. Врач назначит аспирин, ибупрофен или парацетамол (тайленол) для снятия боли; для предотвращения воспаления и отеков рекомендуется прикладывание к поврежденному месту льда — по крайней мере, один раз в день в течение 2–4 дней до спадения отека. Затем при травмах бедра или голени может быть предписано лечение теплом. Оно усиливает кровообращение, расширяя мелкие кровеносные сосуды в месте травмы.

При обширных повреждениях мягких тканей голени применяют иммобилизацию (до двух недель), затем назначают восстановительную лечебную гимнастику и массаж. Иногда не обойтись без хирургического вмешательства. Например, при травмах ахиллова сухожилия может потребоваться удаление рубцовой ткани и части сухожилия. При сильном синдроме сдавливания необходимо удалить фиброзную ткань, покрывающую мышцы.

ТРАВМЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Плечо подвержено травмам, поскольку очень подвижно, отчего и неустойчиво. Обычно происходят четыре наиболее частых вида травм: ушибы и растяжения связок, вывих плеча, разрыв связок, «плечо пловца». Чаще встречаются ушибы и растяжения (надрывы капсулы) плечевого сустава, которые сопровождаются болью, отеком и ограничением амплитуды движений. Нередко наблюдаются кровоизлияния в ткани, окружающие сустав.

Во всех случаях повреждений мягких тканей первая помощь включает создание покоя (мягкая повязка типа косынки, холод в первые дни). Если функция сустава остается нарушенной через несколько дней, то, вероятно, повреждены окружающие сустав мышцы.

Для уточнения диагноза следует обратиться в травматологическое отделение, т. к. без дополнительного исследования (ультразвукового, рентгенологического и др.) часто трудно установить правильный диагноз. При травме плеча нельзя продолжать игру или работу.

Вывих плеча. При этой травме плечевая кость выходит из сустава и выступает впереди или сверху плеча. При сильном вывихе сухожилия и связки, присоединяющие мышцы к кости и удерживающие сустав, растягиваются; кровеносные сосуды и нервы в области плеча повреждаются. Если вывих случался неоднократно, в дальнейшем требуется лишь небольшое усилие, чтобы произошло смещение кости.

Вывих может произойти при занятиях спортом (футбол, хоккей, лыжи), падении на плечо или вытянутую руку, ударе в плечо, врожденной склонности кости «выскакивать» (привычный вывих плеча прослеживается в некоторых семьях). После вывиха отмечают западение в области плечевого сустава, движения в нем невозможны. Пострадавший испытывает сильную боль. Рука согнута в локтевом суставе, отведена и ее поддерживают здоровой рукой. Голова и туловище пострадавшего наклонены в сторону поврежденного сустава.

Разрыв связок. Эта травма характеризуется разрывом связок, соединяющих ключицу и лопатку. Иногда происходит и смещение ключицы. Такая травма возможна при падении на плечо или вытянутую руку, ударе в плечо, во время игры в футбол, хоккей.

Вывих и разрыв связок плеча вызывают схожие симптомы. Это сильная боль, отек, кровоизлияния, видимые сквозь кожу, скованность движений плеча, деформация плеча, которая хорошо видна при сравнении с неповрежденным суставом.

Первая помощь: при острой боли, когда человек не может двигать поврежденной рукой, и слабости в плече надо прекратить движения и обратиться за медицинской помощью. Если плечо кажется «замороженным», поскорее обращайтесь к врачу. При оказании первой помощи поврежденную конечность фиксируют шиной или косынкой. Дают анальгин, парацетамол или другой обезболивающий препарат. Прикладывают холодный компресс или пакет со льдом, чтобы уменьшить отек. Поддерживают руку в том положе-

нии, в каком она была; делают перевязь. Пострадавшего направляют в травматологический пункт или в больницу, где после обследования (рентгенографии) и обезболивания производят вправление вывиха.

После того как врач возвращает смещенную кость в нормальное положение, в течение первых нескольких дней предписывается холод, затем — тепло, чтобы снять боль и увеличить приток крови к поврежденному месту. Могут использоваться следующие лекарства: аспирин, парацетамол, ибупрофен и т. п. (для уменьшения отека, воспаления и дополнительного обезболивания). Если держать руку на перевязи, выздоровление ускорится. Иногда, особенно после повторных вывихов, необходимо хирургическое вмешательство для обеспечения устойчивости плеча. Заживление будет продолжаться от 3-х до 6 недель. Может быть рекомендована физиотерапия для выздоравливающих. Специалист подберет нагрузочные упражнения для укрепления мышц, связок и сухожилий плеча. До заживления следует воздерживаться от спортивных занятий.

При разрыве связок для ускорения заживления плечо обездвиживают. В первые два дня рекомендуется прикладывать холод, затем согревающие компрессы. Для заживления обычно требуется от 2-х до 10 недель. Больному может быть рекомендована физиотерапия. В сложных случаях нужна операция для восстановления связок. До полного заживления плеча нельзя заниматься спортом. Больному могут быть рекомендованы нагрузочные упражнения для укрепления плеча.

При оказании первой помощи больному с привычным вывихом плеча также не следует пытаться сразу же вправить вывих. Но если сам больной уже научился это делать без посторонней помощи, то тогда вправление допустимо. После устранения смещения головки плечевой кости больному с привычным вывихом также накладывают на несколько дней мягкую повязку. Радикальное лечение этого заболевания только хирургическое.

С целью предупреждения травм плеча необходимо избегать деятельности, способной вызвать травму; укрепляйте мышцы и связки с помощью специально подобранных упражнений, носите одежду в несколько слоев, чтобы защитить тело при падении.

ТРОМБОФЛЕБИТ

Боль в мягких тканях голени может быть симптомом различных заболеваний, но чаще всего сильная боль в голени является проявлением тромбоза.

Поскольку скорость кровотока в измененных венах голени замедляется, это нередко приводит к образованию в них тромбов. При этом осложнении вена воспаляется и в ней образуется сгусток крови. Развивается тромбофлебит. Сгусток блокирует вену, может оторваться и остановиться в другом месте кровеносной системы. Сгустки, образующиеся в глубоких венах голени, более опасны, так как формируются в более крупных сосудах. Факторы, влияющие на образование сгустков: длительный постельный режим, травма, хирургическое вмешательство, роды, противозачаточные таблетки, инфекция, неудачное внутривенное вливание лекарства и др.

Симптомы тромбофлебита обычно зависят от того, где находится сгусток — в поверхностной или глубокой вене. При сгустке в поверхностной вене голень обычно становится болезненной, а вена — твердой, горячей на ощупь, очень болезненной при пальпации, красной и отечной. Сгусток в глубокой вене голени может не давать симптомов, но чаще он вызывает сильную боль, повышение температуры тела, озноб, отек и синюшность. Боль усиливается при ходьбе.

При внезапно возникших болях в голени необходимо уложить больного и вызвать врача; если источником боли в икре является тромб, то при ходьбе он может оторваться и попасть в другие вены. Боль в голени, сопровождающаяся одышкой, может свидетельствовать о том, что кровяной сгусток попал в вены легкого. Это состояние особенно опасно для жизни.

Обычно больному назначают постельный режим с приподнятым положением ноги, теплые компрессы. Прописывают лекарства, снимающие боль и воспаление, снижающие повышенную свертываемость крови.

ШПОРА

Пяточная шпора — одна из часто встречающихся причин болей в области стопы. Она представляет собой шиповидное костное разрастание на подошвенной поверхности пяточных костей в месте прикрепления связок стопы или пяточного (ахиллова) сухожилия. Чаще развивается при избыточной массе тела, других обменных нарушениях, плоскостопии, в связи с перенапряжением связок стопы.

Внешне пяточная шпора не видна, но может вызывать сильные боли, особенно при повышенных нагрузках на нижние конечности. Уточнить диагноз позволяет наличие болезненности при пальпации подошвенной поверхности пятки. Точный диагноз устанавливается при рентгенологическом исследовании стопы.

ГЕРПЕС

Первичное заражение вирусом простого герпеса обычно происходит в раннем детстве, но иногда и позднее. У большинства детей проявления инфекции ограничиваются единичными высыпаниями вокруг рта. Изредка развивается острый стоматит с выраженным изменением общего состояния. Возбудителем герпеса является вирус простого герпеса.

Инфекция передается преимущественно контактным путем (через поцелуи, общую посуду, общее полотенце, при половом контакте), а также воздушно-капельным, возможен и трансплацентарный путь заражения (от матери к плоду во время родов).

На коже или слизистых за несколько дней появляется ощущение жжения, покалывания, покраснения, все это возможно на фоне ухудшения общего состояния, далее появляются тонкостенные пузырьки с красным ободком по периферии. Эти везикулы (пузырьки) часто сгруппированы вместе, сначала они прозрачные, но быстро мутнеют (за счет смешения с кровью, гноем), они быстро вскрываются с образованием корочек, после отпадения которых рубцов не остается. На слизистой половых органов высыпания более мелкие, отмечаются также боль, жжение, зуд, у мужчин элементы располагаются на крайней плоти, головке и стволе полового члена, у женщин поражаются большие и малые губы, промежность, бедра и шейка матки. Как правило через 6—8 дней заболевание проходит. Человек заразен в течение нескольких дней до появления пузырьков и 7—8 дней после.

ГИДРАДЕНИТ

Гидраденит — это гнойное воспаление потовых желез. Вызывается микробом стафилококком, развивается обычно в подмышечных впадинах, реже — вокруг грудных сосков, половых органов (у женщин), кожи мошонки, заднего прохода.

Заболевание начинается с воспаления потовой железы, к которому присоединяется воспаление окружающей подкожно-жировой клетчатки. К заболеванию предрасполагают ослабление организма, потливость, опрелость, нечистоплотность.

Симптомы: при гидрадените в глубине кожи появляются один или несколько плотных болезненных узелков, кожа над ними краснеет. Затем узелки размягчаются и вскрываются с образованием гнойных свищевых ходов. Гной попадает в соседние железы и за-

ражает их. Течение гидраденита длительное, часто с рецидивами. Женщины болеют чаще.

Лечение гидраденита должен проводить врач. Назначаются антибактериальная терапия, тепловые процедуры (в частности, УВЧ), специфическая вакцинация и неспецифическая иммунотерапия. При необходимости проводится хирургическая операция, во время которой под местным обезболиванием вскрывают гнойник.

ЗУД КОЖИ

Своеобразное ощущение, вызывающее потребность чесаться. Зуд кожи является корковым процессом, возникающим при воздействии некоторых раздражителей на нервный аппарат, т. е. является нервно-рефлекторным процессом.

Симптомы: зуд, наличие расчесов (на ограниченном участке кожи или по всему телу). Зуд усиливается к вечеру или во время пребывания в постели. После расчесывания зуд быстро переходит с одного места на другое. В ряде случаев больные почти постоянно ощущают чувство покалывания, жжения, «ползание по коже мурашек» и т. п. Нередко на этом фоне возникают пароксизмы зуда, во время которых больные теряют самообладание и расчесывают кожу до появления крови. При этом испытывают чувство жара, а после удовлетворения этой «мучительной страсти» — боль и жжение.

КАРБУНКУЛ

Карбункул — острое гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки вокруг группы волосяных мешочков и сальных желез, сопровождающееся омертвением тканей и имеющее тенденцию к быстрому распространению; это как бы множество слившихся фурункулов. Чаще всего карбункул возникает вследствие попадания гноеродных микробов (при загрязнении кожи) в местах трения ее одеждой. Возникновению и развитию карбункула способствуют истощение, сахарный диабет, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, печени и почек.

Карбункул располагается обычно на задней части шеи, на лице, пояснице, спине. Кожа в месте поражения резко болезненная, воспаленная, багрово-синяя; процесс протекает с нагноением. При отторжении омертвевших участков в коже образуется множество воронкообразных отверстий, затем — рана с грязно-серым дном и подрытыми краями. Карбункул сопровождается общей интоксикацией организма, высокой температурой, в тяжелых случаях — рвотой и даже потерей сознания. Лечить карбункул должен врач.

КРАПИВНИЦА

Крапивница острая — аллергическое заболевание, представляющее собой своеобразный отек кожи, образующийся в результате остро возникающего повышения проницаемости сосудистой стенки вследствие влияния биологически активных веществ (гистамин и др.).

Крапивница является аллергической реакцией немедленного типа, вызываемой разнообразными экзогенными и эндогенными факторами. Острая крапивница — наиболее частое проявление лекарственной и пищевой аллергии. Чаще всего она возникает в результате приема пенициллина, стрептомицина сульфата, амидопирин, новокаина, сульфаниламидных препаратов, тиамин, а также употребления ряда пищевых продуктов — куриных яиц, цельного молока, раков, малины, ежевики, шоколада, мороженой испорченной колбасы, сыров и т. п. Определенное значение имеют также сильное волнение, страх, испуг и т. п.

Симптомы: зуд и быстрое развитие волдырей и такое же быстрое и бесследное их исчезновение. Сыпь может быть представлена единичными, размером 2—3 мм, и большими, сливающимися, неправильной формы волдырями. Сыпь появляется в разных местах тела, но чаще всего на туловище, ногах, руках, лице, причем она сопровождается зудом, усиливающимся к вечеру. Вздвигаются и становятся красными слизистые оболочки, особенно рта, горла и гортани. Иногда сильный отек появляется на лице, голове и в области половых органов.

МИКРОСПОРИЯ

Очень контагиозное заболевание кожи и волос. Микроспория является одним из самых распространенных грибковых заболеваний. В 80% случаев заражение грибком происходит от кошек и собак, в 20% — от больных людей.

Способствуют возникновению заболевания микротравмы, через которые возбудитель проникает в кожу. Грибок сначала внедряется в роговой слой кожи, затем в волосы; ногти грибок не поражает.

Время от начала заражения до первых проявлений болезни (инкубационный период) — от 5 дней до 2 месяцев, в зависимости от разновидности грибка.

Заболевание начинается с появления на гладкой коже воспалительных пятен округлых очертаний с валиком по периферии из слившихся мелких узелков, пузырьков и корочек. Очаги на коже

могут иметь вид нескольких колец, вписанных друг в друга. На голове очаги обычно бывают множественными, без видимых воспалительных явлений, с наклоном к слиянию. После их слияния на голове образуются два-три крупных округлых, шелушащихся очага с четкими границами и высоко обломанными волосами. При всех видах микроспории волосы обламываются на высоте 4—8 мм над уровнем кожи и окутаны беловато-серым чехлом. Часто наблюдается выпадение бровей и ресниц.

Очень редко встречается инфильтративно-нагноительная форма микроспории.

Пораженные участки кожи смазывают йодной настойкой, а затем втирают серно-дегтярно-салициловые мази. Для лечения трихофитии волосистой части головы пользуются 4%-ным эпилиновым пластырем (вызывающим выпадение волос на всей голове). Внутри принимают антибиотик гризеофульвин (при таком лечении волосы тоже сбивают).

Этиотропную терапию полезно сочетать с общеукрепляющими средствами, одновременно проводя энергичную наружную терапию. После сбривания волос, утром назначают смазывание 5%-ным спиртовым раствором йода, вечером — 5%-ной салициловой мазью. Рекомендуется ежедневное мытье головы теплой водой с мылом.

НЕЙРОДЕРМИТ

Наиболее тяжелое заболевание из группы зудящих дерматозов, характеризующееся сильным зудом и расчесами, в ответ на которые происходит изменение кожи, проявляющееся утолщением, грубостью, подчеркнутостью рельефа за счет увеличения кожных бороздок — лихенизацией и лихенификацией. Различают ограниченную и диффузную (хроническую) формы, которые отличаются размером площади поражения кожи.

Неврогенная теория рассматривает нейродермит как поражение кожи, возникшее вследствие функциональных нарушений при отрицательных нервно-психических эмоциях, переживаниях.

Ф. Н. Гринчар (1957) расценивал нейродермит как проявление вазомоторного расстройства, возникшее в результате нервно-сосудистой неустойчивости. На фоне функциональных нарушений развивается аллергическая реактивность.

Причинами могут быть нервно-эндокринные расстройства, интоксикации, нарушения деятельности печени, пищеварительного канала, обменных процессов.

ОМФАЛИТ

Омфалит — это гнойный процесс в глубине мокнущего пупка и окружающих его тканей. Заболевание очень часто встречается у новорожденных (у каждого десятого) и проявляется покраснением и отеком кожи в области пупка и появлением в области пупочной ранки гнойно-кровянистых выделений.

Лечение заключается в следующем:

— сначала удаляют гной посредством закапывания в пупочную полость 3%-ного раствора перекиси водорода и осушения ее стерильными ватными тампонами;

— после промывания ранки и очищения ее от гноя смазывают кожу снаружи 5%-ным раствором йода. Затем смазывают кожу внутри пупочной ранки этим же раствором. Снаружи и внутри смазывают отдельными стерильными марлевыми салфетками;

— после консультации с лечащим врачом дно пупочной ранки прижигают ляписом;

— купают ребенка только после тщательного заклеивания пупочной ранки, во избежание попадания воды и инфекции.

ОТРУБЕВИДНЫЙ РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ

При этом заболевании поражается роговой слой эпидермиса и устья фолликулов. Заболевание характеризуется появлением на теле пятен желто-розового, темно-коричневого, желтовато-бурого или светло-коричневого («какао с молоком») цвета. Пятна имеют неправильные очертания с отрубевидным шелушением на поверхности. Располагаются они на коже спины, шеи, груди, а если болезнь приобретает хроническое течение — на верхних и нижних конечностях. Постепенно пятна сливаются в большие очаги с мелкофестончатыми краями. При загаре пятна частично обесцвечиваются, но шелушение остается. Этот вид лишая чаще наблюдается у людей молодого возраста. Болезнь может тянуться месяцами и годами.

Предрасполагающими факторами к появлению разноцветного отрубевидного лишая могут служить сахарный диабет, повышенная потливость, вегетососудистая дистония, туберкулез и ряд других заболеваний.

Основным принципом лечения является удаление и отшелушение рогового слоя эпидермиса. Это достигается с помощью таких лекарственных препаратов, как зеленое мыло, резорциновый или салициловый спирт, 2%-ный раствор йода. В официальной медицине также применяются микосептин, нитрофунгин и другие противогрибковые препараты.

При лечении заболевания надо запомнить, что пятна при правильном врачевании пропадают через 12—15 дней, но следует обязательно провести второй и третий курсы лечения.

ПАНАРИЦИЙ

Панариций — это острое гнойное воспаление тканей пальца. Основная причина заболевания — инфицированные трещины кожи, микротравмы (заусенцы, уколы, ссадины, царапины, порезы). Различают панариций поверхностный (кожный, подкожный, подногтевой) и глубокий (сухожильный, костный, суставной). Особую форму панариция представляет паронихия — воспаление околоногтевого ложа. Может наблюдаться поражение всех тканей пальца — пандактилит.

Симптомы: сильная, пульсирующая, дергающая боль, которая лишает сна, припухлость, краснота, болезненность на месте гнойного очага.

При **кожном панариции** гной скапливается под наружным слоем кожи, образуя пузырь, наполненный мутной, иногда кровянистой жидкостью; кожа вокруг пузыря становится красной и болезненной. Боли обычно умеренные, больные жалуются главным образом на ощущение сильного жжения. Пузырь со временем увеличивается, а гнойное воспаление переходит в более глубоко расположенные ткани.

Для **подкожного панариция** свойственна мучительная, постоянная, стреляющая боль, особенно ночью. При дотрагивании в пальце возникает резкая боль. Если боль усиливается при попытке пошевелить пальцем, то это свидетельствует о переходе гнойного процесса на сухожилие или сустав.

Глубокий панариций, как правило, начинается с поверхностного и возникает на ладонной поверхности пальца. Кожа на этой стороне пальца плотная, соединена с надкостницей перемычками, напоминающими по строению пчелиные соты. В связи с этим образующийся под кожей гной долго не может прорваться наружу, а процесс быстро распространяется в глубину — на сухожилие, сустав, кость, иногда поражает их одновременно. Боль при этом виде панариция очень сильная, пульсирующая, что связано с высоким давлением в отечных воспаленных тканях.

При **околоногтевом панариции** гнойный пузырь образуется в коже ногтевого валика. Если гной проникает под ногтевую пластинку, панариций называется подногтевым. Такой панариций развивается также при уколе или попадании занозы под ноготь. В запу-

ценных случаях гнойное воспаление может распространиться вглубь — на кость ногтевой фаланги.

Лечение панариция осуществляет врач.

ПИОДЕРМИЯ

Пиодермия — группа гнойничковых заболеваний кожи. Чаще всего возникает в области промежности и туловища у детей первых трех лет жизни. Причиной пиодермии служит нарушение правил гигиены кожных покровов.

Лечение пиодермии местное:

— купание в ванночке с раствором марганцовокислого калия розового цвета;

— обработка каждого элемента сыпи зеленкой (или 1%-ным раствором йода или метиленовой синью).

Очень важно, чтобы каждый элемент сыпи обрабатывался отдельным кусочком ваты. Если ребенок поражен пиодермией, купать его в ванне или под душем не рекомендуется, надо протирать отдельные участки тела салфетками.

ПСОРИАЗ (ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ)

Распространенное хроническое незаразное заболевание с поражением кожи, ногтей, суставов.

Причины: неизвестны. Возможно, причиной является какая-либо аномалия в обмене веществ или нарушение функционирования желез внутренней секреции. Имеет также значение нервное и психическое состояние больного.

На неизменной коже появляются мелкие, величиной 2—3 мм эпидермальные пятнисто-узелковые высыпания розовато-красного цвета, единичные или множественные, слегка возвышающиеся над поверхностью кожи.

РОЖА

Острое стрептококковое заболевание, характеризуется поражением кожи с образованием четко ограниченного воспалительного очага, а также лихорадкой и симптомами общей интоксикации, частыми рецидивами.

Причины: проникновение через небольшое повреждение кожи гемолитического стрептококка.

Симптомы: как правило, острое начало с симптомами общей интоксикации: температура тела до 39—40 °С, общая разбитость, озноб, головная боль, боль в мышцах конечностей, в тяжелых

случаях могут быть судороги, бред, раздражение мозговых оболочек. Через 10–24 ч от начала болезни отмечаются местные симптомы: боль, жжение и чувство напряжения в пораженном участке кожи, при осмотре выявляют гиперемию и отек кожи. Отек бывает особенно выражен при локализации воспаления в области век, губ, пальцев, половых органов. Иногда на фоне эритемы образуются пузыри, заполненные серозным или геморрагическим содержимым. Отмечаются увеличение, воспаление регионарных лимфатических узлов. На месте воспаления в дальнейшем кожа шелушится.

Рецидивы рожи возникают в период от нескольких дней до 2 лет после перенесенного заболевания. Рецидивы бывают вследствие недостаточного лечения первичной рожи.

СЕБОРЕЯ

Нейроэндокринное нарушение функции сальных желез — заболевание всего организма, проявляющееся избыточным выделением химически измененного кожного сала, особенно в период наступления половой зрелости. Проявления себореи наблюдаются в участках, богатых сальными железами. Часто себорея бывает наследственной или обусловлена перенесенной нейроинфекцией.

Симптомы: кожа жирная, маслянистая, темно-грязного цвета, поры расширены. Волосы на голове блестят, пряди склеиваются. Смесь жира с пылью и отпавшие чешуйки загрязняют одежду.

При сухой себорее жировой секрет засыхает на коже. У мужчин жирное вещество может скапливаться у головки полового члена и вызывать воспаление. У женщин при несоблюдении гигиены жир, скопившийся у половых губ, может вызвать воспаление во влагалище. На голове бывает много перхоти. Чаше болеют женщины.

ТОКСИКОДЕРМИИ (ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ)

Токсикодермии — острое воспаление кожных покровов под воздействием токсико-аллергических веществ. В отличие от дерматитов, при этом заболевании аллерген попадает в организм гематогенным путем, через пищеварительный тракт или дыхательные пути. В основе токсикодермий лежит аллергическая реакция организма.

Заболевают токсикодермией чаще всего лица, предрасположенные к аллергическим заболеваниям и перенесшие раньше бронхиальную астму, крапивницу, экзему, нейродермит и т. д. Заболевание может развиваться через любое время после попадания в организм аллергена (от нескольких часов до нескольких месяцев).

Клинические проявления токсикодермии разнообразны. У больного наблюдаются высыпания всех видов: папулезные, пятнистые, везикулезные, эритематозно-сквамозные. Многоморфная сыпь соответствует другим хорошо известным дерматозам — скарлатине, красному плоскому лишая, экссудативной эритеме, кори.

Начало болезни острое: высыпания характеризуются симметричностью, повышается температура, резко ухудшается общее состояние, увеличены все группы лимфоузлов.

Токсикодермия может быть ограниченной (на лице, вокруг рта, на половых органах) и распространенной. Ограниченная токсикодермия чаще всего появляется после применения сульфаниламидных препаратов, антибиотиков, салицилатов, анальгетиков. Распространенная токсикодермия — опасное и тяжелое заболевание, которое может привести больного даже в коматозное состояние. Пусковым моментом для развития заболевания обычно бывает прием лекарственных препаратов (барбитураты, антибиотики и т. д.). У больного нарастает общая слабость, появляются отежные пятна, боли в суставах, пояснице, жжение и болезненность кожи в местах возникновения эритематозных пятен. Часть пятен приобретает синюшно-буроватую окраску, сливается. На других участках на фоне гиперемии появляются пузырьки, наполненные серозным и серозно-кровоянистым содержимым.

При механическом воздействии эпидермис отслаивается сплошным пластом, появляются эрозии, которые могут занимать до 90% всего кожного покрова. Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Внешне такие больные напоминают больных с ожогами второй степени. Как правило, в процесс вовлекаются и внутренние органы: печень, легкие, головной и спинной мозг. Смерть может наступить на 2–20 сутки.

Лечение токсикодермий направлено на блокирование аллергена и скорейшее выведение его из организма. Внутрь назначают мочегонные, слабительные и десенсибилизирующие препараты. Местно применяют противозудные болтушки, охлаждающие кремы и кортикостероидные мази.

При обширном поражении кожи целесообразно проводить наружное лечение больных открытым способом (как при ожогах). Больным дают обильное питье, богатую витаминами и белками пищу. При поражении слизистой оболочки полости рта назначают дезинфицирующие, вяжущие и обезболивающие средства.

При ограниченной токсикодермии лечение такое же, как при дерматитах.

УГРИ ОБЫКНОВЕННЫЕ (ВУЛЬГАРНЫЕ, ЮНОШЕСКИЕ). РОЗАЦЕА

Заболевание кожи, проявляющееся гнойно-воспалительным поражением сальных желез на фоне себореи. Поражается преимущественно кожа лица, спины и груди в период полового созревания и после него.

Второй формой этого заболевания являются угри розовые («акне розацеа»), возникающие в основном у женщин в климактерический период и после него, реже они наблюдаются у мужчин, детей.

Причины: изменение равновесия между эстрогенными и андрогенными гормонами; недостаток витаминов группы В; изменение секреции сальных желез вследствие психических травм, эндокринных нарушений, заболеваний пищеварительной системы, злоупотребление жирами, углеводами, поваренной солью; снижение бактерицидности кожного сала, приводящее к активизации кокковой флоры, часто является осложнением себореи.

ФУРУНКУЛ

Фурункул — это острое гнойное воспаление волосяного мешочка и окружающей его соединительной ткани, при котором часть ткани омертвевает. Он вызывается гноеродными бактериями, главным образом золотистым стафилококком. Возникновению фурункула способствуют загрязнение и микротравмы кожи, повышенное потоотделение, нарушения обмена веществ и другие факторы.

Фурункул характеризуется появлением на коже волосистой части тела болезненного воспалительного уплотнения красного цвета с изъязвлением в центре — его еще называют стержень. Кожа в этом месте горячая, ближайшие лимфатические узлы увеличены. Больной ощущает общую слабость, недомогание, головную боль. Наиболее часто фурункулы возникают на коже шеи, затылка, лица и спины и могут быть множественными. При расположении фурункула на лице возможны тяжелые осложнения (гнойный менингит, сепсис).

Лечение: создание покоя заболевшему, тепловые процедуры (теплый компресс, лампа Минина, лучше — УВЧ), обработка кожи вокруг фурункула антисептиком; в некоторых случаях врачи назначают антибактериальные препараты.

Ни в коем случае нельзя выдавливать гнойно-некротический стержень фурункула — это может привести к развитию тяжелых гнойных осложнений, а если фурункул расположен на лице, то к воспалению оболочек головного мозга (менингиту).

ЭКЗЕМА СЕБОРЕЙНАЯ

Экзема, развивающаяся при повышенной функции сальных желез кожи (себорее), является заболеванием всего организма вследствие нарушения функции вегетативной нервной системы и эндокринных желез. Высыпания локализуются на участках кожи с большим количеством сальных желез: волосистая часть головы, лицо, грудь, спина (межлопаточная область), кожные складки.

Симптомы: кожа жирная, маслянистая, имеет вид апельсиновой корки. Волосы на голове блестят, пряди склеиваются. В очагах поражения кожа отечная, гиперемированная, на ее поверхности видны мелкие желтовато-розовые узелки, иногда — пузырьки, жирные желтоватые чешуйки или чешуйко-корки. Самым легким проявлением заболевания является образование перхоти на голове.

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Аллергический насморк у малышей в возрасте до 3-х лет возникает редко, он чаще встречается у детей более старшего возраста.

Сенная лихорадка — это аллергия на цветочную пыльцу, которой так насыщен воздух в мае и начале июня. Симптомы, появляющиеся в другое время года, могут быть обусловлены возникновением аллергии на другие вещества, например, на древесную пыль или почву. Если подобные симптомы имеются круглый год, то можно предположить наличие у ребенка аллергии на домашнюю пыль или домашних животных.

Симптомы сенной лихорадки — чихание, заложенный и/или постоянно текущий нос, слезящиеся чешущиеся глаза, которые при этом могут сильно краснеть, зуд в носу, а иногда першение в горле.

Причина аллергии со временем обычно устанавливается. Если симптомы появляются только весной или в начале лета, то можно говорить о сенной лихорадке. Если симптомы держатся круглый год и состояние ребенка ухудшается по утрам, то можно предположить аллергию на домашнюю пыль.

У ребенка может внезапно возникнуть аллергия на домашнее животное, живущее в семье уже несколько лет; эту причину аллергии можно предположить, если симптомы пропадают после выхода ребенка из дома. Для того чтобы проанализировать ситуацию, недостаточно просто временно удалить животное из дома и посмотреть, будет ли улучшение; кошачья и собачья шерсть пристает к

коврам и мебели и может продолжать вызывать аллергию даже спустя недели после того, как самого животного уже нет в доме. Если в квартире нет никаких домашних животных, но симптомы исчезают, когда ребенок выходит из дома, то можно предположить аллергию на домашнюю пыль или почву, если в доме высокая влажность.

- Избавиться от аллергии можно, лишь удалив ее источник. В солнечные весенние дни детям, страдающим сенной лихорадкой, лучше оставаться дома.

- Регулярный прием антигистаминных препаратов в виде таблеток или сиропа помогает уменьшать или полностью ликвидировать симптомы аллергии. Эти препараты совершенно безопасны и продаются без рецепта. Антигистаминные препараты старых разработок имеют побочное действие в виде снотворного эффекта.

- Если вышеперечисленные меры не помогают, то обратитесь к врачу; он может прописать вам дополнительно капли в нос и глазные, для того чтобы уменьшить выраженность местных симптомов аллергии.

- В тяжелых случаях сенной лихорадки у старших детей, которым предстоит важное мероприятие (например, экзамен), врач может предложить препараты стероидных гормонов. Они сильны и эффективны и, если их использовать в течение короткого курса, совершенно безопасны.

Лечение должно помочь вам снять симптомы. На само заболевание лекарственные препараты практически никакого воздействия не оказывают; сенная лихорадка может прекратиться сама по себе на втором десятилетии жизни.

АНЕМИЯ

Анемия — это состояние, при котором в крови недостаточно красных кровяных клеток. Эти клетки доставляют кислород во все ткани организма и придают крови присущий ей красный цвет. Одним из признаков анемии является бледность кожи, но следует помнить, что это не очень надежный признак, потому что бледность является нормальной особенностью многих детей.

Более надежными признаками анемии являются бледность языка и слизистой оболочки рта, а также конъюнктивы — внутренней оболочки нижнего века. При тяжелой степени анемии вы можете отметить быструю утомляемость ребенка, его дыхание становится более поверхностным, пульс значительно учащается после малейшей физической нагрузки. Если анемия сохраняется в течение длительного времени, то она может замедлить рост и развитие ребенка.

Возможных причин анемии — множество.

Среди наиболее вероятных — кровопотеря (возможно, вследствие травмы, носового или внутреннего кровотечения). Иногда причина заключается в том, что диета ребенка содержит недостаточно железа или витаминов; этому риску подвергаются грудные дети, которых на протяжении многих месяцев кормят только грудью без витаминных добавок. Инфекции, некоторые лекарства, заболевания крови, такие, как серповидно-клеточная анемия или лейкомия, тоже могут стать причиной анемии.

- Для лечения анемии в первую очередь необходимо поставить точный диагноз. Обратитесь к врачу. Возможно, ему понадобится взять анализ крови.

- Самая распространенная причина анемии — недостаток железа или витаминов в рационе ребенка; для восполнения этого недостатка врач может порекомендовать соответствующие лекарства.

БЛЕДНОСТЬ

Интенсивность цвета кожи вполне естественно может иметь разнообразные индивидуальные различия. Поэтому внимания заслуживает не бледный цвет кожи ребенка вообще, а ее побледнение в течение какого-то времени, т. е. изменение цвета кожи с обычного на более бледный.

Внезапное общее побледнение может быть одним из симптомов простуды, гриппа или другой инфекции. Приступы жара могут чередоваться с приступами озноба. Механизм побледнения таков: когда пот испаряется с поверхности кожи, тело ребенка теряет тепло, поэтому кровоснабжение поверхности кожи рефлекторно уменьшается, вследствие чего тепло аккумулируется в глубине тела.

Кожа может покраснеть и вспотеть в тех случаях, когда организм, напротив, старается избавиться от избыточного тепла.

Эмоциональное напряжение или стресс могут вызвать побледнение кожи у подростков, что иногда является первым признаком развивающегося обморока. Сильная боль также вызывает бледность, потому что заставляет сердце биться медленнее, из-за чего падает кровяное давление.

Внезапная бледность у малышей до года может быть результатом боли из-за инвагинации (вид «заворота») кишок или кишечной колики.

Шок всегда сопровождается внезапным побледнением. Медицинские характеристики шока таковы: у ребенка учащены пульс и дыхание, он бледен, на коже может выступить холодный пот.

Шок — это признак ослабления кровоснабжения из-за угнетения деятельности сердечной мышцы, кровопотери, потери большого количества жидкости вследствие сильной рвоты или поноса. Причиной угнетения деятельности сердечной мышцы может стать сильная аллергическая реакция или инфекция. Другие случаи, например, различные сердечные заболевания, встречаются редко. К счастью, шок случается не часто, но представляет собой весьма серьезную опасность, поэтому вызовите «скорую помощь».

Бледность в течение долгого периода времени может быть индивидуальной особенностью ребенка. Иногда ее причиной является анемия.

БОЛЬ ГОЛОВНАЯ

Головная боль встречается у детей на удивление часто. Примерно каждый пятый ребенок младшего школьного возраста и 85% детей старшего школьного возраста время от времени подвержены головным болям. У некоторых из них головные боли носят регулярный характер, что может мешать учебе.

Внезапная головная боль у ребенка, который никогда не выказывал признаков предрасположенности к головным болям, может быть одним из симптомов простуды, ангины, гриппа или другого заболевания. Иногда головная боль может быть первым признаком надвигающейся болезни и возникать до появления всех других симптомов. Иногда внезапную головную боль вызывают травмы. Ушная или зубная боль также может восприниматься как головная.

Повторяющиеся приступы головной боли — более распространенное явление, представляющее собой серьезную проблему. Одна из возможных причин — мигрень; у детей и взрослых ее симптомы могут быть различными, и вероятность мигрени у ребенка тем выше, чем больше взрослые его родственники подвержены ей.

При мигрени головная боль обычно поражает голову только с одной стороны. Приступ мигрени может сопровождаться тошнотой и появлением «слепых пятен» перед глазами.

Приступ мигрени могут спровоцировать голод и некоторые виды пищи, особенно сыр и шоколад.

- У детей более старшего возраста, как и у взрослых, может наблюдаться «головная боль напряжения», начинающаяся на задней части шеи, затылочной части головы или за глазами и распространяющаяся на всю голову, как бы «стягивающая» голову обручем.

- При мигрени требуется в первую очередь отдых и прием парацетамола в самом начале приступа; в дальнейшем же рекомендуется избегать факторов, ее провоцирующих.

- Обратитесь к врачу, который пропишет вам лекарства, соответствующие именно вашему случаю: принимаемые постоянно для предотвращения приступов или принимаемые в самом начале приступа для снятия боли, они могут оказаться эффективнее парацетамола.

- Напряжение зрения, несмотря на широко распространенное мнение, почти никогда не вызывает головной боли. Если вы приходите к выводу, что чтение провоцирует головную боль, то стоит проконсультироваться с глазным врачом на предмет проверки зрения вашего ребенка, но очки чаще всего не влияют на головные боли.

- «Головная боль напряжения» вызывается напряжением мышц шеи и лба. Иногда причина этого напряжения очевидна, например, начало учебы в школе или экзамены, но бывает, что эта боль появляется и без видимой причины. Причина этих болей — в психике, поэтому надо создать ребенку комфортные психические условия.

Для снятия боли обычно служит парацетамол, но его следует давать в самом начале приступа; если с применением парацетамола опоздать, то он может не подействовать.

- Если у вашего ребенка повторяющиеся приступы головной боли — обратитесь к врачу.

БОЛЬ В ГОРЛЕ

Боли в горле очень часто беспокоят детей. Они могут проявлять себя першением, неприятными ощущениями и болезненностью при глотании. Как правило, все это сочетается с жаром (или ознобом), повышенной потливостью, тошнотой.

- *Тонзиллит (ангина)* — самая распространенная причина сильной боли в горле. При тонзиллите воспаляются миндалины (две железы в глубине горла). Наиболее широко он распространен среди детей около 8 лет. Если ваш ребенок достаточно большой, чтобы открыть рот, высунуть язык и сказать «а-а-а», то вы сможете увидеть сами миндалины в виде двух розовых полусфер в глубине горла, с двух сторон от узды («язычка», находящегося в глубине горла).

Если миндалины просто увеличены, это еще не признак тонзиллита. У многих детей, страдающих хроническими насморками и простудами, они увеличены постоянно. Более вероятным признаком является покраснение миндалин и появление на них белого или желтого налета в виде капель.

В принципе не так уж важно, вызвана ли боль в горле тонзиллитом или инфекцией каких-нибудь других желез. Гораздо более показательным ее влияние на общее состояние малыша.

Симптомы ангины могут не выходить за пределы боли и першения в горле, особенно при глотании. У детей постарше ангина часто сочетается с простудными явлениями и кашлем.

Боль обычно появляется внезапно, часто сопровождаясь повышением температуры от 37,5 до 40 °С. Сильный жар провоцирует появление фебрильных судорог у предрасположенных к ним детей. Приступы озноба чередуются с обильным потоотделением.

У малышей ангину часто сопровождают боли в животе. У всех детей увеличиваются и воспаляются шейные, подчелюстные и иногда затылочные лимфоузлы, которые становятся болезненными при ощупывании. Потеря аппетита — характерный симптом для детских недомоганий такого рода, при ангине его может дополнять двух-, трехкратная рвота. Также часто болят и уши, отмечается их заложенность и, как следствие, снижение слуха, на это стоит обратить внимание врача, так как в этом случае причиной может быть независимая от ангины инфекция уха.

- При *скарлатине* у детей вдобавок к вышеописанным симптомам появляются сыпь по всему телу и характерный яркий румянец на щеках. Обычно симптомы начинают исчезать через 4—7 дней, хотя в тяжелых случаях заболевания процесс может потребовать больше времени и затянуться на 2—3 недели.

Осложнения при ангинах очень редки. Но часто повторяющиеся, не леченные случаи бактериальной инфекции приводят к серьезным последствиям, таким как ревматическое поражение сердца и суставов и нарушение деятельности почек (нефрит).

- *Флегмонозная ангина* — это гнойное воспаление вокруг миндалины. Кроме сильной боли в горле, особенно при глотательных движениях, вы отметите при осмотре зева, что миндалины асимметричны — одна из них будет сильно распухшей. При подозрении на флегмонозную ангину сразу же обратитесь к врачу, так как может понадобиться не только лечение курсом антибиотиков, но даже хирургическое вмешательство.

Потеря голоса часто сопровождает боль в горле (а иногда голос пропадает сам по себе, при отсутствии каких-либо болевых ощущений), что позволяет предположить *воспаление гортани (ларингит)*. Ларингит возникает чаще при остром катаре верхних дыхательных путей, гриппе и других инфекциях, а также в результате перенапряжения голоса. Если это произошло, то ребенку следует не напрягать голосовые связки до полного восстановления голоса (не следует говорить даже шепотом — это тоже требует напряжения связок) и постоянно делать паровые ингаляции. Если через не-

сколько дней при выполнении этих рекомендаций голос не возвращается, то тогда нужно обратиться к врачу.

- При больном горле требуется только постоянно снимать симптомы, пока болезнь не пройдет сама. Парацетамол, обильное питье (особенно охлажденные напитки) — это именно то, что требуется вашему ребенку.

- Полезно ему будет также дышать паром над миской с горячей водой, содовые ингаляции, но будьте осторожны во избежание ожога.

- Детям постарше может принести облегчение полоскание теплой водой с раствором пищевой соды. Дети старше 12 лет могут вместо соды использовать растворимый аспирин, который действует сильнее.

- Антисептические или анестетические аэрозоли и масла тоже помогут снять симптомы, но они не ускоряют процесс выздоровления, а если ими пользоваться постоянно на протяжении нескольких дней, они сами могут спровоцировать воспалительный процесс.

- Обратитесь к врачу, если: у вашего ребенка болит горло и есть другие симптомы болезни; ребенок не может глотать жидкость; не способен проглотить собственную слюну (это заставляет предположить серьезный случай сужения просвета горла, например, при флегмонозной ангине, или эпиглоттите; ребенок издает хрипящие звуки на вдохе (возможно, круп или эпиглоттит).

- Обратитесь к врачу, если боль в горле продолжается более 10 дней (возможна инфекция типа ремицирующей лихорадки).

БОЛЬ В ГРУДИ

Сильная и продолжительная боль в груди бывает у детей не очень часто, хотя время от времени они могут испытывать короткие приступы боли в груди.

Иногда физические упражнения могут вызвать безобидную, хотя и интенсивную боль в груди ребенка, возникающую в нижней ее части, обычно спереди сбоку. Она проходит через несколько минут отдыха от физической нагрузки.

Причина возникновения этой боли неясна; возможно, боль объяснена своим возникновением напряжению связок, прикрепляющих диафрагму — группу мышц, отделяющих грудную клетку от брюшной полости, — к ребрам.

- Стресс и беспокойство могут стать причиной боли где угодно, и в груди в том числе. При этом большой участок имеет размытые границы и ребенок не может точно определить зону болезненности.

Боль в груди, усиливающаяся при глубоком дыхании или кашле, известна как *плевральная боль*. К ней следует отнестись серьезно, потому что она может свидетельствовать о неполадках с легкими или с плеврой (прослойкой между легкими и ребрами).

Плевральная боль у детей вызывается пневмонией (воспалением легких). Обоснованно думать об этой причине боли можно особенно тогда, когда присутствуют и другие симптомы пневмонии — кашель и температура. Если у вашего ребенка боль, похожая на плевральную, — срочно обратитесь к врачу.

- *Боль в груди, усиливающаяся при движении*, скорее всего носит травматический характер, даже если внешних следов травмы нет. Обычно ушибленное место приобретает болезненную чувствительность. Как и в случае плевральной боли, эта боль немного усиливается при глубоком вдохе или кашле, но гораздо сильнее она реагирует на движения тела, конечностей. В отличие от плевральной боли характерно усиление болей при нажатии на место болезненности.

- *Боль, локализующаяся в одном месте грудной клетки, которое приобретает болезненную чувствительность*, скорее всего свидетельствует о переломе ребра, особенно если она появляется после серьезной травмы. Подозрения на перелом ребра подтверждаются, если нажатие на грудину спереди вызывает боль в ранее возникшей зоне болезненности в проекции ребра.

Сломанные ребра заживают сами по себе за несколько недель без всякого лечения. Однако, несмотря на это, если вы считаете, что у вашего ребенка перелом ребра, то обратитесь к врачу, чтобы он подтвердил диагноз и убедился, что легкие при этом не повреждены.

- *Жгучая боль в глубине груди, за грудиной*, часто развивающаяся после еды (изжога), так хорошо знакома многим взрослым. Она вызывается тем, что кислота из желудка попадает в пищевод. У детей это тоже бывает часто. Некоторые дети предрасположены к этому особенно. Во избежание изжоги следует исключить те блюда, которые провоцируют подобную реакцию, сидеть прямо во время и после еды и принимать препараты, нейтрализующие кислоту. Если эти меры не помогают, обратитесь к врачу, он может прописать вам более сильные действующие препараты.

- *Острая боль за грудиной* при простуде или ангине может свидетельствовать о трахеите — воспалении трахеи. Трахеит вызывается теми же микробами, что и ангина. Частым симптомом заболевания помимо боли является и сухой кашель. Трахеит про-

ходит через несколько дней. Для облегчения боли можно использовать парацетамол. Могут оказаться полезными ингаляции.

- *Боль в груди после нескольких дней кашля* встречается часто и обычно свидетельствует лишь о растяжении одной из межреберных мышц, вследствие постоянного кашля. Движения ребенка и нажатие на больное место могут оказаться болезненными.

Боль пройдет вскоре после того, как утихнет кашель. Если у вас имеются какие-то подозрения, что боль может оказаться плевральной, обратитесь к врачу.

БОЛЬ В ЖИВОТЕ ВНЕЗАПНАЯ

Внезапная боль в животе с одинаковой частотой встречается в любом возрасте. Возможных причин — множество, некоторые из них могут быть весьма серьезными. Если у ребенка боль в животе непонятного происхождения, приступ которой длится более 3-х часов, или если ребенок при этом болен, то необходимо вызвать врача.

- Боль в животе у детей до года может быть результатом колик.
- Длительный кашель или рвота часто вызывают боль в животе, которая развивается в результате сильного утомления мышц, передней брюшной стенки, участвующих в кашле и рвоте.

- Коликообразная (схваткообразная) боль может быть вызвана кишечной микрофлорой, жизнедеятельность которой приводит к поносу и рвоте. Чаще всего такая боль возникает в центре живота или чуть левее пупка, приступ длится 1—2 минуты, затем боль уменьшается и проходит. Если вы надавите на живот, ребенок может ощущать дискомфорт, но никакого напряжения передней брюшной стенки ощущаться не должно.

Понос и рвота в таких случаях очень сильные, что отличает это заболевание от аппендицита, при котором могут быть один-два болевых приступа.

- Аппендицит обычно бывает у детей старше 2-х лет. Аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки в нижней правой части живота. Хотя ребенок может ощущать боль не обязательно в этом месте.

Иногда боль начинается в центре живота, в подложечной области или под пупком и перемещается в нижний правый угол в течение нескольких часов. При ходьбе и движении боль усиливается, и ребенок не может идти прямо, приволакивает ногу, старается даже свернуться калачиком из-за боли.

Почти всегда аппендицит сопровождается потерей аппетита, плохим самочувствием и иногда одним-двумя приступами рвоты. У

ребенка слегка повышается температура, появляется налет на языке. Все это может сопровождаться запором или, наоборот, легким поносом.

Самый точный признак аппендицита — болезненная чувствительность в правом нижнем углу живота.

При малейшем подозрении на аппендицит обратитесь к врачу, потому что единственным лечением является своевременное хирургическое удаление аппендикса (аппендэктомия). Если вовремя не удалить воспаленный аппендикс, он может лопнуть, вследствие чего инфекция распространится на всю брюшную полость (что называется перитонит) и может привести к серьезным осложнениям.

- У детей в возрасте до 3-х лет простуда и ангина иногда вызывают боли в животе из-за развития брыжеечного мезаденита. Он характеризуется увеличением лимфоузлов в животе ребенка и появлением их болезненности. Это сочетается с увеличением лимфоузлов в других областях тела в результате попадания инфекции в них. Мезаденит приводит к болевым ощущениям, симптоматика которых может совпадать с симптоматикой аппендицита.

Если у ребенка болит живот, горло, высокая температура, увеличены лимфоузлы на шее, то у него может быть мезаденит. Но по симптомам его очень сложно отличить от аппендицита, поэтому лучше посоветуйтесь со своим лечащим врачом.

- Боль в боку и скорее в нижней части спины, чем в животе, может быть вызвана почечной инфекцией. При этом обычно у ребенка поднимается температура, его рвет; дети более старшего возраста чаще мочатся, при этом жалуясь на боль. Такая же симптоматика характеризует и наличие камней в почках и мочеточниках, что, правда, у детей встречается редко. При подозрении на инфекцию почек или мочеполовых путей обратитесь к врачу.

- Заболевания органов грудной полости тоже могут вызвать боли, которые ребенок ощущает в верхней части живота, как правило, с одной стороны.

- Боли в животе в сочетании с опухолью в паху и мошонке могут свидетельствовать об ущемленной грыже или не опущении яичка; обратитесь к врачу.

- Боли в животе, сопровождаемые изменением цвета кожи на желтоватый, скорее всего свидетельствуют об инфекционном гепатите.

Часто боли в животе вызываются тем, что ребенок что-то не то съел (хотя в действительности это происходит не так часто, как об этом принято думать). Вы можете заметить это, если желудок ваше-

го ребенка реагирует таким образом, например, на большое количество фруктов, но не пытайтесь сразу исключить их из рациона, пока не удостоверитесь, что причина именно в этом. В случае каких-либо сомнений обратитесь к врачу.

Здесь приведены лишь некоторые признаки, позволяющие поставить конкретный диагноз. Поэтому если вы не уверены в причине внезапных болей в животе вашего ребенка, которые длятся более 3-х часов, или если нарушено общее самочувствие, то обратитесь к врачу.

БОЛЬ В ЖИВОТЕ ПОСТОЯННАЯ

• Хронические боли в животе, которые могут неожиданно возобновляться даже через несколько месяцев или лет, знакомы приблизительно 10% школьников. Самый «опасный» в этом отношении возраст — от 12 до 15 лет.

В 90% случаев никакой физической причины их развития обнаружить не удастся. Большое значение в возникновении болей этого характера играет эмоциональный стресс. В таких случаях ребенок бывает явно взволнован и возбужден; порой причиной стресса являются скрытые конфликты в школе или дома. Иногда же найти причину бывает весьма затруднительно.

В некоторых случаях такая «возвращающаяся» боль может быть симптомом детской мигрени, особенно если другие кровные родственники страдают мигренью. Шансы получить «настоящую» мигрень во взрослом периоде у ребенка, у которого в детстве бывали приступы боли в животе при отсутствии очевидных причин, гораздо выше среднего.

Характеризуя боли этого характера, следует сказать, что эта тупая постоянная боль, развивающаяся без какой-либо физической причины, появляется в районе пупка. Во время приступа ребенка может тошнить, у него может болеть голова, он может побледнеть и после приступа отправиться спать. Боль может возникнуть как днем, так и ночью, но ребенок редко просыпается от нее. Приступы происходят несколько раз в неделю в течение нескольких недель, затем прекращаются на несколько месяцев.

Специального лечения таких приступов боли не существует. От родителей требуется только создать ребенку комфортные условия, чтобы ему легче было выдержать боль; приступы прекратятся сами по себе через несколько лет. Даже если для болей в животе у ребенка нет физической причины, отнеситесь к нему с пониманием: он действительно болеет, а не симулирует с целью получить больше внимания или не идти в школу.

Некоторую помощь могут оказать парацетамол, но-шпа и горячая ванна или грелка (применять с осторожностью и недлительно!).

- Иногда постоянная боль внизу живота может быть вызвана хроническими инфекциями мочеполовых путей. Обратитесь к врачу, чтобы он подтвердил или опроверг это предположение, взяв у ребенка анализ мочи.

- Запор не так часто вызывает боль в животе, как может показаться. Большинство детей, страдающих запорами, не испытывают никаких болей, за исключением боли непосредственно во время опорожнения кишечника.

Тяжелые случаи запора всегда заслуживают внимания врача.

- Обратитесь к врачу, если у вашего ребенка повторяющиеся приступы болей в животе, а также в случае, если:

- боль не подходит под приведенное здесь описание боли, не связанной с физическими причинами;

- болит не в центре живота (как правило, чем дальше больное место от центра живота, тем более вероятна физическая причина);

- кроме боли присутствуют запор, понос или рвота в тяжелом варианте;

- имеются симптомы, имеющие отношение к мочеполовым путям;

- ваш ребенок плохо растет и набирает вес (это хороший общий показатель состояния здоровья).

БОЛЬ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ЗУБНАЯ

- *Зубная боль* — редкость у детей, но если она все же имеет место, то скорее всего свидетельствует о заболевании зубов или десен.

Иногда ребенку, у которого болит ухо или челюсть, может казаться, что у него болит зуб. Это — отраженная боль. Отраженная боль — частое явление в области рта и лица. Обычно при отраженной зубной боли гораздо труднее указать ее точное место, чем при действительной зубной боли.

Дети, к сожалению, предрасположены к начальному развитию кариеса, что создает много проблем в течение всей последующей жизни.

Профилактика кариеса заключается в регулярной чистке зубов с того дня, как у ребенка прорезался первый зуб, а также в минимальном употреблении конфет и других продуктов, содержащих сахар.

Дети, которые еще слишком маленькие, чтобы пользоваться зубной пастой, содержащей фтор, должны употреблять фторсодер-

жащие капли, если местная вода не содержит достаточно этого химического элемента. Посоветуйтесь по этому поводу с врачом.

Всегда помните: **зубная боль — сигнал того, что надо обратиться к стоматологу.**

• Боль во рту у детей до года часто бывает вызвана развитием *молочницы* — дрожжевой инфекции. Ребенок может чувствовать себя превосходно и не выказывать никаких болезненных симптомов, пока не пытается поесть, но после нескольких сосательных движений он с плачем выплевывает соску или материнский сосок. Изнутри его рот красный с белыми пятнышками на языке и внутренней поверхности щек. Пятна выглядят как капли молока, остающиеся во рту ребенка после кормления. Чтобы отличить их, осторожно потрогайте белые пятнышки пальцем или ручкой ложки. Капли молока отстанут, а пятна молочницы останутся на месте. Если у ребенка молочница во рту, она может с таким же успехом проявиться в анальной зоне и на половых органах, вызывая «пеленочную» сыпь. Если вы кормите грудью, то ваши соски тоже могут подвергнуться заражению.

Если у вашего ребенка молочница, то в обязательном порядке стерилизуйте бутылочки, из которых вы его кормите, а кормящей матери необходимо обрабатывать соски противогрибковой мазью, например, нистатином или клотримазолом.

Для обработки рта ребенка используйте миконазол, нанося его пальцем на полость рта изнутри. Также можно использовать капли и аэрозоли.

• Боль во рту у детей постарше обычно вызывается *герпесным стоматитом* (инфекция, вызываемая вирусом герпеса).

При герпетической инфекции кроме болей во рту ребенок может чувствовать немотивированную усталость, бывают подъемы температуры. Рот может приобрести такую болезненную чувствительность, что ребенок отказывается даже от питья и постоянно сплевывает, будучи не в состоянии проглотить даже собственную слюну.

Губы, язык, десны и вся внутренняя поверхность полости рта у такого ребенка покрыты крошечными волдырями и язвами. Лимфатические узлы («железки») на шее обычно существенно увеличены.

Хотя это состояние чрезвычайно болезненно и эффективного лечения для него не существует, оно проходит само по себе. Пик болевых ощущений продолжается несколько дней, а язвы, формирующиеся на месте пузырей и покрывающие слизистую оболочку рта, проходят через 10 дней.

Заставляйте ребенка как можно больше пить, т. к. единственная серьезная опасность заключается в обезвоживании организма из-за того, что ребенок отказывается пить.

Ребенок должен как можно лучше чистить зубы; конечно, на первый взгляд, было бы правильно оставить все как есть, раз рот так болезненно реагирует на любое раздражение, но это повышает риск развития вторичной инфекции (молочница, бактериальные инфекции) в разгаре развития герпеса.

Если у вашего ребенка стоматит и он отказывается пить, если появляются хотя бы малейшие признаки обезвоживания, срочно обратитесь к врачу. В тяжелых случаях требуются стационарные условия, при которых жидкость можно вводить прямо в вену.

- Иногда стоматит, напоминая герпесный, могут вызывать другие вирусы. Один из них, вирус Коксаки, может привести и к появлению волдырей на ладонях и стопах.

- *Одиночная язва во рту*, иногда 2–3 язвы — самая распространенная причина боли во рту у старших детей. В отличие от герпесного стоматита, в этом случае у ребенка всего 1–2 язвы и общее состояние нормальное, только лимфоузлы на шее могут быть слегка увеличены. Язва — дефект слизистой оболочки в виде белой или желтоватой окружности вокруг серого центра. Это место становится очень болезненным.

Иногда причина их появления непонятна, хотя часто язвочки возникают вследствие травмы слизистой оболочки рта: острая кость в пище, прикусывание щеки и т. д. — все это может травмировать слизистую и привести к образованию язвы.

Такого рода язвы во рту проходят обычно через пять дней.

Хотя эта операция и может стать болезненной, все же не переставайте регулярно чистить зубы. Это хорошее средство профилактики развития вторичных инфекций.

Для смягчения боли пользуйтесь кремом асептического действия, либо болтушкой с анестезином.

Если боль очень сильная и продолжительная, то проконсультируйтесь у врача на предмет применения стероидных таблеток или кремов для ускорения заживления язвы.

- Язвы во рту время от времени бывают у всех; у детей, подвергшихся воздействию стресса или болезни, их бывает больше обычного. Вероятность их появления резко уменьшается, если регулярно чистить зубы и вообще поддерживать общее здоровое состояние.

Очень редко множественные хронические язвы могут быть признаком болезни, в связи с чем следует посоветоваться с врачом.

Иногда боль во рту является побочным действием некоторых лекарств, особенно антибиотиков. Если у вашего ребенка воспаляется рот в течение приема того или иного лекарства, обратитесь на это внимание врача.

БОЛЬ В СУСТАВАХ И НОГАХ

Боль в ногах — часто встречающееся и достаточно безобидное явление у детей. Никакого серьезного заболевания за этим, как правило, не стоит. Однако есть несколько факторов, на которые следует обратить внимание.

- *Внезапная боль в одном из суставов* скорее всего свидетельствует о травме. Боль и припухлость сустава неизвестного происхождения заслуживают внимания врача.

- *Красный распухший сустав* требует немедленной консультации врача из-за того, что, возможно, это изменение сустава связано с попаданием в него инфекции (септический артрит) или с началом тяжелого системного заболевания, в первую очередь проявляющего себя подобными симптомами (болезнь Стилла, или юношеский ревматоидный артрит).

Септический артрит, если его не лечить, может вызвать необратимое повреждение сустава. Болезнь Стилла, если вовремя не обратить на нее внимание, может нанести ущерб зрению.

- *Боли в суставах, сопровождаемые прострелами*, особенно по утрам, или боли в суставах у ребенка, чувствующего выраженное общее недомогание, заслуживают серьезного к себе отношения. Обратитесь к врачу, потому что это могут быть симптомы болезни Стилла или даже лейкемии (лейкоза — опухоли кроветворной ткани).

- Боли в суставах по всему телу при гриппе или другом остром респираторном заболевании — достаточно обычное явление, составляющее часть общей симптоматики гриппа. Парацетамол может снять боль, а через несколько дней она пройдет сама.

Если какие-либо суставы распухли и покраснели, обратитесь к врачу.

- У старших детей и подростков распространена болезнь Шляттера. Она проявляет себя *острой болью в передней части колена*, где сухожилие коленной чашечки присоединяется к берцовой кости (кость голени). Это место приобретает болезненную чувствительность. Причина болезни с точностью не установлена. Заболевание особенно распространено среди детей, занимающихся спортом, и может быть просто результатом травмы.

Лечения не требуется; болезнь Шляттера обычно проходит сама по себе, чаще всего за несколько месяцев.

• *Боль в локтях* у детей тоже бывает часто, особенно в возрасте от года до трех лет. Обычно причиной боли является растяжение локтя, и хотя боль не очень сильная, ребенок не в состоянии пользоваться больной рукой или сгибать и разгибать больной сустав.

Причиной растяжения обычно бывает резкий рывок в локтевом суставе, поэтому маленьких детей нельзя резко поднимать за руку.

Растянутый локоть нужно в первую очередь нажимом вставить назад. Можете попытаться сделать это самостоятельно, если нет никаких признаков перелома или других повреждений. Согните руку ребенка в локте до 90 градусов, осторожно надавите на запястье, поддерживая локоть другой рукой, и в момент толчка выверните запястье наружу.

Этот прием можно проводить только один раз! Если он не подействовал, отведите ребенка к врачу.

• *Судороги в мышцах ног* могут случиться у ребенка любого возраста. Причина развития этой нередко встречающейся жалобы не установлена. Судороги часто случаются по ночам, иногда — в ходе физических упражнений. Судороги проявляют себя резким внезапным уплотнением пораженной мышцы и появлением в ней сильных болевых ощущений.

У некоторых детей судороги по ночам вызываются слишком холодной температурой или весом одеяла, поэтому для предотвращения судорог следует потеплее укутать на ночь ноги ребенка или, наоборот, раскрыть их. Либо можно попросить встать ребенка на ногу, в которой развилась судорога, и постоять так немного. Это тоже помогает.

Как правило, судороги обычно не являются признаком какого-то серьезного заболевания. Однако следует обратиться к врачу, если у ребенка хронические судороги, возникающие в любое время суток, для того чтобы исключить вероятность редких причин судорог (например, дефицита кальция или витамина D).

• *Боли роста* — наверное, самая распространенная причина болей в ногах. Большинство врачей в настоящее время уже не используют термин «боли роста», потому что нормальный процесс роста не должен становиться причиной боли. Тем не менее, другого столь же общепринятого термина для обозначения этих болей не существует. Эти боли — явление таинственное. Они поражают те места, где сухожилия соединяются с костями, и могут происходить из-за напряжения в этих сухожилиях, подвергающихся интен-

сивной ежедневной нагрузке. Эти боли внезапно появляются и очень быстро проходят. По ночам они становятся сильнее.

Они раздражают, но обычно не являются особенно сильными и не заставляют ребенка прекратить выполняемые в тот или иной момент действия. Физическая нагрузка не влияет на эти боли.

Чем бы они ни вызывались, боли роста безопасны, и для снятия их требуется только парацетамол.

Они могут проходить и вновь появляться в течение нескольких месяцев или даже лет, но в конце концов проходят навсегда.

БОЛЬ В УШАХ И ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УШЕЙ

Боль в ушах бывает у детей всех возрастов, но одни дети более предрасположены к этому, чем другие.

- Часто причиной болей в ухе становится инфекция, особенно к возрасту 8 лет. Обычно это *инфекция среднего уха*. Возможно, за несколько дней до этого ребенок простудился; когда развивается инфекция в ухе, у ребенка может подняться температура, его может тошнить. Если ребенок достаточно большой, он может жаловаться на боль в ухе или оглохнуть на одно ухо. Маленькие дети просто кричат, плачут, выглядят очень несчастными; кроме того, у них поднимается температура.

Во время инфекции среднее ухо заполняется жидкостью и гноем, и иногда давление в нем поднимается настолько, что барабанная перепонка лопается. В этом случае содержимое среднего уха вытекает наружу. Часто боль сразу же после начала гноетечения из уха проходит, потому что исчезает болезненное давление изнутри на барабанную перепонку.

Обратитесь к врачу. Лечение воспаления среднего уха проводится курсом антибиотиков, хотя в этом отношении мнения врачей разделяются. Некоторые считают, что специального лечения не требуется. Предпочтительнее просто дождаться, пока болезнь не пройдет сама, принимая парацетамол для снятия боли и жара.

Иногда жидкость, сформировавшаяся в ходе болезни в среднем ухе, не полностью рассасывается по окончании болезни. Антибиотики вроде бы должны предотвращать такой исход, но на практике это происходит не всегда. Через 6–8 недель после воспаления отведите ребенка к врачу, чтобы он проверил, вся ли жидкость рассосалась. Хотя лопнувшая барабанная перепонка обычно заживает сама, все же, если она лопнула, врач может изъявить желание почаще осматривать ребенка. Если жидкость не рассасывается, ребенок может оглохнуть на это ухо.

- *Инфекция наружного слухового прохода* встречается реже, чем инфекция среднего уха, но может проявлять себя очень сильной болью. Это так называемый наружный отит, и он не всегда объяснен своим происхождением инфекции — иногда воспаление наружного слухового прохода представляет собой форму дерматита. В такой ситуации у ребенка болит ухо, но нет ни температуры, ни других признаков воспаления среднего уха. При наружном отите также из уха может выделяться жидкость. Вам следует обратиться к врачу.

Некоторые дети предрасположены к внешнему отиту и могут болеть им несколько раз. Иногда можно обнаружить причину, провоцирующую внешний отит, — например, это может быть вода из бассейна или ванны, попавшая в ухо.

Лечение может быть обеспечено ушными каплями от вашего врача, но иногда может потребоваться процедура по очистке наружного слухового прохода от мертвой кожи, гноя и т. п.; она проводится обычно в поликлинике.

Внешний отит приносит много неудобств, но не оказывает, в отличие от воспаления среднего уха, действия на слух ребенка в дальнейшем.

- *Больное горло или больной зуб* — часто встречающаяся причина возникновения боли в области уха. Ухо обладает очень ярко выраженным свойством отражать боль (т. е. если у ребенка болит в другом месте, он может ощущать боль именно в ухе).

Без консультации с врачом нельзя быть точно уверенным, что представляет собой боль в ухе вашего ребенка: действительно ли у него болит ухо или эта боль — отраженная.

- *Фурункул в ухе* может быть очень болезненным; его легко заметить, если он не расположен внутри наружного слухового прохода.

- Боль может быть вызвана *инородным телом, попавшим в ухо*, обычно при этом также выделяется много жидкости.

- *Ушная сера* очень редко, вопреки широко распространенному мнению, становится причиной ушной боли. На самом деле она редко становится причиной каких-либо проблем, а если уж и становится, то вызывает просто безболезненное ухудшение слуха. Очень редко комочек ушной серы под посторонним воздействием может упереться в стенки ушного канала и вызвать боль.

- Ухо может долго болеть после травмы, особенно, если вокруг уха — синяк. Прямой удар непосредственно по уху, особенно плоским предметом или ладонью, может разорвать барабанные перепонки.

Если ваш ребенок получил такой удар и жалуется на звон в ухе или ухудшение слуха спустя более 5 минут после удара, обратитесь к врачу.

- *Боль в ухе с выделениями* из него может говорить либо о воспалении среднего уха с разрывом барабанной перепонки, либо о наружном отите, либо о постороннем предмете в ухе.

- *Выделения из уха при отсутствии боли* могут свидетельствовать о любой из вышеперечисленных причин, но иногда это, собственно, не совсем выделения. То, что вытекает из уха, может быть полужидким коричневым или темно-коричневым элементом ушной серы; это нормальный путь, которым ухо избавляется от излишков серы. Это происходит постоянно и является вполне нормальным, хотя на всякий случай стоит все же посоветоваться с врачом.

Если у вашего ребенка выделения из уха или боль в ухе, длящаяся более 20 минут, обратитесь к врачу.

БОЛЬ В ЯИЧКАХ

Яички мальчиков очень чувствительны, и боль зачастую является результатом травмы. Любая боль, которую невозможно объяснить подобной причиной или при которой яички распухают, требует внимания врача.

- *Травма яичек* обычно бывает получена в драке, в результате несчастного случая в процессе игры или спортивного занятия. Несколько минут боль бывает просто нестерпимой, но затем уменьшается и постепенно проходит. Сильные удары могут вызвать кровоизлияние в яичко, вследствие чего оно распухает и болит в течение нескольких дней. Обычно лечения не требуется, за исключением применения болеутоляющих средств, таких, как парацетамол, отдыха и тепла. Сразу после получения травмы к травмированному месту можно приложить лед, но не подвергайте яички воздействию льда более чем на несколько минут.

Если боль сильная, длится более шести часов или сопровождается заметной припухлостью или синяком — обратитесь к врачу.

Возможно, он не порекомендует ничего, кроме более сильных болеутоляющих средств, но иногда может потребоваться и хирургическое вмешательство для удаления крови и уменьшения давления внутри яичка.

Травмы яичек очень болезненны, но они почти всегда проходят без последствий для здоровья мальчика в дальнейшем.

Боль в яичках при отсутствии травмы требует к себе серьезного отношения, потому что в таком случае есть риск того, что это перекрут яичек.

- *Перекрут яичек* — это состояние, при котором яички мальчика переворачиваются в мошонке. Обычно они бывают прикреплены к задней стенке мошонки, что делает их движение невозможным. Но у некоторых детей яички не так крепко прикреплены и могут внезапно перевернуться. Опасность заключается в том, что при этом сосуды, снабжающие яички кровью, пережимаются, что влечет за собой риск необратимого повреждения или даже потери яичка.

Обычно при перекруте сразу возникает внезапная сильная боль, часто сопровождаемая рвотой. Иногда мальчик чувствует боль также и в нижней части живота. Яички приобретают повышенную чувствительность, могут подтянуться к самому верху мошонки; в течение нескольких часов яичко и мошонка сильно распухают.

Если вы подозреваете, что у вашего мальчика перекрут яичек, то немедленно обратитесь к врачу.

Лечение заключается в срочном хирургическом вмешательстве для возвращения яичка в нормальное состояние.

Промедление может привести к омертвлению яичка, в результате чего останется только удалить его.

- Инфекции яичка тоже могут служить причиной боли в мошонке, но они не представляют такой серьезной угрозы, как перекрут.

Эпидидимит — это воспаление придатка яичек — скопления канальцев, по которым проходит сперма. Это заболевание взрослых мужчин, хотя иногда оно поражает и старших мальчиков.

Яичко, а с ним и половина мошонки, распухает, становится резко болезненным, красным и горячим. Причиной является бактериальная инфекция. Антибиотики обеспечивают полное исцеление.

- *Свинка (эпидемический паротит)* может вызывать воспаление, т. е. припухлость и боль в яичках (вирусный орхит), иногда оказывая при этом влияние на полноценность ребенка как мужчины в будущем. Вирус паротита не поражает яички детей до периода полового созревания.

- Увеличение мошонки, развитие ее припухлости с болью или без нее может быть признаком грыжи или *водянки яичка*.

- Отсутствие одного яичка в мошонке обычно не вызывает боли, но заслуживает внимания врача.

Внимание: внезапная резкая боль в яичке всегда заслуживает внимания врача ввиду риска перекрута.

БОРОДАВКИ

Бородавки считаются кожной инфекцией, вызываемой у человека вирусом папилломы. Похожие изменения кожи, называемые

molluskum contagiosum (моллюск инфекционный), вызываются другим вирусом.

• *Бородавки* появляются в виде образования телесного цвета на лице и ладонях и могут оставаться там, не меняя свою окраску. Чаше бородавки с течением времени темнеют, приобретают неправильную форму и постепенно растут. Характерно появление в одном месте нескольких бородавок сразу.

Бородавки совершенно безвредны и очень редко вызывают какие-либо проблемы (кроме связанных с их неприглядным внешним видом). Они не очень заразны, но все же могут передаваться посредством прямого контакта, через общие предметы бытового обихода, игрушки, общую ванную или душевую. Возможно распространение бородавок, возникших у ребенка вначале только на одном каком-то месте, на все тело.

Бородавки могут возникать на стопах ребенка и вызывать резкие болезненные ощущения при ходьбе в результате их травматизации. На стопе бородавки обычно остаются плоскими; они имеют темную грубую поверхность и окружены кольцом темной омертвевшей кожи. Иногда в центре бородавки имеются крошечные черные точки: это капельки крови внутри бородавки.

Лечение бородавок не часто является необходимым, потому что в конце концов они исчезают сами по себе, хотя на это могут потребоваться месяцы или даже годы. В среднем около половины бородавок проходит за год, а большинство — за 18 месяцев, и лишь в редких случаях бородавки держатся дольше.

Бородавки очень некрасивы, это может угнетать ребенка. Если бородавки появились на стопе, то они вызывают боль при ходьбе. Существует несколько возможных способов лечения, но, к сожалению, ни один из них не гарантирует успеха.

Действие всевозможных кремов и мазей от бородавок заключается в основном в том, чтобы удалить слой твердой мертвой кожи, покрывающий бородавку. Нормальную кожу они могут просто-напросто сжечь, поэтому кожу вокруг бородавки необходимо предохранять от воздействия этих мазей.

Для достижения эффекта требуется несколько недель. Большинство мазей надо накладывать два раза в неделю, в зависимости от прилагаемой инструкции; при покраснении и болезненных ощущениях в коже, окружающей бородавку, мазь следует накладывать реже.

Никогда не накладывайте никаких мазей на лицо ребенка, не посоветовавшись с врачом, потому что кожа на лице особенно не-

жна. На самом деле большинство врачей предпочитают не лечить бородавки вообще. Когда бородавка исчезает в ходе лечения, после нее может остаться шрам, чего никогда не бывает в том случае, если бородавка проходит сама.

Бородавки на ногах, да и в любом другом месте, если они твердые, роговые, полезно каждый день отпаривать в теплой воде, мягко соскабливая мертвую кожу пемзой или мочалкой.

Если ваши действия не оказывают эффекта, то обратитесь к врачу, который может разрушить бородавку воздействием очень низкой температуры, прижечь или удалить с помощью скальпеля.

Все эти методы могут оказаться болезненными и нести риск того, что после них останется шрам, и для полного избавления от бородавки может потребоваться несколько сеансов. Поэтому большинство врачей не применяют таких мер по отношению к маленьким детям.

• *Моллюск инфекционный* — это маленькие розовые блестящие припухлости на коже, обычно с ямочкой посередине. Они растут медленно и обычно не достигают в диаметре более 0,5 см.

Как и бородавки, они часто возникают скоплениями, иногда — на различных частях тела одновременно. Они не болят и не чешутся, хотя у детей с чувствительной кожей моллюск может покраснеть и воспалиться. Это проявления кожной инфекции, вызываемой вирусом, отличным от вызывающего бородавки. Как и бородавки, они сами по себе исчезают со временем, обычно в течение года. Заболевание заразно, и часто несколько членов семьи могут одновременно страдать моллюсками.

Как и в случае бородавок, лечить моллюск часто не нужно. Если по каким-то причинам вашему ребенку лечение необходимо, то оно ничем не будет отличаться от лечения бородавок. Врач может ввести в моллюск ядовитые вещества, способные разрушить его (например, фенол), или раздавить образование пинцетом, вследствие чего опухоль рассасывается. Однако эти меры могут быть болезненными и маленьких детей могут просто испугать.

БОТУЛИЗМ

Ботулизм — это инфекционное заболевание, которое вызывается продуктами, содержащими палочки ботулизма. Возбудитель болезни в природе широко распространен, живет в почве, в виде спор, сохраняется в течение долгого времени.

К продуктам, которые могут вызвать ботулизм, относятся мясные, рыбные, фруктовые и овощные консервы (в том числе и до-

машине), грибы, колбасы и колбасные изделия, рыба и мясо. Домашние консервы и продукция промышленного производства (например, копченые колбасы и ветчины), зараженные ботулизмом, выглядят без изменений, нет неприятного запаха. При этом палочка ботулизма распределяется по продукту очагами, неравномерно, именно поэтому из нескольких детей, евших тот или иной продукт, заболевают не все. Признаком опасности консервов может служить вздувшаяся крышка, особенно на баночке с детским питанием.

Попадая в кишечник, токсин очень быстро всасывается в кровь, при этом возникает тяжелое заболевание, нередко летальные исходы. Явные признаки заболевания могут проявиться как в течение нескольких часов, так и в течение 5–7 дней. Первоначально ребенок ощущает сухость во рту, слабость и головную боль. Температура тела остается нормальной или повышается незначительно.

Диарея и рвота бывают редко, чаще ботулизм сопровождается запорами, с которыми не справляются ни слабительные препараты, ни клизмы. Как правило, резко ухудшается зрение.

Ботулизм может привести к возникновению косоглазия, которое проходит с выздоровлением. Отмечается неравномерное расширение зрачков (один зрачок шире, чем другой). Изменяется и голос ребенка, он становится слабым или вовсе пропадает. Мышечная слабость нарастает постоянно, становится трудно двигаться, глотать (даже жидкость, она иногда выливается через нос); голову такие дети держат с трудом, она заваливается вперед и набок. Отмечаются глухие тоны сердца, давление резко снижается. При первом же подозрении на ботулизм необходимо срочно вызвать врача.

Без введения сыворотки против ботулизма у ребенка может остановиться дыхание, особенно опасно заболевание для маленьких детей. При подозрении на ботулизм, до приезда «скорой помощи», необходимо сделать промывание желудка раствором соды, сделать клизму и дать слабительное. Диагностировать заболевание должен только врач, так как следует отличать ботулизм от отравления грибами, атропином или метиловым спиртом, признаки ботулизма и отравления на ранних стадиях очень похожи.

ВЕТРЯНКА

Ветряная оспа, ветрянка — вирусное заболевание, легко передающееся контактным путем, при котором на коже и слизистых оболочках появляются зудящиеся пузырьки.

Симптомы проявляются через 9–21 день после общения с больным. При этом повышается температура, иногда до 39 °С. На волоси-

стой части головы, за ушами, а затем и на теле появляется сыпь — пузырьки, заполненные прозрачной жидкостью, кожа вокруг них слегка краснеет. В течение 3—5 дней старые пузырьки подсыхают и одновременно появляются новые. Период высыпаний длится 1,5—2 недели. Высыпания сопровождаются кожным зудом. После подсыхания пузырьков через несколько дней корочки сами отпадают. Заразным ребенок считается 9 дней после появления сыпи.

Три составляющие лечения ветрянки: домашний режим, хороший уход и зеленка.

- Во избежание распространения инфекции следует смазывать каждую точку по несколько раз в день зеленкой, настойкой прополиса, фулорцином или метиленовым синим.

- Сыпь на слизистой рта смазывают любой противовирусной мазью или полощут настоем календулы. Можно полоскать теплым настоем фурацилина. Для этого растолките одну таблетку фурацилина, растворите в 1 стакане кипятка и остудите.

- Из рациона исключают сухую, царапающую пищу (сухари, печенье), кислые и другие раздражающие продукты (соки, лимоны, приправы). Давайте теплую полужидкую пищу и обязательно обильно поите малыша (слабый чай, минеральная вода без газа и разбавленные наполовину соки).

- Снять зуд поможет теплая ванна, если у ребенка нет температуры, обильной сыпи и осложнений. Можно добавить в воду раствор марганцовки или отвар лекарственных трав (ромашки, календулы, шалфея) и разрешить малышу немного поплескаться. Но ни в коем случае не используйте пену для купания и мочалку. Не следует вытирать ребенка полотенцем, тело можно только промокнуть. После этого сыпь снова смазывают зеленкой.

- Пусть малыш почаще моет руки с мылом, а вы подстригите ему ногти. Каждые два дня необходимо менять постельное белье, а нательное — ежедневно. Регулярно проветривайте помещение и проводите влажную уборку.

ВУЛЬВОВАГИНИТ, ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА

Воспаленная вагина, иногда с выделениями из нее, часто наблюдается даже у самых маленьких девочек, и в большинстве случаев в этой симптоматике нет ничего страшного.

- *Вагинальные выделения у новорожденных девочек* в первые дни жизни — совершенно нормальное явление. Обычно выделения жидкие, белесые и водянистые, хотя примерно через неделю может наблюдаться небольшое кровотечение. Причина этого

заключается в том, что вагина и матка девочки реагируют на гормон эстроген, попавший в кровь ребенка из крови матери во внутриутробном периоде и какое-то время сохраняющийся в крови ребенка после рождения.

Вагинальные выделения в предпубертативном периоде тоже бывают очень у многих девочек и тоже являются реакцией на эстроген, который на этот раз организм девочки начинает вырабатывать сам. Выделения обычно белесые и жидкие.

Выделения или воспаления вагины после периода ранней новорожденности до переходного периода обычно являются результатом того, что в вагину попадают маленькие частицы грязи или даже просто мертвой кожи. Это способствует возникновению инфекции, и кожа вокруг входа в вагину может покраснеть и воспалиться. Это вульвит, воспаление вульвы (кожи вокруг наружного края вагины). Обычно в этом случае выделения прозрачны, имеют белый или желтоватый цвет, иногда могут быть липкими и иметь неприятный запах. Некоторые девочки с очень чувствительной кожей могут таким образом реагировать на мыло или шампунь.

Это очень распространенная проблема, и ее появление не означает, что ваш ребенок нечистоплотен или что вы за ним плохо ухаживаете.

От вас требуется только правильно вести себя, пока проблема не разрешится сама по себе. Избегайте контакта мыла или шампуня с вагиной вашей девочки, но промывайте ее чистой водой ежедневно. Промывайте только то, что доступно вашему взгляду; можно слегка раздвигать половые губы.

Всегда подмывайте девочку после туалета спереди назад, чтобы ничего не попало в ее вагину. Если она уже достаточно большая, чтобы подмываться самостоятельно, убедитесь, что она делает это правильно.

Лучше всего, если девочка носит хлопковые трусики; ей полезно какое-то время ходить вообще без белья, если это возможно.

Для предохранения кожи промежности от воспаления можно использовать специальные кремы, цинковую мазь и касторовое масло.

- *Сильный зуд в области вагины*, часто в сочетании с зудом в заднем проходе, усиливающийся по ночам, говорит о вероятности того, что у вашего ребенка острицы.

- *Большое количество выделений*, которые могут быть густыми и темно-желтыми или коричневыми, скорее всего свидетельствуют о попадании в вагину инородного тела. В этих выделениях может оказаться кровь, иногда они могут очень сильно пахнуть.

- Сексуальное насилие тоже может привести к возникновению инфекции и выделений, хотя это довольно редкое явление, и не нужно приходить к подобным выводам, основываясь только на том, что у вашей дочки вагинальные выделения.

- Если у девочки, которую еще пеленают, область вокруг вагины красная и воспаленная, то это может быть следствием раздражения от пеленок.

Обратитесь к врачу, если:

- у вашей дочки вагинальные выделения, продолжающиеся более недели, несмотря на то, что все вышеописанные меры приняты;

- выделения густые, сильно пахнут или выделяются в большом количестве (возможны посторонние объекты или серьезные инфекции);

- кожа вокруг вагины чешется (возможно, острицы) или красная и воспаленная (возможно, инфекция).

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Слезящиеся глаза у маленьких детей, особенно у новорожденных, — обычное явление. Слезиться может как один глаз, так и оба, часто с рождения. Белки глаз не выглядят красными или воспаленными, но в глазах скапливается желтый гной, который может даже залепить глазки ночью.

Иногда, у самых маленьких, повинна в этом инфекция, полученная в момент рождения, но чаще всего причиной является *закупорка слезных протоков* — узких каналов, по которым вытекают слезы из внутренних углов глаз в носоглотку.

Если слезные протоки заблокированы — слезы не вытекают, а скапливаются в глазу, где и загустевают.

Нужно только периодически протирать глаз ваткой, смоченной в кипяченой воде или чае. Протирайте движениями из наружного угла глаза к внутреннему, стараясь при этом массировать внутренний угол глаза малыша. При постоянном массаже глазные протоки приходят в норму и открываются.

И без всякого лечения почти всегда через несколько недель, в крайнем случае — месяцев, заблокированные глазные протоки раскрываются.

Если к возрасту 9 месяцев слезящиеся глаза все еще представляют собой проблему, обратитесь к врачу, возможно, он прочистит глазные протоки, прогнав по ним воду крошечной иглой.

Глазные капли, содержащие антибиотики, которые врач выпишет при глазных инфекциях, в этом случае не помогают, но если

белки глаз ребенка покраснели, это может сигнализировать об инфекции, и вам следует обратиться к врачу.

- Слезящиеся и красные глаза у детей более старшего возраста могут означать *конъюнктивит* — инфекцию слизистой оболочки глаза. Обычно он поражает только один глаз, впрочем, инфекция может быстро распространиться и на другой. Конъюнктивит начинается внезапно, обычно после простуды; более старшие дети могут жаловаться на неприятные ощущения, как будто им что-то попало в глаз.

Конъюнктивит заразен, и им могут заболеть другие дети или члены семьи. Инфекция передается через тесный непосредственный контакт или через полотенца. Ребенка нельзя отпускать в школу, нужно выделить ему индивидуальное полотенце.

Чаще всего конъюнктивит вызывают вирусы, хотя иногда причиной его развития могут быть и бактерии. Обратитесь к врачу. Мазь или капли с антибиотиками помогут быстро избавиться от конъюнктивита, если он вызван бактериями. Даже без всякого лечения конъюнктивит пройдет сам по себе, надо только регулярно протирать глаза так, как описано выше.

Если конъюнктивит не прошел через 5 дней, обратитесь к врачу.

- Красный сухой глаз заслуживает внимания врача. Скорее всего, это вариант конъюнктивита, но обследование может выявить и другую причину — например, *увеит (воспаление глазного дна)*.

Любое нарушение зрения, сопровождаемое покраснением глаз, заслуживает внимания врача. Конъюнктивит никоим образом не влияет на зрение, хотя иногда гной поверх глазной оболочки и делает предметы более блеклыми.

- Покраснение глаза и боль в нем могут быть вызваны также частичкой грязи, попавшей в глаз. Осторожно оттяните веко малыша, пока не увидите посторонний объект, и удалите его кусочком ваты. Если вы не можете этого сделать, обратитесь к врачу.

Если существует вероятность того, что посторонний предмет задел роговицу — прозрачную часть глаза, за которой видны радужка и зрачок, то немедленно обратитесь к врачу.

- Если нажатие на глаз вызывает покраснение и боль, то стоит проконсультироваться с врачом для выявления *эрозии роговицы* — трещинки на прозрачной оболочке глаза. В этом случае необходимо очень осторожно проводить лечение, чтобы не допустить появления рубца, который непоправимо ухудшит зрение ребенка.

- Глаза могут на какой-то период становиться красными и слезящимися вследствие *аллергии*. Обычно симптомы проявляются

на обоих глазах сразу, и при полном отсутствии внешнего воздействия может возникнуть ощущение песчинок в глазах.

У детей постарше в весенний период может возникнуть так называемая «сенная лихорадка» — аллергия на цветочную пыльцу. Ее симптомом также является насморк. Впрочем, аллергенами могут служить и другие субстанции.

Исключите ситуации, в которых, как вам известно по опыту, у ребенка проявляются вышеописанные симптомы, и давайте ему антигистаминные препараты. Обратитесь к врачу, он назначит вам дальнейшее лечение.

- *Ячмень* — это острое гнойное воспаление волосяного мешочка или сальной железы у корня ресниц. Он появляется внезапно в виде болезненной красной припухлости, обычно на верхнем веке.

Воспалительный инфильтрат находится на самом краю века. Ячмень несколько дней болит, а затем исчезает без всякого лечения так же внезапно, как и появился. Иногда он может слегка нагноиться — это не страшно, организм борется с инфекцией и абсцесс самостоятельно вскрывается.

Реже инфильтрат расположен внутри века. Тогда мы имеем дело с *внутренним ячменем*; обычно при нем распухает все веко, а не конкретный участок на его краю. Однако он тоже проходит обычно без всякого лечения, но иногда инфильтрат не рассасывается и после ячменя остается небольшое уплотнение. Это *мейболиева киста* — безболезненное образование размером не больше горошины под верхним веком. Мейболиева киста в общем-то безопасна, но она бросается в глаза и к тому же может вызывать неприятные ощущения (чаще всего — постоянное ощущение того, что что-то попало в глаз). Обратитесь к врачу, так как единственным действенным методом лечения является хирургическое удаление. Это быстрая безболезненная операция, которая проводится под местной анестезией.

Ячмень же не требует никакого лечения. Согревание, к примеру, компрессами с горячей водой может в определенной мере уменьшить или снять боль.

ГРИПП

Грипп — это вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Эпидемии гриппа возникают преимущественно в зимний период, чему есть объяснения — люди больше времени проводят в помещении, в питании наблюдается явный дефицит витаминов. Эти факторы делают формирование новых комбинаций вирусов заболевания чрезвычайно легким.

Симптомы гриппа, как правило, очевидны; состояние достаточно тяжелое, особенно у детей младшего возраста. Инкубационный период заболевания составляет от нескольких часов до двух суток, первым признаком гриппа может служить внезапно поднявшаяся температура (38–40 °С), которая сопровождается ознобом и суставными и мышечными болями. При этом в самом начале заболевания возникают жалобы на головную боль, как правило, в височной и лобной области, аппетит снижается, может стать хуже сон, возникает рвота или тошнота, а при крайне высокой температуре возможны приступы бреда или галлюцинаций.

При первичном осмотре выявляется цианоз губ (умеренный), небольшая гиперемия лица, небные миндалины отечны и немного покрасневшие. На задней стенке глотки можно обнаружить инъекции сосудов, зернистость. В зависимости от степени интоксикации, могут проявляться и иные симптомы — боли в животе, расстройства пульса, повышенная потливость.

Состояние ребенка улучшается с понижением температуры, общая продолжительность заболевания составляет около недели.

Особенно опасен грипп своими осложнениями, которые могут проявиться в любое время, независимо от начала заболевания. На фоне гриппа чаще всего возникают отиты, ларинготрахеобронхиты или пневмонии (сегментарная и очаговая). Клинически проявляются сопутствующие заболевания лающим кашлем, синдромом крупа.

У детей младшего возраста могут возникнуть осложнения со стороны центральной нервной системы, которые проявляются общим тяжелым состоянием ребенка и неврологической очаговой симптоматикой.

Лечение гриппа происходит, как правило, в домашних условиях. При этом ребенка желательно изолировать от остальных членов семьи и обеспечить ему постельный режим. Лечение симптоматическое, подбирается только врачом, назначаются противовирусные и жаропонижающие препараты. Обязательно соблюдение диеты и проветривание помещения.

Маленькие дети или дети с тяжелыми формами гриппа и имеющимися осложнениями подлежат госпитализации, так как прогнозы в таких случаях серьезные.

ДИЗЕНТЕРИЯ

Дизентерия является инфекционным заболеванием, поражающим кишечник. У заболевшего ребенка наблюдается лихорадка с ознобом, аппетит снижается, возникают жалобы на головную боль.

Заболевание возникает, как правило, из-за плохих санитарных условий проживания или при несоблюдении мер личной гигиены. Можно заразиться и при употреблении некачественной питьевой воды и молочных продуктов, невымытых фруктов.

Чаще всего дизентерией болеют дети в возрасте от 2 до 7 лет, источником заболевания может стать и песок в песочнице. Инкубационный период дизентерии составляет от одних суток до недели.

Начинается дизентерия с озноба, лихорадки и общего недомогания. Дети жалуются на головную боль (признак интоксикации организма), аппетит снижается, может появиться гипотония. Постепенно в животе появляются резкие, схваткообразные боли, стул становится водянистым, частым (от 2 до 15 раз в сутки, в зависимости от тяжести заболевания), характерно, что объемы испражнений небольшие.

Перед дефекацией болевые ощущения в животе у ребенка, как правило, усиливаются. В стуле наблюдают примеси крови и слизи, причем у детей младшего возраста кровь и слизь появляются позже, чем у более старших детей. У грудных детей при неправильной постановке диагноза и запущенном заболевании может появиться дистрофия.

Лечение дизентерии проводится комплексно, терапия подбирается строго индивидуально. Показания для госпитализации определяет врач. Важно применение антибактериальной терапии, для назначения препарата необходимо провести клинические анализы, чтобы определить тип возбудителя инфекции.

Как только возникает подозрение на дизентерию, начинают проводить лечение, направленное на нормализацию водно-солевого баланса. Назначаются и сорбенты, они необходимы для выведения из кишечника токсинов.

При сильных спастических болях целесообразно применение спазмолитиков, также проводится терапия, направленная на поднятие иммунитета. Также проводится коррекция биоценоза кишечника препаратами типа бактисубтил, биоспорин.

Легкая форма заболевания продолжается, как правило, день-два, более тяжелые формы дизентерии у детей длятся до 10 дней.

Важнейшую роль при лечении дизентерии у детей играет диета. Все продукты, раздражающие кишечник, в том числе и молоко, из рациона исключают, на весь период заболевания ребенка переводят на вареную, протертую пищу.

Переход на привычный режим питания осуществляют аккуратно, в течение месяца-двух.

ДИФТЕРИЯ

Возбудитель этого тяжелого инфекционного заболевания — токсигенная дифтерийная палочка, обладающая способностью вырабатывать сильный экзотоксин (яд).

Источник инфекции — больной человек или здоровый носитель токсигенной палочки. Инкубационный период — 2–10 дней.

Чаще всего (в 90–95% случаев) дифтерийная палочка проникает через слизистую оболочку миндалин, начинает размножаться и выделять экзотоксин.

Характерный признак дифтерийного зева — сероватая, с перламутровым блеском пленка, покрывающая всю миндалину, или в виде островков. Именно по наличию характерной пленки дифтерию отличают от тяжелой ангины. Но, чтобы не ошибиться в диагнозе, во всех подозрительных случаях обязательно делают бактериологический анализ.

Особенно тяжело протекает токсическая дифтерия зева. С первых часов температура повышается до 40 °С, ребенок становится вялым, сонливым, жалуется на сильную слабость, головную боль, боль в горле, иногда в животе. Зев становится красным, отечным, миндалины могут отекают настолько, что почти смыкаются. Отек появляется и на шее, достигая ее середины, даже ключицы.

Если вовремя не принять меры, то могут развиваться тяжелые осложнения, угрожающие жизни ребенка. И поэтому главное, что надо знать и твердо помнить: при малейшем подозрении на дифтерию выжидание недопустимо! Фактор времени играет при лечении дифтерии решающую роль. Главное средство, применяемое при этом заболевании, — противодифтерийная сыворотка, и чем раньше она введена, тем больше надежд на благоприятный исход.

Ребенка, заболевшего дифтерией, госпитализируют прежде всего потому, что в домашних условиях невозможно применить все те методы лечения, которые ему требуются для поддержания сердечной деятельности, снятия симптомов общей интоксикации организма, предотвращения осложнений.

Сейчас, благодаря массовому применению профилактических прививок, дифтерия стала относительно редким заболеванием. Но она не ликвидирована полностью, и не привитый ребенок может заболеть. Вакцинацию против дифтерии, коклюша и столбняка проводят комбинированной вакциной АКДС. Начинают ее в 3 месяца, вводя вакцину троекратно, с интервалом в 1,5 месяца. Через 1,5–2 года после окончания вакцинации проводится первая ревакцинация, в 9 лет — вторая (против дифтерии и столбняка), в 16 лет — третья.

Заболеть дифтерией может в редких случаях и привитой ребенок, но у него заболевание протекает в легкой форме, без осложнений.

ДЫХАНИЕ СВИСТЯЩЕЕ

Под свистящим дыханием подразумевается высокий музыкальный звук, раздающийся из легких на выдохе. Наверное, единственный звук, который можно спутать со свистящим дыханием, — это бульканье тягучей слизи в горле ребенка во время простуды. Оно обычно проходит вслед за кашлем.

- Свист в горле у детей в возрасте от 2 до 6 месяцев может быть признаком *бронхита*. Это вирусная инфекция, вызываемая обычно тем же возбудителем, который вызывает ложный круп у детей постарше и простуду у взрослых. Некоторые дети особенно предрасположены к такой свистящей реакции на этот вирус.

Сначала у ребенка развивается простуда, но вскоре он начинает дышать ускоренно и со свистом. Свист усиливается по ночам. Часто он звучит довольно тихо, но иногда дыханию создаются очень сильные помехи. Поэтому обратитесь к врачу, если дыхание вашего ребенка становится свистящим. Если при свистящем дыхании ребенку становится трудно дышать или если он начинает дышать все чаще, обратитесь за медицинской помощью немедленно.

У большинства детей бронхит не повторяется. Дети, переносящие повторные бронхиты, рискуют заболеть в будущем астмой.

- *Астма* — самая вероятная и серьезная причина свистящего дыхания во всех возрастах, начиная с 6 месяцев. Она поражает около 5% всех детей в той или иной степени, и в последние годы этот процент все возрастает.

Хотя самым важным симптомом астмы является свистящее дыхание, дети, страдающие астмой в легкой степени, могут не издавать подобных звуков. «Простуды», постоянно и неизбежно опускающиеся в легкие, или постоянный кашель, особенно усиливающийся по ночам или после физической нагрузки, увеличивают вероятность того, что у вашего ребенка астма. Изредка незамеченная астма в тяжелой форме может привести к замедлению роста.

Астма может иметь чередующееся течение периодов обострения и затишья: симптомы могут самопроизвольно появляться и проходить, и ребенок, у которого это заболевание выражено в очень сильной степени, может временами чувствовать себя прекрасно. Физические упражнения, инфекция или эмоциональный шок могут спровоцировать приступ кашля. У некоторых детей симптомы астмы провоцируются аллергией, чаще — к домашней пыли или к

животным. Аллергические реакции в виде обострения астмы могут наблюдаться даже после краткого посещения друзей, у которых есть домашние животные.

Симптомы астмы, провоцируемые аллергией, могут усиливаться по ночам, иногда — утром и вечером.

Экзема или сенная лихорадка каким-то образом связаны с астмой, и у ребенка, страдающего одним из этих трех заболеваний, повышен риск заболеть остальными двумя.

Астма обычно проходит к 10–20 годам, и хотя радикального лечения против нее не существует, основные ее симптомы можно надежно устранять, держать под контролем, используя средства современной медицины. Меры и средства лечения должны быть предписаны врачом, и лечение должно проводиться под его наблюдением. Основным средством лечения являются ингаляции, используемые как постоянно, так и во время приступов.

Ребенок вдыхает дозу лекарства в виде аэрозоли или порошка, и оно немедленно оседает в легких; ингаляторы можно использовать детям, начиная с года.

Обратитесь к врачу, если вам кажется, что:

- у вашего ребенка свистящее дыхание в любой степени;
- у вашего ребенка кашель по ночам, продолжающийся дольше двух недель; ваш ребенок кашляет или не может нормально дышать сразу после пробуждения;
- физические упражнения заканчиваются приступом кашля или тем, что у ребенка появляется одышка.

ДЫХАНИЕ ШУМНОЕ ИЛИ ЗАТРУДНЕННОЕ

Затрудненное дыхание, какой бы ни была тому причина, заслуживает внимания врача. Затрудненность дыхания не всегда заметна внешне при спокойном ритме дыхательных движений: попросите вашего ребенка дышать чаще обычного и понаблюдайте, не старается ли он при этом помогать себе, напрягая мышцы шеи и груди.

Если кожа между ребер или под краем реберной дуги, на границе груди и живота, втягивается внутрь, когда ребенок вдыхает, это сигнализирует о серьезном нарушении. Еще одним тревожным знаком является положение, при котором ребенок кладет руки на кресло или стол, опираясь таким образом, чтобы помогать себе при дыхании мышцами шеи и плеч. Самый серьезный показатель недостатка кислорода — это посинение ребенка, в этом случае необходимо срочно оказать первую помощь.

Указанные симптомы говорят о функциональных или органических препятствиях в дыхательных путях ребенка или в самих легких.

- Шумное дыхание говорит о частичной блокаде маленьких воздушных каналов легких или выше — трахеи, гортани или глотки. Оно не свидетельствует о какой-либо серьезной опасности — обычный *простудный кашель*, особенно у маленьких детей, заставляет их дышать со страшным шумом, что не представляет собой при этом никакой особой опасности.

- Дребезжащий звук на вдохе и выдохе — его часто издают маленькие дети при *простуде*. Маленькие дети предрасположены к этому, потому что их носоглотка очень легко блокируется слизью. Они не могут дышать ртом, разве что когда кричат, и поэтому они дышат носом, несмотря на любые затруднения в этом процессе, что нередко вызывает шумы при дыхании.

- Дыхание с шумом при вдохе называется свистящим и говорит о *нарушении проходимости трахеи или глотки*. Это может оказаться серьезнее, чем представляется на первый взгляд, и в таком случае ребенка следует показать врачу. Иногда причиной оказывается частичка пищи, попавшая в трахею.

- Другой возможной причиной является воспаление надгортаника — специального выроста, в норме закрывающего вход в гортань при проглатывании пищи, — *эпиглоттит*. При эпиглоттите у ребенка внезапно поднимается температура, он начинает плохо себя чувствовать, у него болит горло, он начинает хрипло кашлять. Ему становится трудно, иногда практически невозможно глотать даже собственную слюну, поэтому она постоянно сочится изо рта. Дыхание становится шумным. Часто этот хрип может вызываться и другими причинами, но не стоит испытывать судьбу: эпиглоттит представляет собой угрозу для жизни ребенка. Немедленно обратитесь к врачу!

Шум при выдохе — это обычно сопение, звук, исходящий не из трахеи или глотки, а из крошечных воздушных проходов в самих легких.

При **стридорозном дыхании**, вызванном застрявшим в трахее инородным телом, может потребоваться экстренная первая помощь.

Эпиглоттит обычно требует лечения в стационарных условиях — антибиотиками или, если потребуется, введением в горло трубки воздуховода для восстановления проходимости верхних дыхательных путей.

ЖЕЛТУХА

Это болезненное состояние обязано своим названием желтому цвету кожи больного, вызванному повышенным накоплением в его

организме билирубина. Билирубин — это отходы организма, образующиеся при разрушении красных кровяных телец.

В здоровом организме билирубин эффективно перерабатывается печенью. Но если повышенный уровень образования билирубина превышает предел возможностей печени по его удалению из организма или если печень поражена и не может работать с нормальной нагрузкой, то билирубин скапливается в организме и начинается желтуха — прокрашивание билирубином кожи, слизистых оболочек полости рта, конъюнктив, белков глаз.

Для постановки диагноза достаточно пожелтения кожи; первым признаком является пожелтение глазных белков.

Иногда пожелтение кожи (но не белков глаз!) может быть вызвано некоторыми лекарствами, большим количеством съеденной моркови или помидоров.

Однако просто поставить диагноз «желтуха» — недостаточно. Необходимо также найти причину заболевания.

- У новорожденных в первые дни жизни желтуха бывает очень часто, почти что у каждого второго ребенка. Крошечная печень малыша еще не в состоянии перерабатывать билирубин. Однако печень развивается очень быстро, и в подобных случаях желтуха — этот ее вид носит название *физиологическая желтуха новорожденных* — начинает проходить на третий-четвертый день жизни малыша.

Опасность заключается в том, что если в этот период уровень билирубина в крови поднимается очень высоко, то результатом могут стать судороги и повреждение мозга.

Лечения физиологическая желтуха обычно не требует, хотя вашему ребенку следует как можно больше пить, чтобы билирубин растворялся в крови и выводился с мочой. Выполнить эту рекомендацию не так просто, как кажется, потому что высокий уровень билирубина в крови вызывает сонливость и делает ребенка слишком вялым и сонным, для того чтобы тот проявлял интерес к питью.

В случае необходимости для разрушения билирубина в коже используется фототерапия — облучение кожи ребенка синим светом.

- В раннем возрасте желтуха, возникающая по другим причинам, — явление редкое, но более серьезное. Одним из вероятных случаев является несовпадение характеристик резус-фактора у матери и ребенка, когда красные кровяные тельца ребенка разрушаются антителами, находившимися в крови матери и попавшими в кровь ребенка. Другими возможными причинами являются инфекции или нарушение работы печени.

Обратитесь к врачу, если желтуха появилась через сутки после рождения — физиологическая желтуха новорожденных таким образом не проявляется. Также врачу следует показать ребенка, у которого желтуха длится более 10 дней; физиологическая желтуха за это время обычно проходит. Иногда она может длиться несколько дольше, особенно у детей, которых кормят грудью. Возможно, это объясняется влиянием, которое оказывают гормоны, содержащиеся в молоке матери, на печень ребенка.

Если ваш ребенок очень вялый, аппетит его резко снижен или если желтуха становится сильнее после третьего дня жизни, то обратитесь к врачу.

• Желтуха у более старших детей может оказаться *инфекционным гепатитом*. Он вызывается вирусом, поражающим печень, и, как следует из названия, носит инфекционный характер. Обычно ребенок заражается путем непосредственного контакта с инфицированным или через пищу. В развивающихся странах вирус может также передаваться с питьевой водой.

При этом заболевании желтуха проявляется обычно после недели непонятного недомогания, потери аппетита, болей в животе и плохого общего самочувствия. От воспаления печени может возникнуть боль в правом подреберье спереди. Стул ребенка светлеет, а моча темнеет, приобретая окраску темного пива.

Обратитесь к врачу. Желтуха может вызывать зуд, а через неделю-две сходит на нет, хотя в отдельных случаях может длиться неделями или даже месяцами. Большинство детей при этом чувствуют слабость и усталость, и им приходится прекратить посещение школы на срок от двух до шести недель.

Лечение инфекционного гепатита включает в себя создание ребенку комфортных условий, обильное питье, и первые несколько дней ребенок должен провести в постели. Обязательно нужно госпитализировать ребенка в инфекционное отделение.

В первые несколько дней болезни после контакта с ребенком необходимо тщательно мыть руки.

ЗАПОР

Запор — это понятие относится не к тому, как часто ваш ребенок ходит в туалет, а к тому, как проходит сам процесс дефекации. Регулярность испражнений вполне нормально может колебаться от одного раза в три дня до трех раз в день, и сами по себе большие интервалы в посещении туалета не свидетельствуют о запоре.

Гораздо более показательным в этом смысле является продолжительность сидения на горшке или в туалете, особенно если ре-

зультатом является небольшое количество твердого кала. У детей часто бывают подобные явления, но если это наблюдается в течение длительного времени, то может сигнализировать о серьезной опасности.

- *Кратковременный запор*, скорее всего, не представляет никакой опасности. Он может являться следствием любой болезни, из-за которой у ребенка снижен аппетит, особенно если наблюдается рвота, из-за которой желудок теряет большое количество жидкости.

Также часто запор может носить нервно-психический характер. Например, ребенок, только что пошедший в школу, вдруг обнаруживает, что в туалете слишком холодно и совсем не так интимно, как он привык. Маленькие дети могут пребывать в уверенности, что дома в туалете живут чудовища. Иногда ребенок, один раз нечаянно наделав в штанишки, зажимается настолько, что не может расслабиться и старается удержать стул даже в туалете. Иногда причиной запора может оказаться анальная трещина, которая делает процесс испражнения довольно болезненным.

По любой из этих причин ребенок старается задержать стул, вместо того чтобы облегчиться вовремя, вследствие чего кал заполняет кишку, спрессовывается и становится твердым, что, в свою очередь, делает процесс дефекации еще более болезненным и вынуждает ребенка оттягивать его с еще большим усердием.

- С вышеописанного начинается обычно и *постоянный запор*. Также его причиной может стать рацион ребенка, особенно если он перегружен молоком и включает в себя недостаточно грубой пищи (овощи, фрукты, волокнистая пища).

Обычно же виной длительному запору служат различные желудочные заболевания. К примеру, болезнь Гиршпрунга, врожденный мегаколон — болезнь, при которой нерв толстой кишки развивался неправильно, или аноректальный стеноз — сужение ануса ребенка. Оба эти дефекта — врожденные и вызывают очень сильные запоры с самого раннего возраста. Иногда запор вызывают болезни, не имеющие прямого отношения к желудочно-кишечной системе (например, церебральный паралич).

Последствием постоянного запора может стать потеря контроля над движением в кишечнике. Когда фекальные массы скапливаются и спрессовываются в прямой кишке ребенка, она приходит в напряженное состояние. Напряженные мышцы прямой кишки не могут правильно работать, и ребенок может начать терять контроль над своим кишечником.

Еще одна возможная проблема — это жидкое содержимое фекалий, которое при спрессовывании может начать выжиматься и вытекать наружу из ануса произвольно. Внешне это может походить на понос, но на самом деле причиной будет запор.

Лечение постоянного запора должно быть гораздо более интенсивным, чем запора кратковременного. В первую очередь обратиться к своему врачу. Врач исследует желудочно-кишечный тракт вашего ребенка на предмет образования твердых спрессованных кусочков и, возможно, будет также исследовать прямую кишку ребенка путем введения пальца в задний проход. Это абсолютно безвредная, хотя и слегка неприятная процедура, даже в применении к самым маленьким детям, если только у них нет анальной трещины, наличие которой определяется самим доктором.

Действия врача могут быть разными, в зависимости от результатов обследования. Подозрения на болезнь Гиршпрунга или аноректальный стеноз приведут к стационарному обследованию ребенка и, если они подтвердятся, потребуют хирургического вмешательства. Если запор носит психический характер или обязан своим возникновением анальной трещине, то облегчить его поможет курс слабительных лекарств.

Иногда бывает полезно использовать метод поощрений. А также может потребоваться применение нескольких методов лечения одновременно, но обычно эта проблема решается в один прием.

ЗУД В ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ

Самой распространенной причиной возникновения зуда в заднем проходе у детей являются *острицы*. Это маленькие тонкие белые черви длиной около сантиметра, похожие на обрывок белой нитки.

Острицы живут в прямой кишке ребенка, но выползают на кожу, чтобы откладывать яйца. Обычно они делают это ночью, что объясняет то, что зудит в основном ночью. Если вы их увидите, то их вид может вас напугать, но они практически безвредны, и кроме зуда никакого вреда от них нет.

Когда ребенок чешется, яйца остриц попадают под ногти. Общаясь с другими детьми или дотрагиваясь до их пищи, зараженный ребенок может заразить и других; через пару недель яйца вызревают в желудке нового хозяина, и цикл продолжается.

Дети обычно не очень утруждают себя гигиеной, поэтому острицы довольно часто встречаются у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Наличие в организме остриц обычно обнаруживается именно по зуду в заднем проходе, особенно ночью. Иногда можно найти и самих червей в кале ребенка — от кусков нитки или туалетной бумаги они отличаются тем, что извиваются. Если зуд в заднем проходе наблюдается у нескольких членов семьи одновременно, то можно уверенно заявить, что речь идет именно об острицах.

Обычно в подтверждении диагноза нужды не возникает, но в случае необходимости ваш врач может провести дополнительное обследование с помощью куска липкой ленты и микроскопа (липкая лента прикладывается к ягодицам ребенка и затем исследуется под микроскопом; если на коже ребенка есть яйца остриц, они обязательно будут обнаружены).

Вывести остриц обычно очень легко, доктор выпишет вам лекарства. Важно, чтобы курс лечения прошли все члены семьи на тот случай, если они являются бессимптомными носителями глистов.

Остригите ребенку ногти, чтобы уменьшить вероятность попадания под них яиц остриц, и заставьте его мыть руки после туалета. Девочкам лучше заменить ночные рубашки на пижамы.

- Другие причины зуда в ягодицах менее распространены. Одной из них является *дерматит* — воспаление на участке кожи, особенно, если у ребенка изначально сухая чувствительная кожа.

Задний проход ребенка должен быть чистым и сухим. Подмывая его, не пользуйтесь мылом или пеной для ванн, а используйте увлажняющий или стероидный крем, например, гидрокортизон.

- Зуд может быть вызван и *инфекциями*, в том числе грибковыми, и в таком случае он лечится противогрибковым кремом.

- В редких случаях причина остается неизвестной.

Обратитесь к врачу за уточнением диагноза, если после лечения от остриц зуд не проходит или если вокруг ануса появилась сыпь, что позволяет предположить дерматит или грибковую инфекцию.

ЗУД В ЛЮБОМ МЕСТЕ

Зуд — это распространенная проблема и, хотя вызывать его могут десятки причин, все же есть различные признаки, позволяющие поставить диагноз.

- Зуд обычно является следствием аллергии, укуса насекомого или инфекции (например, ветрянки).

- Сыпь, которая чешется, позволяет предположить дерматит, грибковую инфекцию или аллергическую реакцию.

- У некоторых детей сыпь появляется от пота в жару или при контакте кожи с шерстью или нейлоном. Всех этих раздражителей

по мере возможности следует избегать, содержать кожу сухой и чистой, стараясь не употреблять мыло или другие моющие средства, а при необходимости используя стероидные кремы; обычно это приводит к полному избавлению от зуда.

- Крапивница — это болезнь, при которой бывает зудящая сыпь; ее легко определить. Она имеет наибольшее распространение среди детей младше пяти лет и возникает в виде белых зудящих полос и кривых пятен, несколько возвышающихся над поверхностью кожи, которые очень быстро появляются и исчезают — период их существования составляет несколько часов. Ни одна другая сыпь не сходит так быстро.

Обычно причина ее появления неочевидна, хотя иногда эта сыпь может быть спровоцирована аллергией на пищу или питье, вирусной инфекцией или эмоциональным стрессом.

Антигистаминные препараты в виде сиропа или таблеток являются лучшим средством. Антигистаминные средства старых разработок вызывают сонливость; новые не имеют такого побочного эффекта, но их воздействие на сыпь может оказаться менее эффективным.

Если антигистаминные препараты не действуют, если крапивница не проходит за несколько дней, если вокруг рта или глаз ребенка все воспалено, то это позволяет предположить более серьезный случай аллергии и заставляет обратиться к врачу.

- Зуд по всей коже головы может быть вызван вшами, хотя могут быть и другие тому причины.

- Очень интенсивный зуд, обычно на сгибах, там, где кожа особенно тонкая (запястья, место между пальцами и т. д.), может быть вызван чесоткой. Чесотка вызывается чесоточными клещами, бурящими кожу; она передается путем непосредственного тесного контакта с больным. В местах, где клещи входят в кожу, можно разглядеть маленькие пятнышки. Обратитесь к врачу, он исследует кожу в поисках ходов чесоточного клеща, и если он их найдет, это подтвердит подозрения на чесотку. Лечение должны пройти все члены семьи.

Чесотка вызывает очень сильный зуд, особенно ночью. К счастью, в наше время она довольно надежно лечится, например, мазью или эмульсией бензилбензоата. Для подтверждения диагноза вам нужно обратиться к врачу и затем тщательно соблюдать его инструкции по применению мази.

- Зуд по всему телу при отсутствии сыпи или локальных центров — проявление гораздо менее распространенное, и найти его причину обычно трудно. Если он начинается внезапно, то виной тому могут быть аллергия или инфекция.

- Зуд могут вызывать и некоторые лекарства, и вам следует обратиться к врачу по поводу тех препаратов, которые принимает ваш ребенок. Иногда зуд является следствием стресса или эмоциональных проблем. Реже его причиной могут быть болезни, такие как желтуха, лейкемия, диабет или лимфома.

Если очевидной причины для зуда нет, то обратитесь к врачу, если зуд длится больше одного дня. Одновременно с этим попробуйте провести лечение антигистаминными препаратами (как в случае крапивницы).

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Инородное тело — это нечто, находящееся там, где ему находится не положено. Обычно это является результатом деятельности любопытного ребенка, в привычки которого входит засовывать что-нибудь себе в нос, ухо, рот или влагалище.

- О существовании *инородных тел в носу* узнать нелегко, пока ваш ребенок сам о них не сообщит. Когда объект попадает в нос, он в первую очередь вызывает раздражение и чихание. После этого чихание успокаивается, и ребенок скорее всего забудет о случившемся, пока через несколько дней из одной из ноздрей не начнет выделяться густая зеленая или желтая слизь с дурным запахом.

Если течет из обеих ноздрей — это насморк; если из одной — то, скорее всего, там находится инородное тело.

Чаще всего без участия врача лечение окажется невозможным, но если ваш ребенок достаточно большой, чтобы понять, что происходит, и в меру своих сил старается помочь вам, можно, заткнув здоровую ноздрию, заставить ребенка дунуть изо всей силы через нос. Если вам повезет — предмет вылетит наружу.

Если у вас не получится удалить инородное тело из ноздри, обратитесь к врачу. Не пытайтесь самостоятельно предпринимать какие-либо радикальные действия.

- *Об инородных телах в ухе ребенка* узнать еще сложнее, т. к. они могут не вызывать никаких симптомов. Иногда могут появляться боль в ухе и густые или кровавые выделения.

Если вы точно знаете, что ваш ребенок что-то засунул в ухо, то может оказаться полезной несложная процедура: залейте в ухо ребенка немного теплого оливкового масла, иногда после этого предмет сам выплывает наружу. Но никогда не делайте этого, если из уха появились выделения или если ребенок засунул туда насекомое, которое может ужалить. Нельзя для извлечения инородного тела из уха ребенка использовать инструменты!

Если по какой-либо причине оливковое масло использовать нельзя или оно не помогает, следует обратиться к врачу.

- *Инородные тела во влагалище девочки* тоже останутся незамеченными, пока оттуда не начнут появляться кровавые или дурно пахнущие выделения. Если удаление объекта хоть немного затруднено (например, чрезвычайно малыми размерами влагалища или глубоким расположением самого предмета), то не удаляйте его сами, обратитесь к врачу.

- Самая распространенная проблема — *проглатывание посторонних предметов*. В зависимости от возраста ребенка большинство предметов размером меньше двухкопеечной монетки без затруднений пройдет весь желудочно-кишечный тракт и выйдут наружу.

- Если же проглоченный предмет большой и застревает, то чаще всего — в пищеводе, что сразу же вызывает боль и рвоту. Если это случилось, немедленно обратитесь к врачу, потому что может понадобиться хирургическое удаление инородного тела из пищевода с помощью эндоскопа.

Рвота, боли в животе или запоры могут свидетельствовать о том, что предмет застрял где-то в кишечнике. В этом случае обязательно обратитесь к врачу.

- *Инородные тела, попадающие при вдохе в дыхательные пути*, могут вызвать шок, застрыв в горле или трахее. Более мелкие крошки, которые достигают легких, сначала могут не вызывать никаких симптомов, но несут в себе риск развития в дальнейшем легочной инфекции.

Обратитесь к врачу, если у вас есть подозрение, что ваш ребенок вдохнул вместе с воздухом посторонний предмет. Возможно, потребуется его удаление с помощью бронхоскопа (специальной трубки, проводимой сквозь трахею под наркозом).

ИНФЕКЦИОННЫЙ (ВИРУСНЫЙ) ПАРОТИТ

У этого заболевания есть и другое, более знакомое название — свинка. Паротитная инфекция менее заразна, вероятность заболевания при контакте не превышает 50%. Заражение происходит воздушно-капельным путем, главным образом в тех случаях, когда здоровый человек оказывается в одном помещении с больным. Попадая в организм через слизистую оболочку носа, рта, глотки, вирус паротитной инфекции поражает преимущественно центральную нервную систему и железистые органы — слюнные железы, поджелудочную железу, у мальчиков — яички. Инкубационный период — от 11 до 21-го дня и лишь редко — до 26 дней. Поэтому

в детских учреждениях при выявлении случаев паротитной инфекции устанавливается карантин на 21 день.

Заболевание обычно начинается остро, с повышения температуры до 38—39 °С, головной боли. Если в процесс вовлечены околоушные слюнные железы, а это бывает чаще всего, ребенок жалуется на то, что ему больно жевать и глотать. Впереди уха, вдоль восходящей ветви нижней челюсти, под мочкой и позади ушной раковины появляется опухоль, обычно сначала с одной, а через 1—2 дня и с другой стороны.

У мальчиков-подростков при паротитной инфекции нередко развивается еще и орхит — воспаление яичка. В этих случаях не сразу, а к концу первой недели заболевания снова повышается снизившаяся была температура, возникают головная боль, боль в мошонке, иррадирующая в паховую область, яичко увеличивается в размерах, мошонка растягивается, отекает, становится болезненной.

Естественно, что у подростка и юноши это вызывает тревогу. Надо успокоить его, сказать, что через 5—7 дней все пройдет. Так оно в большинстве случаев и бывает. Однако родителям не следует забывать, что тяжело протекающий орхит, особенно двухсторонний, может привести в будущем к бесплодию. Консультация педиатра и хирурга обязательна, и если будет назначено профилактическое лечение гормонами, надо аккуратно провести весь курс. Иногда прибегают к хирургическому вмешательству.

Типично для паротитной инфекции и воспаление поджелудочной железы, которое дает о себе знать схваткообразной, иногда опоясывающей болью в животе, тошнотой, рвотой, резким снижением аппетита.

И, наконец, нередки при этом заболевании серозные менингиты. Это осложнение проявляется новым скачком температуры на 3—6-й день болезни, головной болью, рвотой. Ребенок становится вялым, сонливым, иногда у него возникают галлюцинации, судорожные подергивания, может быть потеря сознания.

Но как ни тяжелы эти явления, длятся они недолго, и заканчивается серозный менингит вполне благополучно, не отражаясь на последующем развитии ребенка.

Детей, больных паротитной инфекцией, как правило лечат дома. По назначению врача можно давать жаропонижающие и обезболивающие средства (например, аналгин), на распухшие слюнные железы положить на 3—4 часа сухой согревающий компресс. При орхите, наоборот, кладут на тот же срок на воспаленное яичко салфетки, смоченные холодной водой, сменяя их по мере согревания.

Рекомендуется также до тех пор, пока не стихнут воспалительные явления, носить суспензорий (его можно купить в аптеке). Если орхит протекает тяжело, показано стационарное лечение.

При серозном менингите ребенку требуется постоянное медицинское наблюдение, лучше всего в стационаре. В таких случаях с диагностической и лечебной целью нередко делают спинномозговую пункцию. Этой процедуры не бойтесь. Она не так болезненна, как многим кажется, и для ребенка просто благотворна, потому что сразу же облегчает головную боль и улучшает общее состояние.

Для профилактики паротитной инфекции до недавнего времени существовало только одно средство — избегать контакта с больным. Сейчас проводится профилактическая вакцинация. Прививку делают в 14 месяцев. Особенно важна она для мальчика, ибо орхит, как уже говорилось, может иметь весьма тяжелые последствия.

КАШЕЛЬ

Кашель простудный и осложненный инфекцией

• Очень распространенным симптомом *простуды* является кашель.

Своим возникновением кашель обязан слизи, микроскопическими каплями стекающей по задней стенке носовой полости в горло. Когда она забивает верх трахеи, это вызывает кашлевой рефлекс, призванный устранять из трахеи все, что может попасть в легкие, кроме воздуха.

Ребенок выкашливает эту слизь в рот, и может создаться впечатление, что он харкает кусками легких. Эта слизь, скопившись в горле, может служить причиной ужасных хрипов и создавать впечатление серьезного заболевания легких, но на самом деле вся проблема находится в носоглотке.

Кашель может продолжаться еще неделю или две после того, как простуда прошла, а если в доме есть курильщики, то кашель может затянуться на еще больший срок.

Лечение кашля в основном совпадает с общим лечением простуды. Аптечные микстуры от кашля могут иногда приносить облегчение, но они не очень эффективны. Они могут временно снимать симптомы, но процесс выздоровления они не ускоряют. Часто оказывается полезным создание в воздухе повышенной влажности.

Обратитесь к врачу, если вам кажется, что за кашлем вашего ребенка кроется не обычная простуда. Установите, не болен ли ваш ребенок и не учащено ли его дыхание. Это может дать основания предположить грудную инфекцию, особенно если наблюдается рез-

кое ухудшение состояния и повышение температуры через несколько дней после начала болезни.

Грудные инфекции как следствие кашля и простуды встречаются достаточно редко. Инфекция может проявить себя долевой пневмонией, затрагивающей только одно легкое. Помимо того, подобная инфекция может протекать как бронхит или бронхопневмония, затрагивающие большую часть обоих легких.

- *Пневмония*, или долевая пневмония, встречается обычно у детей 4–10 лет. Ребенок внезапно заболевает, у него жар, часто — рвота и боль с одной стороны груди. (Иногда боль ощущается в верхней части живота.) Ребенок выглядит очень больным и дышит часто, иногда с всхлипыванием в конце каждого выдоха. Обычно при этом наблюдается кашель, хотя иногда его не бывает вовсе. Кашель и дыхание усиливают болевые ощущения.

При любом подозрении на пневмонию обращайтесь к врачу. Лечение антибиотиками обычно кардинально улучшает ситуацию.

- *Бронхит* — термин очень неопределенный, когда дело касается детей. Он обозначает инфекцию, распространившуюся в обоих легких, но в настоящее время установлено, что многие дети, которым ставили этот диагноз, на самом деле страдали от астмы, а не от инфекции.

- *Бронхопневмония* — от нее обычно страдают самые маленькие дети, часто после кори или интенсивного хронического кашля. У ребенка появляется сухой кашель, самочувствие резко ухудшается, дыхание становится частым, и все это происходит за день-два.

При подозрении на бронхопневмонию необходимо обратиться к врачу. Лечение антибиотиками в стационарных условиях может оказаться необходимым.

- *Хрипы в груди*, их оценка — дело врача. Часто после выслушивания стетоскопом выясняется, что они исходят не из груди, а из горла.

Хрип, сопение могут служить симптомами астмы или бронхолегочной инфекции. Поэтому необходимо обратиться к врачу.

Также обратитесь к врачу, если кашель длится более двух недель или имеет какие-либо характерные особенности, позволяющие предположить какие-нибудь осложнения (к примеру, ночные приступы кашля, хрип или спазмы).

Кашель постоянный

Если кашель длится более 2–3 недель, то стоит обратиться к врачу, хотя этот симптом может оказаться совершенно безопасным.

Следует помнить, что постоянный кашель, усиливающийся по ночам, увеличивает вероятность заболевания астмой.

- Кашель с рождения или с очень раннего возраста — необычное явление и может служить показателем нарушений в развитии трахеи ребенка или даже сердечного заболевания.

- У детей, которые кашляют во время еды, могут обнаружиться проблемы с клапаном между пищеводом и желудком, из-за чего проглоченная пища может вновь попадать из желудка в глотку по пищеводу, что раздражает горло ребенка в процессе еды.

Любая из этих проблем требует специального лечения, возможно, даже хирургического вмешательства, поэтому посоветуйтесь со своим врачом.

- Кашель у детей старшего возраста обычно не очень показателен; самое вероятное объяснение этому — остаточный кашель после простуды, особенно если кто-то из родителей курит.

- Множество детей в первые годы жизни проходят через так называемую катаральную фазу — они постоянно простужаются, вечно кашляют, и их нос постоянно забит. Это абсолютно нормально, ведь к каждому вирусу, которым они переболевают, у них вырабатывается иммунитет. Через несколько лет эта предрасположенность к постоянному кашлю или простуде сходит на нет.

- Среди других возможных причин — астма или маленький предмет, попавший в один из воздушных крошечных проходов в легких ребенка.

- Еще одной возможной причиной может оказаться инфекция верхних дыхательных путей или придаточных пазух носа, как следствие коклюша. У некоторых детей непроизвольный кашель и покраска горла носят исключительно нервный характер.

- Иногда у ребенка может обнаружиться кистозный фиброз (муковисцидоз), делающий его предрасположенным к постоянным грудным инфекциям и кашлю.

- Обратитесь к врачу, если ребенок хронически кашляет на протяжении более чем двух-трех недель, особенно при признаках общего недомогания, потере аппетита, потере веса или повышенных температуре и потовыделении (что на проверку может оказаться симптомом любой грудной инфекции, включая даже туберкулез).

Врач исследует грудную клетку ребенка и, возможно, направит его на рентгеновское обследование.

Лечение будет варьировать в зависимости от причины заболевания, но скорее всего, если не будет обнаружено ничего серьезного, оно будет включать в себя только общий комплекс восстано-

вительных мер, совет родителям бросить курить и общие советы по борьбе с кашлем.

КОКЛЮШ

Спазмы кашля знакомы многим; их может вызвать вхождение в помещение с сухим, задымленным или прокуренным воздухом. Обычный простудный кашель тоже может вдруг проявляться неудержимыми приступами, особенно если в воздухе имеются раздражающие факторы. Иногда сам кашель раздражает горло и трахею и провоцирует новый взрыв кашля — этот порочный круг может вызвать взрыв кашля, длящийся несколько минут.

• Иногда спазмы при кашле у ребенка являются симптомами *коклюша*. Симптомы коклюша могут проявиться даже у тех детей, которым делали против него прививки. Дело в том, что существует 2–3 вида микробов, вызывающих заболевания со сходными симптомами.

Приступы кашля, за которыми следует рвота, — симптом коклюша. Приступы могут быть очень сильными, ребенок может кашлять, пока у него не останется воздуха в легких и не посинеет лицо, и лишь тогда с громким ухающим звуком он сможет вздохнуть. Ночью кашель обычно становится сильнее.

Простуда с насморком и небольшой температурой часто бывает самой ранней стадией коклюша, кашель появляется только через пару дней. После коклюша может остаться слабый кашель, продолжающийся несколько недель или даже месяцев.

Обратитесь к врачу при малейшем подозрении на коклюш. Специального лечения не существует, но доктор определит степень серьезности заболевания и, возможно, пропишет курс антибиотиков, чтобы сократить риск заражения других детей.

Для снятия боли и жара можно использовать парацетамол. Некоторое облегчение могут принести микстуры от кашля. В аптеке можно приобрести настойку валерианы или пустырника, которые являются безопасным седативным средством и могут оказаться полезным для облегчения приступов кашля ночью.

КОЛИКИ

Термин «колики» используется для обозначения множества разных ситуаций. У разных детей могут быть совершенно разные проблемы, которые можно объединить одним термином — «колики».

Причиной колик принято считать боль, возникающую при спазме полого органа брюшной полости (например, желудка). При раз-

витии колик ребенок неожиданно вскидывает голову и кричит, поднимая ноги, выпуская газы или даже пачкая пеленки, — иногда это приносит облегчение. Хотя в некоторых случаях плач ребенка не имеет отношения к желудочным расстройствам, а, к примеру, означает, что надо сменить пеленки или покормить малыша.

Лечение колик зависит от причин, их вызвавших. Обычно это устанавливается путем перебора основных средств до нахождения того, которое произведет на вашего ребенка должный эффект. По-другому, к сожалению, точный метод лечения найти невозможно. Ваш участковый врач поможет вам в этом.

В некоторых случаях коренное улучшение достигается устранением из рациона ребенка коровьего молока. Если вы кормите его из бутылочки — замените молочную смесь на основанную на соевых зернах; если малыша кормят грудью — матери следует отказаться от молочных продуктов. Однако, решив перейти на такую диету, посоветуйтесь с врачом. Очень сложно определить заранее, подойдет ли ребенку то или иное лечение.

Какова бы ни была причина колик, они не длятся вечно и проходят примерно через 3 месяца, не принеся ребенку вреда.

Внимание! Обратитесь к врачу, если ребенок внезапно начинает кричать гораздо интенсивнее или происходят какие-нибудь другие внезапные изменения. В этом случае вы можете столкнуться с каким-нибудь другим явлением, более серьезным, чем колики.

КОРЬ

Это одно из самых заразных заболеваний, к нему восприимчивы буквально все. Невосприимчивы к кори только дети до трех месяцев, так как у них еще сохраняется пассивный иммунитет, полученный от матери. Но если мать не болела корью, то ее ребенок может, заразившись, заболеть уже в первые дни жизни.

Источник инфекции — больной человек. Для того чтобы заразиться, не обязательно быть с ним в контакте: вирус распространяется с током воздуха в соседние комнаты, через коридоры и лестничные площадки в другие квартиры, и даже с нижнего этажа на верхний по вентиляционной системе.

Инкубационный период, то есть период от заражения до начала заболевания, в среднем продолжается 8—10 дней, но может удлиниться до 17 дней, а если ребенку с профилактической целью ввели гамма-глобулин, то даже и до 21-го дня.

Начинается корь с повышения температуры тела до 38,5—39 °С, насморка, сухого, навязчивого кашля, покраснением слизистой

оболочки век. Ребенок становится беспокойным, плаксивым, у него появляется рвота, боль в животе, иногда жидкий стул. В это время можно обнаружить на слизистой оболочке щек, у коренных зубов, или на слизистой губ и деснах серовато-белые пятнышки величиной с маковое зерно, окруженные красным венчиком. Это ранний симптом кори, позволяющий врачу поставить диагноз еще до возникновения самого характерного ее признака — сыпи.

Период высыпания обычно начинается только на 4–5-й день болезни. Сыпь в виде мелких розовых пятен появляется за ушами, на спинке носа. В течение суток она распространяется на лицо, шею, грудь, верхнюю часть спины. На следующие сутки сыпью покрывается все туловище и руки, а на третьи — и ноги. Сыпь может быть очень обильной, сливной или, наоборот, редкой. Но последовательность высыпания при кори (сверху вниз) неизменяема. И пока идет высыпание, температура остается повышенной. Затем состояние ребенка улучшается, температура снижается до нормы, сыпь теряет яркость и буреет.

Таково типичное течение кори. Как и каждое заболевание, она может протекать и тяжелее, и легче. Легко протекает корь у детей, которым в инкубационный период вводили гамма-глобулин.

Сама по себе корь не опасна, но, резко снижая защитные силы ребенка, она открывает путь для вторичных инфекций, иногда очень тяжелых. Это ларинготрахеобронхит, пневмония, отит, стоматит, энтероколит, а иногда даже и энцефалит.

- Чтобы предупредить осложнения, прежде всего нужно поддерживать чистоту в комнате, где лежит ребенок, почаще проветривать ее, уборку проводить влажным способом: там где пыль, там и микробы, а к ним больной ребенок особенно чувствителен.

- Несколько раз в день промывайте ему глаза теплой кипяченой водой или слабым раствором пищевой соды. Если на веках образовались гнойные корки, удаляйте их ватным тампоном, смоченным кипяченой водой, в глаза закапывайте 30%-ный раствор сульфацил-натрия по 1–2 капли 3–4 раза в день. Сухие потрескавшиеся губы смазывайте борным вазелином или каким-либо жиром. Нос очищайте ватными тампонами, смоченными теплым вазелиновым или растительным маслом.

- Для предупреждения стоматита полезно после еды каждый раз полоскать рот кипяченой водой, а если ребенок еще не умеет этого делать, просто давайте ему запивать еду.

В первые дни болезни при высокой температуре ребенок обычно не хочет есть. С отсутствием аппетита надо считаться, важно,

чтобы ребенок получил достаточно жидкости — пил чай, фруктовые соки, компот, морс. Полезно давать аскорбиновую кислоту в таблетках (дозу определяет врач).

• Постельный режим необходим ребенку не только когда у него высокая температура, но и 2—3 дня после ее снижения. Затем можно постепенно переводить ребенка на привычный режим. Нужно только учитывать, что перенесенная корь ослабляет организм, сказывается на нервной системе. Ребенок становится капризным, раздражительным, быстро утомляется. Школьникам надо постараться на 2—3 недели освободиться от перегрузок, ребенку дошкольного возраста продлить сон, прогулки на свежем воздухе. Напомним, что сегодня медицина располагает надежным средством предупреждения кори. Это профилактическая вакцина. Первую прививку против кори делают в год, вторую (ревакцинацию) — в 7 лет.

КРАСНУХА

Восприимчивость к этой инфекции высокая, хотя и несколько меньше, чем к кори. Источник инфекции — больной человек. Есть данные, подтверждающие, что вирус краснухи может быть обнаружен в носоглотке уже за несколько дней до появления признаков заболевания и продолжает выделяться в течение двух недель и более. Однако, как правило, больной бывает заразен короткий период — от первого дня заболевания и в течение пяти дней после появления сыпи. Инкубационный период — от 15 до 24 дней, но чаще 16—18 дней.

Краснуха обычно начинается с появления на лице пятнистой розовой сыпи, которая в течение нескольких часов распространяется по всему телу, особенно вокруг суставов, на спине, ягодицах, на руках и ногах. Одновременно у ребенка начинается легкий насморк, кашель. Еще один характерный симптом краснухи — увеличение лимфатических узлов, особенно затылочных и заднешейных.

Общее состояние нарушается мало, ребенок жалуется лишь на небольшое недомогание, температура редко поднимается выше 38 °С. Сыпь исчезает через 2—3 дня, не оставляя никаких следов — ни пигментации, ни шелушения, температура возвращается к норме, катаральные явления проходят. Осложнений при краснухе, как правило, не бывает.

Дети старшего возраста и взрослые переносят это заболевание тяжелее, с высокой температурой, резкой головной болью, значительным увеличением лимфатических узлов.

Опасна эта инфекция только для женщин в первые три месяца беременности, вернее — для ее ребенка. Дело в том, что вирус

краснухи способен избирательно поражать эмбриональную ткань, повреждая формирующиеся органы плода и вызывая тяжелые пороки развития.

КРОВЬ В ИСПРАЖНЕНИЯХ

Это всегдастораживает, и в любом случае ребенка следует показать врачу. Но в ряде случаев это не означает ничего серьезного.

- Новорожденные иногда проглатывают немного материнской крови в процессе родов, а через некоторое время она выходит наружу, пройдя весь желудочно-кишечный тракт. С другой стороны, в первые недели жизни кровотечение из заднего прохода — довольно редкая вещь, и оно может свидетельствовать о более серьезной проблеме — например, о повреждениях кишечника или нарушениях в его кровоснабжении.

- У детей чуть постарше (до 2,5 года) кровь в испражнениях наблюдается довольно часто. Причиной обычно является трещина прямой кишки — *трещина кожи и слизистой, выстилающей анус*, часто возникающая вследствие травмы, наносимой трудным прохождением каловых масс.

- У детей более старшего возраста тоже встречается *трещина прямой кишки*. Крови обычно выделяется немного, и она обнаруживается на поверхности испражнений либо выделяется после них, не перемешиваясь с калом.

Процесс испражнения становится болезненным, что может привести к порочному кругу — ребенок терпит до последнего и не идет на горшок или в туалет, что приводит к накоплению фекальных масс и в итоге делает процесс испражнения еще более болезненным. Эта трещина обычно заживает сама по себе, при условии, что кишечник ребенка не будет хронически переполнен. Врач может посоветовать мазь для облегчения боли и, если надо, помочь в случае запора.

В редких случаях, когда сама собой трещина не заживает, требуется операция по ее стягиванию.

- Если кровотечение сочетается с болями в животе, то к этому надо отнестись серьезно. В возрасте от 2 до 6 месяцев наиболее вероятной причиной такого сочетания является *инвагинация кишок* (непроходимость кишечника из-за своеобразного «заворота» кишок). Во время спазмов ребенок надрыдается в крике, а между приступами он неестественно бледный и тихий. У ребенка может появиться рвота, его живот становится напряженным и раздутым. В этом случае требуется срочно обратиться к врачу, а в случае подтверждения диагноза требуется срочная госпитализация.

Для устранения непроходимости может потребоваться операция.

- *Кровавый понос* чаще всего является следствием инфекции, в большинстве случаев — сальмонеллеза или анаэробных бактериальных инфекций, заносимых в организм с пищей. Еще одной возможной причиной может оказаться дизентерия. Некоторые из этих инфекций могут оказаться опасными для ребенка, особенно для маленького, другие — пройти практически незаметно. Однако, если ваш ребенок чувствует себя хоть немного больным, покажите его врачу.

Большинство подобных инфекций проходят без всякого вмешательства, но некоторые все же требуют проведения курса лечения антибиотиками. Для назначения правильного лечения врач обычно руководствуется общим состоянием здоровья ребенка, и, возможно, он направит вашего ребенка на стационарное обследование для того, чтобы выяснить, какая именно желудочно-кишечная инфекция имеет место в данном случае.

- Иногда кровь в испражнениях может быть вызвана *носовым кровотечением* или даже просто больным горлом — если ребенок наглотается крови.

- Также существует множество более редких случаев. *Язва или воспаление желудка* могут вызвать кровотечение, достаточное для того, чтобы с калом начала выделяться кровь; *колики или дефекты кровеносных сосудов* также могут вызвать кровотечение. У детей более старшего возраста и взрослых кровотечением может проявить себя *колит*, воспаление нижней части кишечника, причина которого до сих пор не установлена. Его симптомы то появляются, то исчезают, но чаще всего от него невозможно избавиться на протяжении всей жизни.

Иногда даже после исследований определить причину кровотечения бывает крайне затруднительно.

Если в испражнениях ребенка обнаруживается кровь — обратитесь к врачу.

Если кровь перемешана с фекалиями — обратитесь к врачу немедленно, так как это означает, что кровотечение имеет место в самом кишечнике.

Кровь поверх фекалий позволяет предположить кровотечение из ануса, что обычно не представляет серьезной опасности.

КРУП

Если вы когда-нибудь слышали кашель, который бывает при крупе, вы его уже никогда не забудете. Это ни с чем не сравнимый хриплый, лающий, сухой звук.

Круп — это инфекционное воспаление в горле, гортани и трахее ребенка. Отек гортани и трахеи вызывает кашель, а также может послужить причиной резкого скрежещущего звука на вдохе.

Проявление болезни чаще всего начинается с внезапного жара и резкого ухудшения самочувствия, затем появляется кашель и дыхание ребенка становится тяжелым. Взрослые тоже могут подвергнуться воздействию вируса, но у них он вызывает всего лишь обыкновенную простуду, а не круп, так как их гортань гораздо больше.

Болезнь обычно проходит за два дня. Кашель с подобными симптомами не обязательно сигнализирует о том, что у ребенка круп. У некоторых детей гортань устроена таким образом, что при любой простуде их кашель звучит как при крупе.

Круп не представляет особой опасности, хотя в некоторых случаях довольно трудно провести границу между крупом и более серьезным случаем — острым эпиглоттитом. Если признаки эпиглоттита имеют место, срочно обратитесь к врачу.

Желательно показывать ребенка врачу при любом случае крупа. Это особенно важно, если ребенку еще нет года или уже больше четырех. Дело в том, что хотя чаще всего круп встречается у детей именно от года до четырех, но у них он протекает менее тяжело и практически без осложнений. У детей же более младшего или более старшего возраста есть риск блокады — перекрытия трахеи.

Ваши действия обычно заключаются в увлажнении воздуха паром. Пусть ребенок играет на кухне или в ванной, где в воздухе много пара, а ночью периодически кипятите в его комнате чайник. Если в доме есть центральное отопление, положите на батареи влажные полотенца, это помогает снять отек и боль в гортани ребенка и облегчает дыхание. Для снятия боли и температуры используйте парацетамол.

Ваш врач, возможно, выпишет антибиотики. Хотя круп — инфекция вирусная и лечению антибиотиками не поддается, врач может подстраховаться на случай эпиглоттита. Если у доктора возникают какие-либо сомнения по поводу здоровья ребенка, он может направить его на стационарное обследование.

МЕНИНГИТ

Менингококковая инфекция, или менингококковый менингит, является тяжелым инфекционным заболеванием. Механизм передачи аэрозольный (капельный). Характеризуется заболевание первоначальным поражением слизистых оболочек носа и глотки (назофарингит), воспалением оболочек головного мозга (менингит).

Заболевание крайне тяжелое, при неправильном и несвоевременном лечении прогнозы не всегда благоприятные. Диагностировать заболевание зачастую мешает назофарингит, который принимается за обычное ОРЗ, так как симптомы похожи — насморк, головная боль, слабость. Чаще всего инфекция поражает детей, особенно ранней весной. Каждые 10–15 лет наблюдают эпидемии менингита, что связано со снижением коллективного иммунитета, а также с изменением типа возбудителя.

Начинается менингит так же, как и ОРВИ: у больного ребенка возникает лихорадка, сопровождающаяся ознобом, головные боли, возможна рвота. О развитии менингококковой инфекции свидетельствуют светобоязнь, гиперестезия кожи, гиперакузия.

Позже наблюдается двигательное беспокойство, нервное возбуждение. Уже к концу первого дня болезни можно отметить типичные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского, Кернига. Достаточно часто отмечается поражение черепных нервов.

При инфекции с явлениями эпендиматита отмечаются сильная головная боль, рвота, судороги, мышечная ригидность. При этом температура тела остается нормальной или понижается, возникают расстройства психики. Если к инфекции присоединяется энцефалит, то появляются соответствующие признаки: психические нарушения, мозжечковые нарушения, парезы черепных нервов, параличи и гемипарезы, атаксия.

В домашних условиях под наблюдением участкового врача могут лечиться только те дети, у которых заболевание имеет локализованную форму. Не допускается лечение такого рода в семьях, где есть еще маленькие (до 3-х лет) дети, а также сотрудники школ и детских садов — в таких случаях госпитализация обязательна.

Также лечение в стационаре оказывают детям младшего возраста, с сильной интоксикацией и осложнениями, а также тем, у кого отмечена генерализованная форма заболевания. Раннее, правильное лечение обеспечивает улучшение состояния уже на третий день заболевания. В стационаре проводится комплексная терапия, при всех формах заболевания эффективно применение бензилпенициллина, назначаются и препараты иммуноглобулина.

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Хотя у детей до года носовые кровотечения очень редки (и поэтому заслуживают внимания врача), у детей более старшего возраста это явление распространено сплошь и рядом. Обычно при-

чиной является удар по носу или инфекция (такая, как простуда, приводящая к воспалению слизистой оболочки носа и разрушающая ее нежные кровеносные сосуды).

- *Хронические носовые кровотечения*, повторяющиеся иногда по несколько раз в неделю, означают, что кровеносные сосуды слизистой оболочки носа чрезвычайно хрупкие. Эти кровеносные сосуды сгруппированы в одном месте. Это место очень часто кровоточит, и носовые кровотечения происходят чаще всего из района этого «слабого» места.

Кровь, изливающаяся через нос в глотку, проглатывается, и тогда она может выделяться из организма с кашлем и рвотой. Поэтому если вы уверены, что кровь, имеющаяся в откашливаемой мокроте или рвотных массах вашего ребенка, происходит от носового кровотечения, то можете оставаться спокойными на этот счет.

Желудок отторгает кровь, поэтому, если она туда попадает, очень велика вероятность того, что она выйдет наружу со рвотой.

- Гораздо реже причинами носового кровотечения могут стать повышенное кровяное давление или болезни крови, понижающие ее свертываемость.

- Постоянные кровавые выделения из одной из ноздрей могут быть вызваны инородным телом, попавшим в нее.

Когда носовое кровотечение остановлено, ребенку необходимо спокойствие. Возбуждение может вызвать повторное кровотечение.

Посадите ребенка на стул, поставьте перед ним тазик. Заставьте ребенка плотно сжать пальцами нос чуть ниже нижнего края кости, формирующей спинку носа, или сделайте это сами, если ребенок слишком маленький. Кровеносные сосуды оказываются пережатыми между костью носа и пальцами, что помогает прижать место разрыва сосудов. Пусть ребенок нагнетается над тазиком, чтобы кровь капала туда, и дышит через рот. Таким образом носовое кровотечение останавливается за 20 минут. Если за это время кровотечение не остановилось, отведите ребенка в поликлинику. Не пытайтесь затампонировать нос самостоятельно.

Лечение хронических носовых кровотечений обычно не является необходимым, потому что, в конце концов, они обычно проходят сами собой. Если же они приносят значительные неудобства, то обратитесь к врачу, он может произвести прижигание. Обычно это делается путем помещения в нос химиката — ляписа (нитрата серебра).

ОБМОРОКИ

Причиной обмороков является внезапное понижение артериального давления, к которому особенно предрасположены стар-

шие дети и подростки. В этой возрастной группе обмороки — довольно часто встречающееся явление.

Обмороки у детей и подростков чаще всего происходят ни с того ни с сего, хотя чаще всего они вызываются комплексом причин, среди которых — вирусная инфекция, такая как ангина или грипп, сильные переживания, шок, внезапная перемена положения с сидячего или лежащего на стоячее, кашель, усталость, алкоголь.

Сигналы, предупреждающие об опасности, появляются за несколько секунд до обморока. Ребенка может охватить жар, испарина, у него становится темно в глазах, появляется шум в ушах, и за всем этим следуют падение и короткий обморок. Визуально ребенок внезапно бледнеет, на его лице могут быть видны капельки пота.

Обморок длится не более двух минут. Если сразу же после появления описанных симптомов — предвестников развития обморока — ребенок сядет или ляжет, обморока можно избежать.

Лечение обмороков в основном заключается в том, чтобы убедить ребенка в том, что все нормально, и всегда стараться избежать воздействия на него любых причин, провоцирующих обморок.

Если ребенок потерял сознание:

- положите его на бок так, чтобы верхняя рука была вытянута вперед, а верхняя нога была согнута в бедре и в колене, для того чтобы он не перевернулся;

- подложите, если нужно, подушку под шею и спину ребенка, но ни в коем случае не подкладывайте подушку ему под голову;

- убедитесь, что голова ребенка лежит на полу, а положение языка и челюсти таково, что ребенок может дышать без затруднений;

- не поднимайте ребенка — это может нарушить кровоснабжение мозга;

- не пытайтесь насильно поить ребенка, лежащего без сознания, — это может вызвать шок;

- несколько глотков воды после того, как он придет в сознание, могут оказаться полезными;

- ни в коем случае не давайте ребенку спиртного — это не только не принесет пользы, но может и навредить.

Пульс ребенка сразу после обморока может быть очень слабым (60 ударов в минуту или даже меньше). Это нормально и только подтверждает, что здесь имел место детско-подростковый обморок.

Видеть своего ребенка, лежащим без сознания, ужасно, но никаких специальных действий в данном случае не требуется. Однако если у вас есть подозрения, что перед вами случай детско-подросткового паралича, обратитесь к врачу.

Также стоит обратиться к врачу, если:

- возраст ребенка меньше 10 лет (в этой возрастной группе детско-подростковый обморок — достаточно редкое явление);
- ребенок находился без сознания дольше двух минут;
- ребенок не помнит событий, произошедших непосредственно перед обмороком (что скорее похоже на припадок, чем на детско-подростковый обморок);
- у ребенка во время обморока текли слюни или высовывался язык.

ОЖОГИ

К ожогам у детей следует относиться очень серьезно. Как правило, они бывают более тяжелыми, чем кажется на первый взгляд.

Ожоги особенно опасны тем, что они приводят к обезвоживанию организма. У детей по сравнению со взрослыми отношение площади поверхности кожи к весу значительно больше. Из-за этого дети теряют больше жидкости через поврежденные участки кожи по сравнению со взрослыми. Да и жидкости, конечно же, в детском организме гораздо меньше.

Любой ожог, повредивший более 10% кожи ребенка, требует стационарного лечения, возможно, даже с внутривенным вливанием. 10% площади кожного покрова тела примерно равняются поверхности целой руки, или большей части ноги, или всей головы. Грубо говоря, площадь ладони вашего ребенка — это около 1% всей площади его кожи.

Ожоги меньшего масштаба тоже могут требовать стационарного лечения во избежание риска инфекции или рубцевания.

Ожоги горячей жидкостью (ошпаривания) случаются наиболее часто. Обычно они являются следствием опрокидывания ребенком на себя (или кем-то на ребенка) горячих напитков, случайного опрокидывания чайника или кастрюли с кипятком или даже принятия слишком горячей ванны.

ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА

Опухоли в области живота, хотя и становятся причиной беспокойства для родителей, обычно безвредны.

- Самой частой причиной появления опухоли в области живота является *пупочная грыжа*. Главное в ее развитии то, что у ребенка с рождения имеется отверстие в мышечной ткани, формирующей переднюю стенку живота, в районе пупка.

Брюшина, эластичная мембрана, выстилающая живот изнутри, выпирает в это отверстие и создает «грыжевой мешок», кото-

рый и определяется под кожей живота как опухоль. Обычно в этой опухоли находится часть кишечника ребенка.

Пупочная грыжа, в общем-то, безвредна, она редко ущемляется. Симптом пупочной грыжи — опухоль в районе пупка, которая то увеличивается, то уменьшается. Размеры грыжи увеличиваются, и она становится напряженной, когда ребенок кричит или тужится. Грыжа почти исчезает, когда он лежит спокойно. Если на грыжу нажать пальцем, она исчезает — вправляется.

Воспаление пупка или его выбухание вперед могут имитировать грыжу.

В лечении пупочной грыжи обычно необходимости не возникает, она зарастает сама по себе, обычно к возрасту 18 месяцев.

- Другие опухоли в области живота, скорее всего, являются образованиями кожного происхождения, например, липомами или сальными кистами.

- Гораздо реже опухолевидные образования могут возникать в самом животе, в этом случае их наиболее вероятной причиной является запор. Если вы подозреваете, что у вашего ребенка именно этот случай, — обратитесь к врачу.

ОПУХОЛИ КОЖНЫЕ

Опухоли, находящиеся в коже или сразу под ней, обычно бывают вызваны увеличением лимфоузлов, сальной кистой, липомой и очень редко — другими причинами.

- *Увеличение лимфоузлов* бывает заметно обычно на шее, в подмышках или в паху. Иногда они могут возникать и в других местах (например, в локтевых сгибах или подколенных ямках).

Хотя они на ощупь имеют ограниченную подвижность, при ощупывании можно понять, что они не могут перемещаться вместе с кожей и скорее находятся под кожей, чем в ней.

- *Сальные кисты* появляются, когда волосяной мешочек (пора, отверстие на коже, откуда растет волос) блокируется и заполняется белым воскоподобным содержимым. Они могут появляться всюду, кроме ладоней и подошв, но чаще всего — на голове, лице, шее и туловище. Обычно они бывают 1–2 см в диаметре, но иногда вырастают до больших размеров.

Киста выглядит как гладкая круглая опухоль, часто с ямочкой или черной точкой в центре — это отверстие заблокированного волосяного мешочка.

Киста скорее напряжена, чем расслаблена, и при ощупывании двигается вместе с кожей.

Сальная киста безвредна. Иногда она может воспалиться, если в нее попадает инфекция. В таком случае на этом месте образуется *фурункул* и может потребоваться хирургическое вмешательство для предотвращения распространения инфекции. В остальных же случаях хирургия может потребоваться только в косметических целях.

- *Липомы* внешне на ощупь напоминают сальные кисты, но у них нет характерной точки посередине. Это бугорки, состоящие из подкожной жировой ткани; они могут появляться где угодно, но чаще всего — на шее, верхней части туловища, на руках и на ногах.

Они безвредны, но в косметических целях могут быть удалены хирургическим путем.

- *Ганглии* можно иногда перепутать с кистами или липомами. Они появляются только над сухожилиями (чаще всего — на запястьях и лодыжках). Сухожилие — это ткань на месте соединения мышц с костями, окруженная оболочкой. Ослабление оболочки в каком-либо месте вызывает появление ее выпячивания, которое заполняется желеподобным веществом. Это и есть ганглий. Он находится над сухожилием, но не двигается, когда двигается сухожилие. С кожей он также не двигается. Ганглии обычно не вырастают диаметром более сантиметра, они безвредны и проходят сами по себе. Если этого не происходит, они могут быть удалены хирургически, но в этом случае остается вероятность рецидива.

- Красный мясистый бугорок, появляющийся на месте пореза или травмы, может оказаться *гноеродной гранулемой*. Чаще всего она развивается на кистях, стопах, иногда на губах и деснах, т. е. на тех местах, где была царапина или заноза. Обратитесь к врачу, он может предложить вам прижигание или хирургическое удаление гранулемы.

- Твердая припухлость вокруг рубца, образовавшегося после травмы, может оказаться симптомом формирования *келоидного рубца*. Это означает, что организм вырабатывает больше соединительной ткани, чем нужно. Некоторые дети имеют предрасположенность к этому. Келоидные рубцы безвредны, хотя и могут внешне выглядеть очень непривлекательно. Обратитесь к врачу, хотя лучше всего просто подождать, пока рубец сам не рассосется со временем, так как лечение может иногда ухудшить положение. Лечение инъекциями стероидных гормонов иногда оказывается полезным. Хирургическое вмешательство требуется очень редко.

- Бугорок под кожей век может оказаться *мейболиевой кистой*.

Обращайтесь к врачу по поводу любой опухоли, появление которой у ребенка вас настораживает.

ОПУХОЛИ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Опухолевидные образования в паху обычно являются воспаленными лимфоузлами или грыжами.

Лимфоузлы разбросаны по всему телу, некоторые находятся непосредственно под кожей, некоторые — чуть глубже. Они представляют часть иммунной системы организма. При инфекции лимфоузлы предотвращают ее распространение по организму и в процессе борьбы с инфекцией увеличиваются. Особенно заметным бывает увеличение лимфоузлов на шее вследствие простуды, гриппа или ангины.

- *Увеличение лимфоузлов.* Тяжелая инфекция гриппозного типа может вызвать увеличение лимфоузлов по всему телу ребенка, в том числе на шее, в локтевых сгибах и в паховых областях. Если лимфоузлы увеличены только на одной стороне паха, то это может свидетельствовать о локальной инфекции в этой области (например, о кожной инфекции, поразившей только одну ногу). Еще одной широко распространенной причиной увеличения лимфоузлов является реакция на инъекцию в ягодицу. Увеличенные лимфоузлы мягковаты и болезненны на ощупь; в паху их прощупывается, как правило, несколько, даже если один воспален больше других.

- *Одиночная опухоль в паху может оказаться паховой грыжей.* Это означает, что часть брюшины, эластичной прочной оболочки, выстилающей изнутри брюшную полость ребенка, выпирает из отверстия в мышцах и сухожилиях, формирующих переднюю стенку живота. Этот мешок из брюшины формирует опухоль под кожей, он может не содержать ничего, кроме небольшого количества жидкости, а может содержать и часть кишечника ребенка.

У взрослых такая грыжа может появиться в результате расхождения мышц под действием больших физических нагрузок, но у детей она часто бывает с рождения. Опухоль, связанная с паховой грыжей, то увеличивается, то уменьшается. Если ребенок тужится или кричит, то она раздувается, а когда он лежит спокойно — почти исчезает. Иногда она имеется с обеих сторон паха.

- *Опухоль мошонки.* Паховые грыжи у мальчиков встречаются чаще, чем у девочек, и могут опускаться в мошонку, формируя тем самым опухоль мошонки. Такая опухоль может содержать, как только жидкость (водянка), так и часть кишечника. Водянка часто бывает сразу после рождения, без грыжи, и обычно проходит сама по себе. Если водянка появляется позже — это наверняка признак грыжи. Любой случай водянки заслуживает внимания врача, который определит, требуется ли хирургическое вмешательство.

Паховая грыжа не проходит сама по себе, и, кроме того, всегда есть риск ущемления. Это означает, что участок кишечника, попавший в грыжу, может сжиматься так плотно, что кровоснабжение в нем прекращается и часть кишечника отмирает. Результатом этого может стать серьезная инфекция и непроходимость кишечника.

По этой причине единственным лечением паховой грыжи является хирургическое вмешательство. Грыжа, которая становится плотной, твердой на ощупь более чем на пару часов и которую вы не можете вправить, может оказаться ущемленной, и вам необходимо срочно обратиться к врачу.

- У мальчика, у которого только одно яичко опущено в мошонку, опухоль в паху может оказаться *крипторхизмом* (яичком, которое не опустилось в мошонку, как должно было бы). Обратитесь к врачу, если вы не можете нащупать оба яичка в мошонке вашего сына, исследование яичек входит в общее обследование ребенка.

Иногда проблема заключается только в том, что мышца, поднимающая яички к верху мошонки, слишком активна у маленьких мальчиков. Это нормально; но если одно или оба яичка действительно не попали в мошонку и к возрасту 4—5 лет все еще не опустились в нее, то может потребоваться хирургическое вмешательство, чтобы зафиксировать их в мошонке.

- Другие причины опухолей в паху — это *липома* и *сальная киста*. Они безвредны и обычно не нуждаются в лечении, хотя иногда может потребоваться их хирургическое удаление.

Обратитесь к врачу, если у вашего ребенка обнаруживаются: одиночная опухоль в паху (или по одной на каждой стороне паха); сильно увеличены лимфоузлы без какой-либо очевидной причины; опухоль в мошонке; симптомы грыжи.

ОСТАНОВКА ДЫХАНИЯ

1—2% детей в возрасте от 1 до 2,5 года нередко приводят в ужас своих родителей, вдруг выдыхая и «забывая» вдохнуть в очередной раз. Эти приступы остановки дыхания на самом деле абсолютно безопасны, и ребенок обязательно начнет дышать снова. Но выглядят они очень пугающе, и во время такого приступа сложно заставить себя поверить, что он сейчас пройдет.

Обычно приступ развивается тогда, когда организм получает сигналы болезненного характера. Ребенок кричит или плачет, затем внезапно перестает дышать и начинает краснеть. У некоторых дыхание возобновляется почти сразу же, у других же оно не возобновляется, пока лицо не станет совершенно синим или даже пока они не потеряют сознание.

Потеря сознания не так часто следует за остановкой дыхания, но если это все же случается, не следует думать, что еще что-то не в порядке. Как только ребенок теряет сознание, он тут же начинает дышать, и вряд ли он будет находиться в бессознательном состоянии дольше 2 секунд.

Судороги рук и ног — это уже тревожный симптом. Как и потеря сознания, этот симптом тоже вызывается уменьшением содержания кислорода (в мозгу и в мышцах). Это тоже не опасно и пройдет бесследно, но если имеются какие-либо сомнения, обратитесь к врачу, чтобы исключить возможность подозрения на развитие эпилепсии.

Большинство врачей считают, что лучшая стратегия в такой ситуации — ничего не предпринимать. Некоторые родители утверждают, что если в начале приступа брызнуть на ребенка холодной водой, это заставит его вдохнуть. Специальных лекарств на этот случай не существует. Наиболее характерно это явление для детей в возрасте от 18 до 24 месяцев, а после достижения 3-х лет приступы прекращаются навсегда.

Обратитесь к врачу, если: приступы у ребенка не совсем соответствуют изложенному выше описанию; ребенок теряет сознание более чем на 2 секунды; во время приступа он мочится, прикусывает язык или дергает и трясет руками и ногами — это могут быть признаки эпилепсии; если приступы повторяются в возрасте старше 3-х лет.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

ОРВИ является инфекцией, которая вызывается группой респираторных вирусов. Симптомы ОРВИ зачастую схожи с симптомами гриппа или ОРЗ, наблюдается повышение температуры, общая слабость, интоксикация и поражение дыхательных путей (катаральный синдром). Вирусов, вызывающих данное заболевание, насчитывается больше сотни.

Самыми распространенными являются вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, риновирусы, энтеровирусы, RS-вирус, респираторный микоплазмоз и токсоплазмоз. Вирусы во внешней среде очень неустойчивы, от больного ребенка они распространяются, например, при чихании, на 2—3 метра, и погибают, не найдя нового «хозяина».

Для всех ОРВИ характерно, как правило, острое начало, резкое повышение температуры до 38—41 °С. Инкубационный период у разных вирусов разный, а симптомы возникают обычно на 3—5-й день болезни.

Самый короткий инкубационный период у вируса гриппа, он составляет около суток, а самый длинный у аденовируса, заболевание может оставаться незамеченным до двух недель. При этом грипп отличается самой ярко выраженной интоксикацией, легче всего протекает риновирусная инфекция.

Может наблюдаться при ОРВИ сухой кашель, который при правильном лечении через 2–3 дня становится влажным, отхождение мокроты не затруднено. Осложнения вирусных заболеваний возникают после «наслоения» бактериального заболевания, так возникают пневмонии, отиты, синуситы и бронхиты. При этом на симптомы ОРВИ накладываются и симптомы сопровождающего заболевания, например, при пневмонии — сухой, жесткий кашель и сильная лихорадка. Если организм поражается энтеровирусом, то наблюдаются диарея, изменение аппетита, тошнота или рвота.

Лечение всех видов вирусных инфекций схоже: больному ребенку назначается постельный режим, диета и обильное питье (при энтеровирусах обязателен прием регидрона или схожего препарата, для предотвращения обезвоживания).

При высокой температуре (свыше 38,5 °С) нужно принимать жаропонижающие лекарства, от насморка назначают сосудосуживающие назальные капли или спреи, специальные препараты применяются для лечения кашля (например, сироп солодки или травяные сборы).

Для улучшения состояния детей и для более быстрого выздоровления рекомендуется прием детских поливитаминных препаратов, при диарее и рвоте обязателен прием лекарств, останавливающих потерю жидкости. Подбирать лекарства должен врач, исходя из каждого конкретного случая ОРВИ.

ПЕДИКУЛЕЗ

Вши бывают у каждого десятого ребенка. Имунитета против них не существует, хотя некоторые и кажутся более предрасположенными к ним, чем другие. Причина этого до сих пор остается загадкой. Грязные волосы не увеличивают этой вероятности, даже наоборот, вши предпочитают чистые волосы. Вши — это крошечные плоские насекомые размером 3–4 мм.

Симптомы педикулеза — зуд в коже головы, особенно по бокам и на затылке; при внимательном обследовании на волосах ребенка за ушами и над шеей можно обнаружить гнид.

Гниды — это яйца вшей, прикрепленные к основанию волоса. Они обычно бывают белого или розоватого цвета и внешне похо-

жи на перхоть. От перхоти они легко отличаются тем, что крепко держатся на волосах, а не осыпаются при отряхивании.

Самих вшей заметить практически невозможно, потому что они мгновенно уползают, стоит вам только начать искать в волосах ребенка. Педикулез распространяется путем непосредственного контакта с больным или через расчески, щетки для волос или головные уборы.

Педикулез лечится специальной мазью, лосьоном или шампунем, которые подберет вам врач. Некоторые виды шампуня предназначены только для профилактики педикулеза и не имеют достаточной эффективности, чтобы лечить его, поэтому, пользуясь шампунем, удостоверьтесь, что он производит именно то действие, которое вам нужно.

Важно, чтобы лечению одновременно подвергались все члены семьи, иначе остается вероятность того, что кто-то из них, подвергшись заражению, не обнаружил пока никаких симптомов, и от него педикулез вновь перейдет на всех остальных. Для удаления гнид и вшей с мокрых волос можно использовать специальную расческу, которую можно приобрести в аптеке.

Если вши появляются снова — это означает, что ребенок подвергся повторному заражению. В этом случае обратитесь к врачу.

ПОЛИОМИЕЛИТ

Как и дифтерия, эта инфекция благодаря массовым профилактическим прививкам стала сейчас очень редкой. Но опасность еще полностью не миновала, особенно для не привитого ребенка.

Источник инфекции — больной или вирусоноситель. Вирус выделяется с фекалиями, причем долго — неделями, а иногда месяцами. Он содержится и в носоглоточной слизи, но уже более короткое время — 1–2 недели.

Полиомиелит передается двумя путями — тем же, что и кишечные инфекции (немытые овощи, фрукты, грязные руки), и воздушно-капельным при контакте с больным. Особенно опасен контакт в течение 3–5 последних дней инкубационного периода и в первые 3–5 дней болезни.

Инкубационный период колеблется от 5 до 35 дней, но чаще всего составляет 10–12 дней. Хотя для полиомиелита характерно поражение нервной системы с последующими параличами, но может протекать и легко, без параличей.

Проявления болезни очень разнообразны. Повышение температуры, рвота, боль в животе, насморк, трахеит, краснота в гор-

ле — все это признаки, которые могут быть и при других, гораздо более безобидных заболеваниях. Но вот что должно насторожить: необычная вялость и сонливость ребенка, боль в разных участках тела, особенно при нагибании головы и сгибании спины, запрокидывание головы, «симптом треножника» (сядья, ребенок опирается на отведенные назад руки). Предпаралитическая стадия болезни продолжается 2—5 дней. К 4—5 дню температура снижается, и на фоне этого, кажущегося улучшения неожиданно наступает паралич, чаще всего мышцы ног, реже — рук, шеи, туловища.

Конечно, важно, чтобы ребенок как можно раньше оказался в больнице. И даже если госпитализацию предлагают только для уточнения диагноза, отказываться и медлить нельзя.

У некоторых детей, и особенно у привитых, полиомиелит протекает стерто, почти бессимптомно. Но если вы заметили, что у ребенка появилась мышечная слабость, он стал как бы прихрамывать, подволакивать ногу, — покажите его врачу. Возможно, что это проявление полиомиелита, и чтобы ликвидировать хромоту, необходимо лечение.

Против полиомиелита есть надежная защита — профилактические прививки. Вакцина практически не вызывает никаких побочных реакций, ее дают ребенку одновременно с прививкой АКДС.

ПОНОС

Факт поноса определяется по тому, что у ребенка жидкий неудержимый стул, а не тем, сколько раз в день он ходит в туалет. На самом деле, сколько раз он это делает — практически не важно, абсолютно здоровый ребенок может ходить в туалет несколько раз в день, а совсем маленькие дети могут делать это до двух десятков раз. Для определения поноса очень важна консистенция стула. Цвет стула не имеет значения, если, конечно, в нем не содержится кровь.

• *Короткие приступы поноса* встречаются гораздо чаще, чем постоянный понос, от которого страдают некоторые дети. Приступы поноса являются результатом кишечной инфекции гастроэнтерита. Также могут иметь место температура, тошнота и другие симптомы.

Самая большая опасность — потеря организмом жидкости, хотя если рвоты нет, то эта опасность незначительна. Тем не менее, у малышей этот риск все же существует, и надо проверить, не наблюдаются ли у ребенка симптомы обезвоживания. Поэтому заставляйте ребенка как можно больше пить.

Неплохо давать малышу слегка подслащенную воду (раствор Рингера—Локка) и соки, но лучше всего — напиток с раствором

соли и сахара из аптеки, который возмещает все, потерянное организмом, наиболее эффективным образом. Не пытайтесь сами растворять соль и сахар в воде, так как критическое значение имеют нужные пропорции, и их дисбаланс может оказаться опасным.

В питание ребенка не нужно вносить никаких дополнительных изменений.

Лекарств для ослабления интенсивности поноса лучше не принимать. Понос, вызываемый кишечной инфекцией, является защитной реакцией организма, которая заключается в том, что огромное количество болезнетворных микробов постоянно выбрасывается из организма вместе с фекальными массами.

Если интенсивность поноса снижается с помощью лекарств, то тем самым замедляется процесс выздоровления. Их стоит принимать только более старшим детям и только в тех ситуациях, в которых требуется уменьшение интенсивности поноса на какой-то короткий срок (например, на время поездки). Для снятия боли и жара рекомендуем парацетамол.

Если понос длится более десяти дней, то обратитесь к врачу. Если причина поноса — инфекция, то за 10 дней желудок ребенка полностью очищается, и понос прекращается. Иногда виновником поноса является повреждение кишечника, из-за которого ребенок перестает усваивать молоко; все нормализуется после нескольких недель диеты, исключающей молочные продукты.

- *Понос с кровью всегда заслуживает внимания врача.* Возможно, на микробов, действующих в этом случае, потребуется воздействие антибиотиками. Также причина может оказаться другого характера — например, инвагинация кишок или заболевание кишечника — колит.

- *Понос с болью* — часто встречающееся явление, когда сверхактивный кишечник сводит судорогой, что приводит к схваткообразным болям в животе, чаще всего с левой стороны. Если приступы боли бывают не часто, не прогрессируют, если между ними ребенок чувствует себя нормально, а его живот не напряжен, когда вы его трогаете, то просто дайте ребенку парацетамол.

В любом другом случае вы должны обратиться к врачу, чтобы точно определить заболевание (из числа наиболее часто встречающихся — аппендицит или инвагинация кишок).

- У детей причиной поноса часто становится конкретная пища, это случается даже с грудничками (в этом случае понос становится реакцией на пищу, которую ела мать). Наиболее распространен *понос в качестве реакции на острую пищу и избыток фруктов.*

Если у ребенка понос является реакцией на самые разнообразные пищевые продукты, то нужно показать его врачу, чтобы тот установил, нормально ли ребенок вообще усваивает пищу.

- *Постоянный понос* в каждом конкретном случае имеет различные причины. Иногда виной тому инфекции, иногда — непереносимость цельного молока.

Постоянный понос у маленьких детей — вполне нормальное явление, особенно у грудничков. Иногда это происходит из-за слишком высокого содержания сахара в пище.

Часто понос вызывается заболеванием кишечника, при котором ребенок теряет способность переваривать клейковину (растительный белок) пшеницы, ржи, овса, ячменя. Такой понос развивается после употребления в пищу любого продукта, содержащего в себе белок указанных злаковых культур. Заметить это чаще всего удается в возрасте от 6 месяцев, когда такие продукты начинают входить в рацион. Конечно, точную причину должны установить исследования в поликлинике, но обычно при назначении диеты, исключающей продукты, содержащие злаки, понос проходит.

Причиной поноса могут стать также и другие заболевания.

- *Продолжительный понос* у детей в возрасте от года до двух лет — настолько частое явление, что, когда другие причины не обнаруживаются, его просто называют детским поносом. Причина этого неизвестна, но он безвреден и проходит сам по себе. Иногда его могут вызвать эмоциональное напряжение и беспокойство.

Продолжительный понос у более старших детей тоже может быть результатом эмоционального напряжения и беспокойства, но столь же вероятной причиной является колит, воспаление кишечника.

Некоторые из вышеописанных причин серьезны, другие — не особенно, и главным критерием серьезности заболевания служит вес вашего ребенка. Если он нормально набирает вес, то вряд ли происходит что-то серьезное. Тем не менее, если понос длится более 10 дней, необходима консультация врача.

Лечение постоянного поноса зависит от конкретного случая. Если серьезной или просто очевидной причины нет, то остается лишь подождать, пока он не пройдет сам по себе, немедленно исключая из рациона любую пищу, от которой происходит ухудшение.

ПРОСТУДА

Симптомы простуды знакомы каждому: насморк, заложенные дыхательные пути, красные слезящиеся глаза, возможно — жар и

головная боль и, конечно, плохое общее самочувствие. Взрослый человек в среднем простужается четыре раза в год, дети — безусловно, чаще, ведь у них еще нет иммунитета к вирусам, вызывающим простуду. Школьники могут заболеть 6—8 раз в год.

У грудных детей насморк производит впечатление серьезной болезни, ведь воздушные проходы в носу такого ребенка крошечные и очень легко забиваются слизью. Маленькие дети не умеют дышать ртом иначе, чем посредством крика, поэтому заложенный нос вызывает у них либо постоянный плач, либо сильное фырканье и чиханье, производимое попытками ребенка дышать через заложенный нос. У детей постарше могут возникнуть проблемы из-за невозможности одновременно дышать и глотать при заложенном носе.

Однако серьезной угрозы насморк все же не представляет. Самое худшее, что может случиться, это если ночью ребенок проснется с заложенным носом и начнет громко плакать.

Дети в возрасте от года до двух лет уже умеют дышать через рот, и их носы больше по размеру, поэтому заложенный нос не представляет для них большой проблемы. Слизь, скапливающаяся в горле, может вызывать хрип, из-за чего насморк у детей часто принимают за инфекцию легких, хотя, если тщательно прислушаться, всегда можно разобрать, что хрип исходит из горла.

У детей более старшего возраста симптомы простуды сходны с ее симптомами у взрослых.

Причина простуды — вирусная инфекция. Существует более 100 различных вирусов простуды, и, переболев одним из них, человек никогда не заболит им вторично, потому что у него образуется иммунитет. К сожалению, вирусы простуды постоянно видоизменяются, и никто не может гарантировать, что на следующий год вы не подхватите тот же самый вирус в другой форме и не заболите вновь,

Лечение состоит исключительно в контроле над симптомами. Общепризнанного лечения против вирусов, вызывающих простуду, или хотя бы способа ускорить выздоровление не существует. Антибиотики действенны только против болезней, вызываемых бактериями. Против самой простуды они бессильны, но могут оказаться полезными, если у ребенка развиваются осложнения вирусной инфекции, в случае развития которых следует обратиться к врачу.

Контроль над симптомами подразумевает использование парацетамола в качестве болеутоляющего и жаропонижающего средства для детей старше 2-х месяцев. Капли в нос, такие как нафтизин, могут помочь прочистить заложенный нос, хотя детям до 3-х месяцев они

не рекомендуются. Обратитесь к врачу, чтобы он прописал детям более младшего возраста стерильные солевые капли.

Чтобы капли в нос подействовали, их необходимо использовать правильно. Положите ребенка себе на колени лицом вверх, ногами к себе, чтобы его голова свисала вниз. Если ребенок уже большой, ему следует лечь на кровать на спину и откинуть голову вниз с края кровати. Капните 1–2 капли в каждую ноздрю и оставьте ребенка в таком положении, пока раствор не впитается. Это, возможно, вызовет шумное сопротивление со стороны ребенка, но зато капли окажут лечебное действие.

Полезным может оказаться и пар, стимулируя дренаж слизи и мокроты и смягчая боль в сухом больном горле и носоглотке.

Для его получения поставьте в спальне ребенка электрический чайник перед сном, чтобы он покипел несколько минут, или положите на ночь мокрые полотенца на горячую батарею, чтобы ночью воздух увлажнился. Если ребенок будет играть днем в местах с повышенной влажностью воздуха (кухня или ванная), то это тоже может оказать положительное влияние на уменьшение симптомов катара при простуде.

Ароматические палочки или капсулы тоже могут оказать помощь, особенно, если их действие совмещено с действием пара, но решающего вклада в выздоровление они не вносят. Другие средства от простуды не являются более действенными, чем простые средства, описанные выше.

У простуженного ребенка может полностью пропасть аппетит. Это не страшно, надо только помнить, что больному малышу следует постоянно пить, и лучше всего горячие напитки и фруктовые соки.

Если дети, которых кормят из бутылочки, отказываются при простуде пить молоко, они с удовольствием перейдут на несколько дней на воду или соки.

Продолжительность простуды — в среднем пять-семь дней. В первые два дня способность ребенка заражать окружающих особенно велика. Дольше всего из симптомов простуды сохраняется насморк, особенно у самых маленьких — у них он может продолжаться еще недели две, а то и больше.

Обратитесь к врачу, если вам кажется, что у ребенка возникли осложнения на почве простуды, такие как воспаление уха или легких. Симптомами этого могут оказаться: общее недомогание; боль в ухе (возможно, воспаление уха); рвота или полный отказ от какого бы то ни было питья (может служить симптомом любой вто-

ричной инфекции); частое неглубокое дыхание (возможно, легочная инфекция); высокая температура и плохое самочувствие через несколько дней после начала заболевания (любая вторичная инфекция); сопение при выдохе (возможно, астма или легочная инфекция); хрип и тяжелое дыхание (возможно, эпиглоттит).

В целом же простуда у детей не более опасна, чем простуда у взрослых, и так же бесследно пройдет спустя несколько дней.

РВОТА

Детей очень часто тошнит, и возможных тому причин — множество. Иногда не так важно понимание причин тошноты, как оценка степени тяжести состояния ребенка. Рвота у новорожденных является не собственно рвотой, а скорее отрыжкой — срыгиванием. Это нормально и совершенно безвредно.

Вызвать рвоту могут очень многие достаточно безопасные причины. Иногда причиной ее могут стать весьма серьезные заболевания: инвагинация, кишечная непроходимость, укачивание и побочное действие лекарств.

- *Внезапно подступающая тошнота* у детей любого возраста чаще всего носит инфекционный характер. Она может быть проявлением гастроэнтерита, инфекции части самого кишечника, хотя почти любая инфекция, влияющая на общее самочувствие ребенка (больное горло, воспаление уха, инфекции легких или мочеполовых путей), может вызывать рвоту. При этом у ребенка, как правило, повышена температура.

- *Рвота при головной боли* у ребенка, чувствующего себя плохо, тоже скорее всего вызвана инфекцией, такой как ангина или грипп. Но, тем не менее, к такому сочетанию следует отнестись серьезно, потому что оно означает повышенную вероятность менингита.

- *Рвота в сочетании с болью в животе* тоже бывает очень редко. При гастроэнтерите боль возникает наплывами, особенно в верхней части живота, хотя может локализоваться и в боковых и нижних его отделах.

Приступы рвоты в этих случаях могут сами по себе быть болезненными, так как они вызывают сокращение мышц верхней части живота. Тем не менее, посоветуйтесь с врачом для уточнения происхождения боли, а вдруг это серьезное заболевание (например, аппендицит).

- Возбуждение, беспокойство или укачивание (в том числе в транспорте) могут вызвать рвоту у предрасположенных к этому детей.

- Рвота является частью защитной системы организма на отравление, за которое организм принимает также и побочное действие некоторых лекарств.

- *Рвота с кровью* встречается чаще у старших детей, особенно при условии, что приступы рвоты (и отрыжки) повторяются постоянно (причиной этого может быть гастроэнтерит).

Обычно причиной появления крови в рвотных массах является разрыв слизистой оболочки желудка в результате постоянного напряжения мышц живота. Хотя это и кажется очень опасным, кровопотеря при этом не очень велика, и кровотечение быстро останавливается. Показать врачу необходимо, хотя бы для того, чтобы исключить какое-то другое серьезное заболевание (например, язву желудка).

Иногда обильное кровотечение из носа, при заглатывании крови из глотки, может обусловить рвоту кровью.

- *Гастроэнтерит* — инфекционное заболевание желудка и кишечника. Вызывает сильную рвоту, понос и острую боль.

Рвота при гастроэнтерите очень сильная. Она возникает внезапно, и ребенка может рвать несколько раз в час, а тошнота не проходит даже тогда, когда желудок полностью опустошается. В большинстве случаев стул очень жидкий и иногда может быть кровавым. Обычно у ребенка поднимается температура, появляется ноющая боль во всем теле и в животе, как при гриппе.

Гастроэнтерит заразен, и одновременно им могут болеть несколько членов семьи (особенно дети). Обычно причиной его является вирусная инфекция, хотя иногда приходится винить в развитии болезни бактерии, которые при длительном хранении продуктов в тепле могут на них размножаться. Симптомы в обоих случаях одинаковы, и точно выяснить причину бывает иногда просто невозможно.

Обычно приступы рвоты при гастроэнтерите прекращаются через 1–2 суток, хотя понос и боли в животе могут продолжаться еще несколько дней.

При гастроэнтерите необходимо создать ребенку комфортные условия, с максимально обильным питьем во избежание риска обезвоживания.

За исключением редких случаев пищевого отравления, обусловленного конкретными бактериями, специального лечения, способного ускорить процесс выздоровления, не существует.

Для снятия боли и температуры используйте парацетамол. Лекарства против общего недомогания в случаях такого рода обычно не действуют и у маленьких детей могут вызвать побочные эффекты. Лучше всего их не использовать.

Также лучше устранить из рациона ребенка молоко; оно усваивается организмом с трудом, что приводит к усилению поноса. Даже очень маленькие дети могут несколько дней обойтись без молока без всякого для себя вреда.

Очень важно, чтобы ребенок постоянно пил, например, сок или просто воду. Детям до 2-х лет нужен сахарно-солевой раствор, продающийся в аптеке в виде порошка. Разведите его водой и поите ребенка — это восстановит жидкостный и солевой баланс в его организме.

Не пытайтесь сделать этот раствор самостоятельно — малейшее несоблюдение пропорций может привести к обратному результату. Если вы не можете в данный момент достать этот порошок, поите ребенка водой или соком. Лучше давать ребенку по несколько глотков каждые 5–10 минут, чем изредка одну большую порцию напитка, так как в этом случае его может сразу же вырвать. Напитки не должны быть подогретыми или охлажденными: лучше всего, если они будут комнатной температуры — это оказывает наименьшее раздражающее воздействие на желудок.

Самой большой опасностью, связанной с постоянной рвотой, является обезвоживание; чуть меньше риск обезвоживания при поносе. Обезвоживание — это потеря организмом жидкости, хотя потеря солей и других химических веществ, неизбежно сопровождающая обезвоживание, тоже может представлять собой серьезную опасность.

Первым признаком обезвоживания является пересохший рот. Помойте руки и проведите пальцем по слизистой оболочке рта и языку ребенка, определяя на ощупь, влажные они или сухие.

Важным признаком является уменьшение выделения мочи. Эти признаки свидетельствуют о том, что ребенок потерял около 5% жидкости организма. Это не очень большая потеря, особенно для старших детей, но тем не менее она заслуживает внимания врача.

Признаками более тяжелой степени обезвоживания являются впалые глаза, а у малышей — впалый родничок (мягкий участок на макушке). Кожа ребенка начинает терять эластичность. Оттяните кожу на руке или животе ребенка, а затем быстро отпустите собранную вами складочку. В здоровом состоянии она немедленно вернется в обычное положение, как только вы ее отпустите. При обезвоживании она очень медленно растянется в прежнее положение, и какое-то время после того, как вы отпустите складку, она еще будет видна.

Эти признаки говорят о том, что ребенок потерял уже от 5 до 10% жидкости организма и его немедленно следует показать врачу.

Когда обезвоживание вступает в еще более тяжелую стадию, ребенку становится очень плохо, его пульс и дыхание учащаются, кожа бледнеет, он испытывает непреодолимую сонливость, которая может перерасти в кому (потеря сознания).

Это состояние требует срочной медицинской помощи. Обратитесь к врачу, если: ребенка рвет и у него наблюдаются признаки обезвоживания; у ребенка сильные боли в животе; его постоянно рвет на протяжении более 24 часов (дети до 2,5 года) или 36 часов (дети более старшего возраста); у ребенка рвота с кровью; у ребенка признаки менингита; ребенок явно болен.

СКАРЛАТИНА

Это заболевание относится к группе инфекций, вызываемых стрептококками, поэтому заразиться можно не только от больного скарлатиной, но в некоторых случаях и от больных стрептококковой ангиной или назофарингитом. И, наоборот, люди бывшие в контакте с больным скарлатиной, могут заболеть ангиной.

Больной становится заразным с момента заболевания. Длительность этого периода зависит от того, как протекает болезнь. Если без осложнений, то уже через 7—10 дней выделение стрептококка прекращается. Если же развиваются осложнения, особенно гнойные, то заразный период затягивается. Длительно могут выделять стрептококк и больные, у которых имеются воспалительные заболевания носоглотки — тонзиллит, ринофарингит.

Инфекция передается воздушно-капельным путем при контакте с больным, но возможна ее передача и через игрушки, книги, общее полотенце. Инкубационный период обычно короткий — от 2 до 7 дней, но он может сокращаться до суток, или удлиняться до 12 дней.

Заболевание, как правило, начинается остро, внезапным повышением температуры, рвотой, болью в горле. Через несколько часов, а иногда на другой день появляется сыпь, обычно в виде мелких точек на фоне покрасневшей кожи. Особенно густо располагается она на щеках, которые становятся ярко-красными, оттеня бледный, не покрытый сыпью носогубный треугольник. Другие типичные места интенсивной сыпи — на боках, в низу живота, в паху, подмышечных впадинах, под коленями. Сыпь держится 3—5 дней, но она может исчезать и намного раньше. Легкая скарлатина обычно протекает с кратковременными высыпаниями.

Самый постоянный признак скарлатины — ангина, весь зев становится ярко-красным. Язык в первые дни покрывается густым серо-желтым налетом, а со 2—3 дня начинает очищаться с краев и с кончика, становясь тоже ярко-красным, с выраженными сосочками.

Конечно, все это наиболее типичные симптомы, вариантов течения болезни много, и в них разберется врач. Родителям надо лишь внимательно последить за ребенком и подробно рассказывать врачу обо всех изменениях его состояния.

Бывает, что диагноз скарлатины по ее ранним признакам установить не удастся, и тогда приобретает значение поздний симптом — шелушение кожи, которое начинается на 2—3-й неделе.

Наиболее частые осложнения скарлатины — отит, лимфаденит, нефрит. Они возможны и в тех случаях, когда скарлатина протекает легко, поэтому независимо от тяжести заболевания ребенку назначают антибиотики. Опыт показал, что лечение этими препаратами облегчает течение заболевания, ускоряет выздоровление и, что очень важно, предупреждает осложнения.

Специальной диеты при скарлатине не требуется, ребенка следует кормить соответственно возрасту, исключив трудноусвояемые, жирные и острые блюда.

В первые 5—6 дней ребенок должен оставаться в постели, потом, если он себя чувствует хорошо, разрешите ему вставать, но до 11-го дня режим остается домашним. Детский сад, школу (первый-второй классы) можно посещать не раньше чем через 22 дня от начала заболевания.

СТОЛБНЯК

Столбняк является острым инфекционным заболеванием, характеризуется заболевание сильными спазмами скелетных мышц, нередко заболевание заканчивается летально. Особенно характерно для столбняка появление спазмов челюстных мышц.

Возбудители столбняка присутствуют в земле, уличной пыли и грязи, именно поэтому при ссадинах и ранениях необходимо проведение профилактики столбняка.

У новорожденных инфекция может проникать в организм и через пупочную ранку, поражая токсинами нервную систему ребенка. Чаще всего столбняком болеют мальчики, преимущественно в возрасте до 15 лет (это связано с повышенным травматизмом этой категории), хотя заболевание может поразить любого ребенка.

Споры столбняка, находящиеся в почве, проникают в кровь через ранки и ссадины, самая тяжелая форма заболевания возникает при черепно-мозговых травмах, поражаются продолговатый мозг и верхние отделы спинного мозга.

Инкубационный период заболевания составляет от нескольких дней до трех недель, при этом чем дольше развивается заболева-

ние, тем благоприятнее прогноз. Первый симптом заболевания — появление тризм, то есть судорожное сокращение и напряжение жевательных мышц, больному становится невозможно открыть рот.

Предвестниками заболевания могут служить и нарушения координации, раздражительность, беспокойство, тугоподвижность шейных мышц, мускулатура становится болезненной, в некоторых случаях и по всему телу. Постепенно развивается неподвижность (ригидность) спинных и шейных мышц, у детей появляется сильная потливость, подвижность суставов ограничена, тяжелое течение болезни сопровождается сильными спазмами, рот открыть становится невозможно.

Столбняк вызывает у ребенка специфическое выражение лица — рот застывает в сардонической улыбке. Тело может произвольно принимать определенные позы, сознание остается ясным. Летальность заболевания крайне высока — 50%, у новорожденных и детей грудного возраста этот показатель еще выше.

Особо опасны судороги — они могут привести к смерти, если это судороги мышц, отвечающих за дыхание. В результате мышечных спазмов могут возникнуть переломы, пневмония и иные вторичные бактериальные инфекции.

Лечение столбняка при помощи сыворотки не всегда является эффективным, профилактика столбняка имеет большое значение. Проводится пассивная иммунизация, мера является обязательной при травмах, ссадинах и прочих ранениях. Иногда приходится проводить повторную вакцинацию до полного заживления открытых ран.

СЫПЬ ПОСТОЯННАЯ

Нередко дети страдают кожными заболеваниями, которые держатся дольше двух недель или постоянно появляются снова и снова.

• *Экзема (дерматит)* — самое распространенное кожное заболевание из долго не проходящих. Это состояние, при котором кожа становится сухой и воспаленной. Сначала она высыхает, и иногда этим все ограничивается. В более тяжелых случаях кожа краснеет и отслаивается, и в этом месте появляется сильный зуд. Причина этого неизвестна, хотя предрасположенность к экземе часто является наследственным фактором, как и предрасположенность к астме и лихорадке.

Иногда причиной дерматита может стать аллергия на молоко, и некоторым детям становится хуже от потребления молочных продуктов. В таких случаях рекомендуется как можно дольше кормить ребенка грудью, избегая других форм молочного питания. Это

уменьшает вероятность появления у ребенка дерматита в будущем.

Экзема у детей до года обычно появляется на щеках, за ушами и на туловище. Часто она бывает также и на голове, чему сопутствует появление перхоти.

Экзема у старших детей похожа на экзему у взрослых. Она особенно часто поражает переднюю часть локтей, заднюю часть коленей, шею, лицо и запястья.

Очень часто встречается *инфекционный дерматит*. Бактерии, обычно безвредно обитающие на коже, могут стать инфекционными, попав в микротрещины в коже, особенно если ребенок расчесывает эти места. Больное место может покрыться желтой коркой, сквозь которую сочится жидкость; в этой области могут увеличиться лимфоузлы; также возможно, что, наоборот, никаких признаков инфекции не будет.

Подозрение на инфекционный характер экземы возникает, если пораженная область продолжает увеличиваться, несмотря на проводимое лечение. Обратитесь к врачу, который может назначить лечение в виде курса антибиотиков.

Если экзема возникла однажды, она может возникнуть снова. Обычно у маленьких детей она проходит сама собой, но лечения, гарантирующего полное избавление от экземы, не существует. Но современные методы лечения позволяют держать дерматит под контролем.

При экземе следует избегать использования мыла или детских моющих жидкостей, так как они сушат кожу. Используйте увлажняющие кремы, для того чтобы поверхность кожи постоянно оставалась влажной.

Врач может предложить вам увлажняющие средства (например, эмульгирующиеся мази) для добавления в ванну для ребенка или для использования вместо мыла.

Стероидные мази (например, гидрокортизон или другие, более сильного действия) неоценимы для лечения тяжелых случаев экземы, но применять их можно только под руководством врача.

• *Псориаз (чешуйчатый лишай)* иногда поражает детей в возрасте около 10 лет, хотя он наиболее распространен у взрослых. Возможно, предрасположенность к нему тоже передается по наследству. Псориаз появляется в виде круглого или овального пятна фиолетового или розового цвета, на котором кожа сверху шелушится. Чаще всего он, в отличие от экземы, появляется на задней части локтей и передней части колен. К тому же вызывает меньше зуда, чем экзема.

Псориаз в значительной степени отличается от экземы, хотя иногда они внешне очень похожи. Причиной псориаза является увеличение скорости роста и отмирания клеток кожи в несколько раз. Как и при экземе, на окончательное излечение рассчитывать не приходится. Лечение состоит в использовании кремов для снятия симптомов заболевания.

• *Импетиго* — кожное заболевание, вызываемое обычно бактериями *staphylococcus aureus*. Обычно поражает лицо, особенно область вокруг рта, носа, а также ладони.

Болезнь начинается с появления маленького красного пятна, которое очень быстро разрастается. Красная кожа начинается сочиться жидкостью и покрывается желтой коркой или усохшим гноем.

Импетиго может держаться неделями или месяцами, если его не лечить. Это заболевание инфекционного характера, поэтому ребенка следует оградить от контактов с другими детьми.

Обратитесь к врачу: курс антибиотиков почти всегда обеспечивает быстрое излечение.

Если импетиго повторяется через некоторое время, это означает, что один из членов семьи является носителем стафилококков, и действия в этом случае должны быть такими же, как и при постоянных фурункулах.

• *Стригущий лишай* — это грибковое заболевание кожи. Проявляется в виде круглых пятен с ярко-красной каймой. Кожа в центре этого круга может казаться вполне нормальной, только по окружности она красная и шелушащаяся. Стригущий лишай почти совсем не чешется. Он может появиться на любой части тела.

Лишай нужно обрабатывать противогрибковым кремом. Лечиться придется несколько недель, но в итоге лишай будет выведен навсегда. Заболевание передается путем кожного контакта с зараженным участком, поэтому его следует закрывать одеждой. Стригущий лишай на голове под волосами вызывает облысение. Для грибка особенно благоприятна теплая и влажная среда.

При появлении грибка на стопе следует носить такую обувь, в которой нога ребенка будет максимально сухой и, конечно, применять противогрибковые мази.

ТЕМПЕРАТУРА ВЫСОКАЯ

У маленьких детей температура может подскакивать внезапно в результате инфекции, чаще всего вирусного характера, поразившей горло, нос или ухо. Высокая температура является частью ответной реакции организма на инфекцию и помогает уничтожить

некоторые из болезнетворных организмов. Тем не менее, она резко ухудшает самочувствие ребенка и у предрасположенного малыша может вызвать припадки (фебрильные судороги).

Из-за этого обычно высокую температуру советуют сбивать. Но не стоит этим увлекаться. Жаропонижающие лекарства дают ребенку возможность чувствовать себя лучше, но понижение температуры ослабляет борьбу организма с инфекцией, что продлевает срок болезни.

Обычно высокая температура у ребенка определяется довольно просто — достаточно всего лишь положить руку на его лоб или грудь. Более точное измерение температуры не представляет собой важности, не сообщая дополнительных сведений ни об инфекции, ни о том, насколько тяжело болен ребенок.

Тем не менее, иногда важно точно знать температуру, особенно если она кажется вам очень высокой или если ребенок подвержен припадкам по достижении определенной температуры.

Важно правильно выбрать термометр. Современные цифровые электронные термометры выдают температуру в виде чисел на миниатюрном дисплее. Ими легко пользоваться, но они все еще относительно дороги.

Пластиковые термометры-полоски, помещаемые на лоб ребенка, очень просты в обращении, но они выдают приблизительный результат.

Ртутные термометры довольно точны, но ими нужно пользоваться правильно. Такой термометр представляет собой стеклянную трубку, наполненную ртутью, основная масса которой находится в резервуаре на одном из концов. С возрастанием температуры ртуть расширяется и ее столбик поднимается по трубке.

Перед тем как поставить ртутный градусник, возьмите его за конец, противоположный резервуару, и встряхивайте, пока столбик не упадет. Затем поместите конец с резервуаром ртути в рот малыша (или под мышку, или в задний проход) и, выждав не менее двух минут, считайте показания градусника.

Место, куда вы поставили градусник, оказывает большое влияние на получаемые данные о температуре. Дети постарше могут держать градусник во рту, под языком, и в этом случае нормальным показателем температуры будут 37°C . Легче поставить градусник под мышку, хотя тогда результат будет менее точным и нормальная температура будет на $1,5^{\circ}\text{C}$ ниже.

Самые точные данные о температуре можно получить, поместив градусник в задний проход, и она будет на $1,5^{\circ}\text{C}$ ниже, чем во рту.

Некоторые врачи не рекомендуют родителям самим ставить градусники в задний проход, опасаясь риска повреждений, хотя он очень незначителен. Однако в последнее время этот метод заслуженно становится все более популярным.

Если вы собираетесь измерять температуру через задний проход, то сверьтесь в аптеке, подходит ли для этого ваш градусник. Положите малыша к себе на колени лицом вниз, нежно раздвиньте его ягодичы и аккуратно введите конец термометра с резервуаром, предварительно смазанный, до тех пор, пока весь резервуар не окажется внутри. Если вы не уверены в своих силах, попросите сделать это лечащего врача.

Температура ребенка подвержена быстрым изменениям, но если она поднимается выше 39 °С, то об этом надо известить врача. Однако другие симптомы болезни могут оказаться важнее температуры.

При высокой температуре в первую очередь снимите с ребенка всю одежду. Парацетамол — в качестве сиропа для детей до 3-х лет и сиропа или таблеток для старших детей — избавит, если надо, от температуры и сопутствующих болей. Лучше всего он действует, если давать его регулярно, каждые 4 часа (максимум 4 раза в день).

Если больше ничего не помогает, протрите кожу ребенка губкой, смоченной в теплой воде. Не используйте слишком холодную воду — это уменьшит циркуляцию крови на поверхности и сохранит жар внутри, даже увеличит его. Также полезно будет направить на ребенка вентилятор.

ТРАВМЫ ГОЛОВЫ

Иногда даже слабый удар по голове ребенка может вызвать тревожные симптомы, в то время как более серьезные повреждения имеют сначала очень мало внешних симптомов. Очень важно знать, на что следует в первую очередь обращать внимание. Мальчики более предрасположены к травмам головы, чем девочки.

Кровотечение в области головы ребенка еще не свидетельствует о наличии действительно серьезной травмы. Кровоснабжение кожи на черепе очень обильно, и даже незначительные порезы приводят к сильному кровотечению. Остановите кровотечение и очистите и исследуйте рану. В случае необходимости отведите ребенка в травмпункт.

• *Сотрясение мозга* — это очень легкий ушиб мозговой ткани, и слабые сотрясения мозга часто встречаются у детей как следствие даже самых слабых ударов по голове. От слабого сотрясения мозга ребенок становится бледным, может жаловаться на го-

ловную боль и сильно хотеть спать. Состояние ребенка нормализуется в ближайшие 2–3 часа, и никакого специального лечения, кроме отдыха, в таких случаях не требуется. Возможно, для снятия боли потребуется парацетамол.

Любое подозрение на более серьезное сотрясение должно быть проверено врачом. Если оно подтвердится, это может говорить о серьезном ушибе мозга или о формировании кровоизлияний под мозговыми оболочками, что требует хирургического вмешательства.

Обратитесь к врачу, если: ребенок после удара потерял сознание; не может вспомнить удар или события, непосредственно ему предшествовавшие; состояние ребенка не нормализовалось в течение 6 часов; ребенка рвет; у него необычно сонливое состояние; головная боль ребенка становится все сильнее; ребенок не может сфокусировать зрение; из носа или уха течет кровь или подтекает сукровичное отделяемое (очень серьезный случай — возможна утечка спинномозговой жидкости, признак серьезной травмы); родничок напряжен и выбухает наружу.

Некоторые дети остаются бледными и плохо реагируют на погодные условия еще несколько дней, но в итоге полностью восстанавливаются.

УДУШЬЕ

Асфиксия — так называется приступ удушья, возникающий из-за закупорки трахеи и обычно длящийся всего несколько мгновений.

Внезапная асфиксия — наиболее часто встречающееся явление, возникает, как правило, вследствие попадания в трахею инородного тела изо рта ребенка.

- Ангина и вообще больное горло могут затруднить процесс глотания, причиной чего являются распухшие миндалины, но к приступам удушья это приводит крайне редко. Другое дело — эпиглоттит, он может вызвать затруднение дыхания.

- Вода или частички пищи, попавшие в дыхательные пути, — наиболее частая причина удушья, которое продолжается обычно всего несколько мгновений. Не стучите, как это принято, ребенка по спине — это может привести к тому, что этот кусочек пищи провалится в его трахею. Скорее всего, этот объект вылетит из дыхательного горла при кашле. Если этого не происходит, попробуйте перевернуть ребенка вверх ногами и так подержать, хотя в этом случае и остается риск того, что кроме частички пищи из дыхательного горла ребенка из его желудка вылетит и все остальное, что он только что съел.

- Подавиться собственной рвотой или собственным языком — эта опасность очень мала, но ее риск повышается, когда ребенок лежит на спине без сознания. В таком положении рвотные массы или даже его собственный язык могут перекрыть дыхательное горло. Если ребенка, находящегося в бессознательном состоянии, соблюдая некоторые простые правила, положить на бок, опасность будет сведена к минимуму.

- Асфиксия, приступы которой повторяются по прошествии нескольких недель или даже месяцев с рождения, — более серьезная проблема, хотя и довольно редко встречающаяся. Возможных причин — множество, сюда включаются такие дефекты, как небная расщелина или ненормальное развитие языка, глотки, пищевода или челюсти. Повреждение мозга или церебральный паралич также могут оказывать воздействие на нервы и мышцы, контролирующие дыхательный процесс, и нарушать его. Для детей, развивающихся нормально, очень странно не иметь правильного контроля над этими мышцами через несколько недель или месяцев после рождения.

- Сильное удушье у новорожденных сигнализирует о серьезном заболевании (например, о неправильном развитии пищевода).

Обратитесь к врачу, если у вашего ребенка с рождения повторяются приступы асфиксии.

Лечение внезапных приступов асфиксии зависит от конкретного случая. Но если удушье у вашего ребенка длится несколько секунд, то срочно ищите кого-нибудь, кто мог бы оказать медицинскую помощь.

УТОМЛЯЕМОСТЬ

- Внезапное появление немотивированной усталости у детей обычно означает, что ребенок начинает заболевать (например, подхватил простуду). Обычно, переболев, ребенок восстанавливает свой уровень активности, но после некоторых инфекций восстановление может занять несколько недель. Такое сильное влияние оказывают некоторые вирусные инфекции, самая сильная из которых — ремиттирующая лихорадка; обычно она начинается с боли в горле. Иногда повышенная утомляемость проходит через несколько месяцев.

- Внезапная усталость у ребенка, который к тому же постоянно хочет пить, пьет и мочится больше обычного, к сожалению, вызывает подозрения на диабет, особенно если у малыша при этом болит живот и снижается вес. Срочно обратитесь к врачу!

- Постоянная повышенная утомляемость, длящаяся более трех недель, может быть следствием вирусной инфекции. Обычно лечению это не подлежит; не нужно особенно нагружать ребенка, пусть делает столько, сколько может. Это пройдет через несколько недель или, реже, месяцев.

- Эмоциональные проблемы — от них дети страдают не меньше взрослых, и они вызывают целый букет симптомов, среди которых и повышенная утомляемость. Ребенок может быть перевозбужденным, у него могут появиться проблемы со сном и пропасть желание ходить в школу и т. д. Сам по себе недостаток сна тоже может послужить причиной повышенной утомляемости.

Для некоторых возрастов утомляемость является естественной. У дошкольников периоды бурной деятельности часто сменяются периодами угнетенного состояния, и наоборот. Сверхэнергичные дети часто теряют большую часть своей энергии, достигая переходного возраста, что вполне нормально.

- Некоторые лекарства приводят к повышенной утомляемости в качестве побочного действия. Поэтому нужно проконсультироваться с врачом по поводу каждого лекарства, которое принимает ваш ребенок.

- Иногда утомляемость может быть вызвана анемией, хотя иногда анемия и не вызывает резкого падения активности. Обратитесь к врачу, он может подтвердить или опровергнуть ваши подозрения, сделав анализ крови.

- Также причиной повышенной утомляемости могут являться постоянные вялотекущие инфекции; утомляемость и замедление роста могут быть единственными их проявлениями. Так проявляют себя некоторые заболевания почек и легких (например, туберкулез).

Обратитесь к врачу, если: ваш ребенок быстро устает, и красная конъюнктивит под нижним веком — белая; у ребенка наблюдаются другие симптомы болезни, такие как жар, учащенное дыхание, потеря аппетита, остановка в наборе веса и т. д.; он слишком утомляем и угнетен по сравнению со сверстниками.

Возможно, потребуется простой осмотр и анализ крови, но иногда могут потребоваться и другие исследования.

ФУРУНКУЛЫ

Фурункул образуется в результате занесения инфекции в волосяную луковицу — место в коже, откуда растет волос. Сначала появляется пятно нежно-красного цвета и стремительно увеличивается за несколько дней. Сперва оно кажется твердым; по мере

роста в его центре образуется желтый жидкий гнойник. От этого верхушка пятна становится белой или желтой. Когда этот гнойник вот-вот готов вскрыться, фурункул начинает нарываться. Обычно фурункул вскрывается сам, и это приносит облегчение от боли. Большой фурункул может вызывать жар или симптомы, сходные с симптомами гриппа; лимфоузлы в районе нарыва увеличиваются и на ощупь ощущаются как напряженные узелки под кожей.

Фурункул может рассосаться сам по себе. Дешевым и до сих пор популярным, хотя и несколько устаревшим средством является сульфат магнезии. Помогает ли он в действительности, до сих пор неизвестно.

На раннем этапе (первые день-два, когда фурункул является всего лишь твердым, слегка покрасневшим и вспухшим участком кожи) ускоренному выздоровлению может поспособствовать курс антибиотиков. Если гнойник уже начал образовываться, антибиотики не помогут, и единственным методом лечения остается хирургический дренаж. Не пытайтесь вскрыть гнойник самостоятельно — скорее всего, вам не удастся выпустить весь гной. Врач сделает большой надрез под местной или общей анестезией и постарается устранить из фурункула максимальное количество гноя. Очень большое значение имеет выбор времени операции — когда фурункул вот-вот готов лопнуть самостоятельно.

Постоянно появляющиеся фурункулы, часто разбросанные по всей коже ребенка, представляют собой настоящую проблему. Мальчики более к этому предрасположены, чем девочки, особенно в подростковом периоде. Иногда причиной являются другие заболевания, такие как диабет, экзема или заболевания крови. Поэтому следует обратиться к врачу; возможно, потребуется взять анализ мочи или крови.

Обычно же видимых причин не наблюдается, и суть проблемы заключается в том, что у некоторых людей на коже все время находятся стафилококки — бактерии, провоцирующие возникновение фурункулов. Носителем бактерий может оказаться и другой член семьи, в силу тех или иных обстоятельств сам невосприимчивый к их действию. Или же сам ребенок может быть носителем бактерий, постоянно инфицирующих его кожу.

Цель лечения — избавиться от этих микроорганизмов. Очень часто они находятся в носовой полости, поэтому ваш врач может порекомендовать всей семье крем для носа. Возможно, вашему ребенку понадобится долговременный курс лечения антибиотиками (около шести недель), в течение которого нужно будет каждый день прини-

мать ванну с антисептическим мылом. Также врач может посоветовать специальную диету или упражнения. Постоянно появляющиеся фурункулы свидетельствуют об общей слабости организма.

Карбункул — это группа близко расположенных фурункулов, слившихся в один огромный красный, полный гноя пузырь. Он будет нарывать и лопаться в нескольких местах. Лечение карбункулов — очень сложный процесс, даже с применением хирургии, и вам нужно обратиться к врачу.

Обратитесь к врачу, если: у вашего ребенка постоянно появляются фурункулы или карбункул; у него уже был трудный фурункул и начинает образовываться еще один; у него нарывает и болит фурункул, который никак не может вскрыться сам по себе.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок представляет собой самое тяжелое и грозное проявление различных аллергических реакций немедленного типа, возникающих в ответ на поступивший в организм в достаточном количестве антиген. Шок характеризуется стремительностью развития и бурным проявлением.

Развернутая клиническая картина анафилактического шока характеризуется многообразием симптомов и тяжестью течения. Отмечено, что чем меньше времени прошло от момента поступления антигена в организм до развития ответной реакции, тем тяжелее клиническая картина шока.

Вначале появляются беспокойство, тревожность. Больные жалуются на пульсирующую головную боль, шум или звон в ушах, головокружение. Появляется ощущение жара во всем теле, нарастает зуд кожи (особенно ладоней). Быстро развивается выраженная общая слабость, появляются чувство сдавления в груди, затем кашель. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом, нарастает одышка, иногда переходящая в удушье. Кожа в начальном периоде гиперемирована, особенно лица, но вскоре становится бледной или приобретает землисто-серый цвет с цианозом губ и кончика носа. Часто возникают крапивница и отек Квинке различной локализации и выраженности. Довольно характерен обильный пот, иногда «проливной», нередко боли в животе, тошнота и рвота, частые позывы к дефекации, жидкий стул, непроизвольное мочеиспускание. По мере развития острой сердечно-сосудистой недостаточно-

сти падает артериальное давление, появляется тахикардия. На этом фоне развивается коллапс с потерей сознания, в ряде случаев наблюдаются тонические и клонические судороги. Пульс при развившемся шоке частый, нитевидный. В ряде случаев прощупать пульс не удастся. Границы сердца обычно не изменены. Тоны сердца резко ослаблены, иногда выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, выслушиваются множественные сухие хрипы. В ряде случаев сочетание легочной гипертензии с резким повышением проницаемости капилляров приводит к развитию отека легких. Дыхание при этом становится kloкочущим, появляется кашель с выделением большого количества пенистой розовой мокроты, над легкими выслушиваются множественные разнокалиберные влажные хрипы. Температура тела у больных с анафилактическим шоком часто бывает несколько повышенной (субфебрильной). При исследовании крови выявляется лейкоцитоз со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево, нередко повышается количество эозинофилов.

В тяжелых случаях анафилактического шока могут наблюдаться признаки отека мозга с менингеальными проявлениями, а также острые нарушения мозгового кровообращения. У некоторых больных развиваются острая коронарная недостаточность с тяжелыми приступами стенокардии и нарушения сердечного ритма.

Иногда наблюдаются желудочно-кишечные и маточные кровотечения.

Неотложная помощь. При первых проявлениях анафилактического шока прежде всего необходимо прекратить поступление антигена в организм (прекратить введение лекарственного препарата, осторожно удалить жало насекомого и т. д.). Больному обеспечивают полный покой и доступ свежего воздуха.

Необходима экстренная медицинская помощь.

АППЕНДИЦИТ

Это воспаление червеобразного отростка слепой кишки — аппендикса. Острым аппендицитом могут заболеть люди любого возраста, кроме грудных детей. Причины возникновения заболевания не всегда очевидны и ясны.

Основной и наиболее частый признак аппендицита — боль в правой подвздошной области, возникающая иногда внезапно, иногда нарастающая постепенно, но все же сравнительно быстро. Боль может начаться в любой части живота. Затем она смещается в нижнюю правую часть и становится постоянной. Довольно часто боль

начинается в области пупка и под мечевидным отростком грудины и только со временем перемещается в правую подвздошную область. Аппендициту почти всегда сопутствуют тошнота, рвота. Живот постепенно делается твердым и все более чувствительным. При обычном течении болезни температура поднимается обычно до 37,5–38,5 °С или остается нормальной (особенно у пожилых).

Если своевременно не приняты меры, при тяжелом течении острого аппендицита червеобразный отросток в первые часы приступа омертвевает или прорывается, в брюшную полость поступает огромное количество микробов и развивается разлитой гнойный перитонит.

Лечение аппендицита — срочная операция.

ГИПЕРТЕРМИЯ

Тепловой удар (тепловая гипертермия) является следствием недостаточной теплорегуляции через потоотделение. Обычно он возникает при сочетании высокой температуры окружающей среды и тяжелой физической нагрузки, обезвоживания, вирусной инфекции. В таких случаях у пострадавшего наблюдается не бледная и сухая, а красная и горячая сухая кожа; усиливается работа сердца; нарастают артериальное давление, тахикардия, частота дыхания и внутренняя температура тела.

При температуре тела 40 °С и выше возможно необратимое нарушение функции коры головного мозга. Степень и скорость поражения мозга находится в зависимости от длительности и степени гипертермии выше 40 °С, а также от артериального транспорта кислорода и содержания сахара в крови. Неотложная помощь состоит в возможно быстром охлаждении пострадавшего, подаче кислорода, проведении противошоковых мероприятий, борьбе с дыхательной недостаточностью и нарушениями функции мозга, а при необходимости — восстановлении самостоятельного кровообращения.

Снижение у пострадавшего температуры до нормальной следует проводить осторожно, с помощью наружных методов, внутривенного и ректального введения охлажденных растворов. Если температура тела поднимается до 42 °С и выше, то это приводит к развитию необратимого шока, по клинической картине сходного с комбинацией гиповолемического, кардиогенного и септического.

Гипертермия, нуждающаяся в проведении реанимационных мероприятий (тепловое истощение), является одной из форм *гиповолемического шока*, возникающего вследствие избыточной ответной реакции организма на высокую температуру окружающей

среды. Массивная потеря жидкости путем потоотделения вызывает развитие *периферического сосудистого коллапса*.

При этом состоянии наблюдается рвота, что еще в большей степени усиливает обезвоживание. Клинически наблюдаются бледная холодная липкая кожа, расширение зрачков, падение артериального давления, повышение внутренней температуры тела, учащенное сердцебиение.

Неотложная помощь при этих состояниях сводится, в основном, к коррекции объема циркулирующей крови, переносе больного в прохладное место, создании положения с приподнятыми нижними конечностями.

ГИПОГЛИКЕМИЯ

Гипогликемическое состояние и шок — это острое состояние, развивающееся при быстром снижении содержания сахара в крови и низкой утилизации глюкозы мозговой тканью. Ткани центральной нервной системы для нормального функционирования прежде всего нуждаются в *глюкозе и кислороде*. Если недостаток кислорода — причина внезапной смерти сердца, то *гипогликемия вызывает нарушение функции мозга даже без остановки сердца*.

Она может развиваться вследствие передозировки инсулина, инсулинпродуцирующих опухолях, алкогольной интоксикации или при передозировке салицилатов. Возникает у больных сахарным диабетом при избытке введенного инсулина и недостаточном приеме пищи, при интенсивной физической нагрузке. Гипогликемия наступает вскоре после инъекции простого инсулина и повторно — через 2–3 часа. Сахароснижающие препараты сульфаниламидного ряда могут тоже привести к гипогликемической коме.

Клинические признаки и исход гипогликемии зависят от степени и скорости снижения уровня глюкозы в крови, общего состояния организма и др.

У больного появляются предвестники: чувство голода, дрожь, головная боль, потливость.

При умеренном снижении уровня сахара в крови больной ощущает чувство голода, отмечаются раздражительность, зевота. Дыхание и пульс становятся частыми, повышается артериальное давление, возникает потливость.

Если снижение уровня сахара в крови происходит быстро и значительно, то это вызывает истощение запасов глюкозы и гликогена в тканях и развитие комы с урежением пульса, судорогами, расширением зрачков, бледностью кожи, ги-

первентильяцией и гипотонией (инсулиновым шоком). При выраженном и длительном снижении сахара в крови (свыше 1—2 часов) наступает остановка кровообращения. Коматозное состояние развивается очень быстро, возбуждение переходит в сопор и в кому. Кожные покровы влажные, тургор сохранен, язык влажный, тонус глазных яблок нормальный, дыхание поверхностное. Глюкозурии нет, кетоновых тел нет, есть гипогликемия.

Необходима срочная медицинская помощь.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА

Дефицит инсулина в организме больного приводит к обменным расстройствам, к развитию комы, чему способствуют неправильное лечение диабета, а также факторы, повышающие потребность в инсулине, острые заболевания, инфаркт миокарда, оперативные вмешательства, травмы, острые инфекционные заболевания и другие стрессовые ситуации.

По преобладанию обменных нарушений выделяют три типа комы: *кетоацидотическая, гиперосмолярная и гиперлактацидемическая*.

Диабетическая кетоацидотическая кома. Развивается вследствие воздействия на мозг кетоновых тел, накапливающихся в крови, обезвоживания и декомпенсированного ацидоза; нарушается электролитный обмен в крови, понижается концентрация натрия, фосфора, калия, повышается активность гормонов надпочечников, дефицит инсулина приводит к снижению проницаемости клеточных мембран для глюкозы, повышению ее концентрации в крови, осмотическому диурезу, потере жидкости и электролитов, гиповолемии. Кетоновые тела накапливаются в крови, оказывая токсическое действие.

Клиника развивается постепенно, в течение нескольких часов и даже нескольких суток. Может быть продромальный период, характеризующийся утомляемостью, слабостью, сухостью во рту, жаждой, полиурией, головными болями, угнетением аппетита, тошнотой, рвотой, болями в животе. Возможны нарушения сознания — от оглушенности до сопора, затем развивается кома с полной потерей сознания и отсутствием реакции на раздражители. Кожа сухая, горячая, лицо гиперемировано, дыхание глубокое и шумное, в выдыхаемом воздухе содержится запах ацетона, тургор тканей снижен, глазные яблоки при надавливании мягкие, мышечный тонус снижен. Язык сухой, жесткий, шершавый. Тахикардия. Артериаль-

ное давление снижается, пульс слабый, мягкий. Сухожильные рефлексy снижены или отсутствуют. Зрачковые и корнеальные рефлексy вялые.

По преобладанию симптомокомплекса выделяют клинические варианты:

Желудочно-кишечная форма с псевдо-перитонеальными явлениями: боли в животе, напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. При проведении адекватного лечения симптомы исчезают.

Сердечно-сосудистая форма: коллапс, нарушения сердечного ритма.

Почечная форма: с развитием олигоанурии.

Энцефалопатическая форма: напоминает инсульт. Окончательный диагноз ставится в стационаре на основании лабораторных данных.

Диабетическая гиперосмолярная кома. Развивается чаще всего у больных старше 50 лет с инсулиннезависимым диабетом. Характерна очень высокая гипергликемия до 55 ммоль/л (1000 мг%) без накопления кетоновых тел в крови, а также значительная глюкозурия без кетонурии. Начинается клеточная дегидратация, гиповолемия, уменьшается выделение натрия почками, выделение мочевины падает, увеличивается дегидратация клеточных и межклеточных пространств, возникает сосудистый коллапс, нарушается органнй кровоток с развитием кровоизлияний, нарушением органной микроциркуляции. Клиника развивается постепенно: появляются слабость, вялость, мышечные судороги, сознание редко утрачивается полностью; дыхание поверхностное, учащенное; отмечается синусовая тахикардия, АД резко снижается. Кожные покровы сухие, язык сухой; тонус глазных яблок снижен; полиурия сменяется олигурией. Прогноз неблагоприятный в связи с большой выраженностью микроциркуляторных нарушений.

Диабетическая гиперлактацидемическая кома. Характеризуется относительно невысокой гипергликемией, резчайшим метаболическим ацидозом с повышением концентрации молочной кислоты в крови, без увеличения образования кетоновых тел. Клиника развивается обычно у больных пожилого возраста, получающих бигуаниды, а также у больных без сахарного диабета, но с заболеваниями печени, почек, сердца, легких. Коматозное состояние развивается быстро, после короткого периода сонливости, который

переходит в бред с дальнейшей потерей сознания. Развивается дыхание типа Куссмауля, кожа и язык сухие, глазные яблоки мягкие, тургор снижен, гипотония, тахикардия, коллапс, олигурия с переходом в анурию. Диагноз окончательно подтверждается при лабораторном исследовании.

ОЖОГИ

Ожоги — это один из видов травмы, возникающей при действии на ткани организма высокой температуры (электромагнитные излучения оптического диапазона, зажигательные огнесмеси, пламя, пар, кипятки), агрессивных химических веществ, электрического тока и ионизирующего излучения.

Ожоги классифицируют:

- по площади поражения (в процентах к поверхности тела);
- по глубине поражения (I, II, IIIА, IIIБ, IV степень);
- по периодам течения ожоговой болезни (шок, острая ожоговая токсемия, септикотоксемия, реконвалесценция).

Тяжесть термической травмы обуславливается преимущественно обширностью обожженной поверхности, глубиной поражения кожи, подлежащих тканей. Для вычисления общей площади ожоговых ран в повседневной практике целесообразно пользоваться сочетанием правила «девятки» или правила «ладони». Согласно правилу «девятки», площадь отдельных областей тела равна или кратна 9 и составляет: голова и шея — 9%; верхняя конечность — 9%; передняя поверхность туловища — 18%; задняя поверхность туловища — 18%; нижняя конечность — 18%; бедро — 9%; голень и стопа — 9%; наружные половые органы, промежность — 1%. При использовании правила «ладони» исходят из того, что размер ладони взрослого человека составляет около одного процента кожного покрова тела.

Степени повреждения кожного покрова и подлежащих тканей при ожогах:

I степень. Гиперемия кожи.

II степень. Отслойка эпидермиса с образованием пузырей.

IIIА степень. Омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением эпителия, волосяных луковиц, потовых и сальных желез.

IIIБ степень. Гибель всех слоев кожи.

IV степень. Некроз кожи и расположенных под ней тканей.

Определение глубины повреждения представляет некоторые трудности, особенно в первые минуты и часы после ожога, когда наблюдается внешнее сходство различных степеней ожога. Наи-

более точно диагностировать глубину поражения удается к 7–14 дню.

Первая медицинская и доврачебная помощь при ожогах призваны решить три основные задачи: *прекращение действия травмирующего агента, профилактика вторичного инфицирования ожоговой раны и профилактика ожогового шока.*

ОТМОРОЖЕНИЕ

Отморожение — патологическое состояние тканей, возникающее на ограниченном участке тела под воздействием низких температур внешней среды. Под воздействием холодовой травмы патологические процессы начинают развиваться при снижении температуры тканей до 35–33 °С. Из этого следует, что отморожения могут возникать при температуре окружающей среды выше 0 °С. В этих случаях важную роль играет наличие отягчающих факторов (повышенная влажность, ветер, длительность воздействия). Необходимо также учитывать, что развитию холодовых поражений способствует понижение сопротивляемости организма вследствие переутомления, истощения, авитаминоза, перенесенных заболеваний и ранений, кровопотери и т. п.

Особая роль в возникновении холодовой травмы принадлежит одежде и обуви. Тесные, плохо подогнанные одежда и обувь, сдавливая ткани, нарушают кровообращение в них, что снижает сопротивление холодовой травме. Значительно возрастает опасность таких поражений при ношении промокшей обуви и влажной одежды.

В клиническом течении отморожения различают два периода: *скрытый и реактивный*. В *скрытом* периоде субъективные ощущения сводятся к специфическому ощущению холода, покалыванию и жжению в области поражения. Затем наступает полная утрата чувствительности. Гиперемия отмороженных участков сменяется резким побледнением. Ни глубины некроза, ни его распространения в этом периоде определить нельзя. Чем дольше скрытый период, тем сильнее разрушение тканей.

Однако степень этого разрушения можно определить только после согревания отмороженных участков тела. В реактивном периоде, наступающем после согревания пораженных участков, начинают развиваться признаки отморожения, включая клиническую картину некроза и симптомы реактивного воспаления. Отморожения различают по этиологическому признаку.

Отморожения, возникающие под воздействием сухого холодного воздуха. Этот вид холодовой травмы — наиболее рас-

пространенный. Температура воздуха при этом всегда отрицательная и обычно колеблется от -10°C до -20°C . Чаще поражаются открытые части тела — лицо, руки. При продолжительном воздействии холода возможны отморожения пальцев стоп или всей стопы целиком. «Скрытый» период выражен отчетливо и резко. При неблагоприятных условиях (ранения, алкогольное опьянение, несчастные случаи зимой вдали от жилья и т. д.) становятся возможными тяжелые отморожения рук, ног, а также замерзание.

I степень: кожа гиперемирована, синюшная, с багровым оттенком.

II степень: пузыри с серозным содержимым.

III степень: кожа сине-багровая, отечная, пузыри с геморрагическим содержимым, развивается некроз на всю толщину кожи.

IV степень: отморожению подвержены целиком пальцы или дистальные отделы конечностей. Они черного цвета, вначале отечны, некроз подлежащих тканей до костей, через неделю — влажная или сухая гангрена. При общем охлаждении пострадавший вял, безучастен к окружающему, кожные покровы бледные, холодные, пульс редкий, АД снижено. Температура тела ниже 36°C .

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Отравления этиловым спиртом и его суррогатами. Этиловый спирт (винный спирт) — входит в состав спиртных напитков, духов, одеколона, лосьонов, лекарственных растительных настоек, а также является растворителем для спиртовых лаков, щелочной политуры, клеев марки «БФ» и т. д. Смертельная концентрация этилового спирта в крови — около 300–400 мг %.

Симптомы. При легком опьянении ведущим признаком является эйфория (повышенное настроение). При опьянении средней тяжести присоединяются нарушения походки и координации движений, умеренное возбуждение, которое сменяется сонливостью и глубоким сном. Эти стадии опьянения лечения не требуют.

При тяжелом отравлении все явления выражены сильнее, и опьянение заканчивается наркозом, т. е. глубоким сном с утратой всех видов чувствительности, в том числе болевой и температурной. Это состояние само по себе не опасно для жизни, так как проходит через несколько часов, однако возможны тяжелые травмы, возникновение глубоких пролежней (вплоть до гангрены мягких тканей), вызванных нарушением местного кровообращения во время сна в неудобном положении. Существенную опасность представляет переохлаждение — оно может возникнуть даже при температуре воздуха 12°C . При этом температура тела снижается до $31-32^{\circ}\text{C}$, пульс урежается до 28—

52 ударов в минуту, дыхание угнетено до 8—10 раз в минуту. Такое комбинированное поражение очень опасно и может привести к гибели (или в первые сутки — от нарушения дыхания, или в ближайшие недели — от пневмонии и гангрены легких, вызванных переохлаждением). При очень тяжелом алкогольном опьянении больной быстро проходит все предыдущие стадии опьянения (эйфория, возбуждение, наркоз) и впадает в глубокую кому.

Различают три стадии коматозного состояния:

Поверхностная кома 1. Зрачки сужены с временным расширением при болевом раздражении. Из рта — резкий запах алкоголя. На вдыхание нашатырного спирта больные отвечают мимической реакцией, защитными движениями рук. Эта стадия алкогольной интоксикации отличается наиболее благоприятным течением и нередко после промывания желудка через зонд больные приходят в сознание.

Поверхностная кома 2. Отличается выраженной мышечной гипотонией (расслабленностью) при сохраненных рефлексах (сухожильных, зрачковых). На ингаляционное раздражение парами нашатырного спирта реагируют слабо.

Эти больные подлежат госпитализации, так как коматозное состояние более длительное и мероприятия по прекращению дальнейшего всасывания алкоголя (промывание желудка через зонд) не сопровождаются быстрым восстановлением сознания.

Глубокая кома. Характеризуется полным отсутствием рефлекторной деятельности. Зрачки сужены или (при явлениях недостаточности дыхания) расширены. Болевая чувствительность и реакция на раздражение нашатырным спиртом отсутствуют.

Алкогольные интоксикации могут сопровождаться нарушением дыхания из-за западения языка, аспирации слизи и рвотных масс в дыхательные пути, повышенной секреции бронхиальных желез. Нарушения функции сердечно-сосудистой системы проявляются в виде умеренной гипертонии, сменяющейся гипотонией (снижением артериального давления) и выраженной тахикардией в стадии глубокой комы.

Распознавание. Алкогольную кому следует различать с инсультом, уремической комой, отравлением морфином и его дериватами. Запах алкоголя изо рта ничего не доказывает, так как возможны сочетанные поражения.

Инсульт чаще всего сопровождается параличом половины тела с отклонением глаза в сторону поражения и нистагмом. При этом кома более глубокая, чем алкогольная, и наступает обычно внезапно.

При уремии характерен запах аммиака изо рта, зрачки то суживаются до средних размеров, то расширяются. Диурез отсутствует или крайне скуден, в то время как при алкогольной коме диурез, наоборот, увеличен, часто возникают рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Морфинная кома характеризуется резким сужением зрачка до размеров «булавочной головки», сохраненными сухожильными рефлексами. Ведущим признаком для диагноза в затруднительном случае является определение количества алкоголя в крови, что возможно лишь в условиях специализированного стационара.

Алкогольная кома обычно кратковременна, продолжается лишь несколько часов. Если она длится более суток и сочетается с резкими нарушениями дыхания, то это является неблагоприятным признаком.

Первая помощь при очень тяжелом состоянии (кома) должна быть энергичной, особенно при нарушении дыхания. При падении артериального давления назначают сердечно-сосудистые средства (кордиамин, эфедрин, строфантин), внутривенно вводят полиглюкин и преднизолон. Главное при лечении интоксикации — прекратить всасывание алкоголя, обильно промывать желудок через зонд. Алкоголь также выводят из организма при помощи внутривенного введения гипертонического раствора глюкозы с инсулином; в глубокой коме целесообразно использовать метод форсированного диуреза, витаминотерапию. Аналептики и, в частности, бемегид в стадии тяжелой алкогольной комы противопоказаны. Из рвотных средств — лишь апоморфин подкожно, но и он противопоказан при отсутствии сознания, а также при низком артериальном давлении, сильном общем истощении, что нередко встречается у алкоголиков.

Для восстановления сознания применяют также раствор аммиака внутрь (5—10 капель нашатырного спирта на стакан воды). Так как у больного развивается ацидоз («закисление крови»), то обязательно надо вводить раствор натрия гидрокарбоната в вену или внутрь (2—7 г пищевой соды на прием).

Обязательным является согревание больного грелками, особенно при сочетании опьянения с охлаждением. При возбуждении не следует для успокоения больного давать барбитураты или препараты группы морфина из-за опасности угнетения дыхания. В таком случае следует ввести аминазин или хлоралгидрат — не более 0,2—0,5 г в клизме с крахмальной слизью. Больному необходимо давать горячий крепкий сладкий чай или кофе; содержащийся в этих напитках кофеин способствует стимуляции дыхания, сердечно-сосудистой системы.

Следует знать, что алкоголь является наиболее частой причиной внезапной смерти взрослых от отравлений. Причиной смерти при этом является асфиксия, обусловленная алкогольной комой, которая приводит к закупорке верхних дыхательных путей корнем языка, мягким небом, а также вдыханию содержимого желудка при рвоте.

Существенную роль в механизме умирания при отравлении алкоголем играют развивающаяся гипотония и фактор переохлаждения.

Пищевые отравления. *Симптомы:* рвота, понос, боли в животе, головокружение, головная боль, общая слабость, расширенные зрачки. В тяжелых случаях — расстройство глотания, птоз, коллапс.

Первая помощь: промывание желудка раствором марганцовокислого калия (0,04%), танина (0,5%) или водой с примесью активированного угля. Внутрь слабительное, очистительные клизмы, затем дезинфицирующие препараты: салол, уротропин. Обильное питье: слизистые напитки (крахмал, мука). Запрещается прием какой-либо пищи в течение 1–2 суток.

В остром периоде (после промывания желудка) показаны горячий чай и кофе. Больного необходимо согреть, обложив грелками (к ногам, рукам). Значительно способствует выздоровлению прием сульфаниламидов (сульгин, фталазол) — по 0,5 г 4–6 раз в день или антибиотиков (например, левомицетин — по 0,5 г 4–6 раз в день). Следует вызвать «скорую помощь» или доставить больного в медицинское учреждение.

Лечение: внутривенно — физиологический раствор. При упадке сердечной деятельности — инъекции кофеина, камфоры. При резких болях — обезболивающие. При ботулизме — противоботулиническая сыворотка.

Передозировка психотропных препаратов. В случае передозировки психотропные препараты могут вызывать возбуждение, блокаду симпатической нервной системы и угрожающие жизни нарушения сердечного ритма.

Передозировка препаратов для местной анестезии приводит к судорогам, остановке дыхания и коллапсу, если больному своевременно не дать кислород.

Передозировка прозерина. Прозерин и другие вещества, обладающие антихолинэстеразным действием (например, некоторые инсектициды, ядовитые грибы), могут привести к смерти, вызвав слюнотечение, рвоту, непроизвольную дефекацию, бронхоспазм,

бронхорею, асфиксию вследствие обструкции дыхательных путей, гипотонию и брадикардию.

Отравление никотином. Отравление никотином приводит вначале к возбуждению, а затем к депрессии, ведущей к развитию паралича скелетных мышц и остановке дыхания. Введение атропина при этом устраняет мускариноподобный эффект, что в сочетании с искусственной вентиляцией легких позволяет поддержать жизнь до прекращения действия яда.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

Травматический шок — это общая реакция организма, остро развивающаяся и угрожающая жизни человека, наступающая в результате воздействия на организм тяжелой механической травмы. В основе патогенеза шока находится гемодинамический фактор (уменьшение объема циркулирующей крови из-за вытекания из сосудов и депонирования), анемический фактор, боль и нарушение целостности костей. Вместе с этим могут быть повреждения и внутренних органов.

По сравнению с коллапсом, травматический шок имеет *характерную фазовость процесса*. Сначала наступает централизация гемодинамических процессов из-за спазма периферических сосудов, далее развивается их парез и кризис микроциркуляции. Жидкость поступает из тканей в кровеносное русло. Наступает внеклеточная, а затем клеточная дегидратация. При длительном нахождении в состоянии сосудистой гипотонии без квалифицированной медпомощи, а затем в состоянии пареза и шунтирования периферических сосудов, развиваются микротромбы в мелких, а в последствии — в артериальных сосудах, что приводит к ишемии паренхиматозных органов.

Клинически выделяют две фазы шока: *эректильную и торпидную*. *Эректильная фаза*: больной возбужден, мечется, кричит, неадекватно реагирует на осмотр и лечение. АД нормальное, могут быть нарушения дыхания. *В торпидной фазе* выделяют три степени тяжести, характеризующиеся комплексом клинических проявлений, главными из которых являются уровень АД и объем кровопотери. Но в связи с тем, что уровень АД не всегда соответствует тяжести состояния больного и не всегда отражает величину кровопотери, медработник должен оценивать состояние пострадавшего, исходя из клинической симптоматики шока, и пытаться оценить величину кровопотери в зависимости от характера травмы и гемодинамических показателей, которые возможно определить на догоспитальном этапе.

Диагностика наружных кровотечений не представляет трудностей; сложнее диагностировать внутренние кровотечения. При несложных случаях достаточно определить частоту пульса и величину систолического артериального давления. Имея эти показатели, можно примерно определить объем кровопотери по индексу Альговера.

Определение объема кровопотери основано на отношении частоты пульса к уровню систолического АД. Нормальное отношение (индекс Альговера) равно примерно $0,5 \text{ PS/АД} = 60/120$.

— При индексе, равном 1 ($\text{PS/АД} = 100/100$), объем кровопотери составляет 20% ОЦК, что соответствует 1–1,2 л у взрослого человека.

— При индексе, равном 1,5 ($\text{PS/АД} = 120/80$), объем кровопотери составляет 30–40% ОЦК, что соответствует 1,5–2 л у взрослого человека.

— При индексе, равном 2 ($\text{PS/АД} = 120/60$), объем кровопотери составляет 50% ОЦК, т. е. более 2,5 л крови.

Выделяют следующие степени шока:

Шок I степени (легкий шок). Больной несколько заторможен, контактен. Болевая чувствительность сохранена, видимые слизистые бледные или нормальной окраски. Дыхание учащенное, дыхательной недостаточности нет (при отсутствии рвоты и аспирации рвотных масс). Развивается I степень на фоне закрытого перелома бедра, сочетанного перелома бедра и голени (нетяжелого перелома таза и др. скелетных травмах).

Шок II степени (средней тяжести). АД 80–75 мм рт. ст., пульс увеличивается до 110–120 уд/мин, выражена бледность кожных покровов, цианоз, адинамия, заторможенность. Развивается II степень при множественных переломах длинных трубчатых костей, множественных переломах ребер, тяжелых переломах костей таза.

Шок III степени (тяжелый шок). АД 60 мм рт. ст., но может быть и ниже, пульс возрастает до 130–140 уд/мин. Тоны сердца очень глухие. Больной глубоко заторможен. Кожные покровы бледные, с выраженным цианозом и землистым оттенком. Развивается III степень при множественных сочетанных или комбинированных травмах, повреждении скелета, больших мышечных массивов и внутренних органов груди, живота, черепа и ожогах.

Шок IV степени. При дальнейшем ухудшении состояния больного может развиваться *IV степень шока — терминальное состояние, требующее проведения реанимационных мероприятий.*

Сознание угасает, кожные покровы цианотичны, АД менее 60 мм рт. ст., пульс 140—160 уд/мин. Пульс определяется только на крупных сосудах.

Объем помощи, интенсивная терапия больных с шоком на догоспитальном этапе зависят от характера травмы, тяжести шока и условий, в которых оказывается помощь. При травматическом (гиповолемическом) шоке в первую очередь необходимо обеспечить доступ в крупные вены для переливания жидкостей — например, раствора Рингера или изотонического раствора NaCl, коллоидных растворов и небольших объемов (200 мл) гипертонического раствора поваренной соли (4—7%), что может помочь поддерживать артериальное давление на месте происшествия и во время транспортировки.

ЛИТЕРАТУРА

Алексеев В. Г., Балаболкин М. И. Диагностика и лечение внутренних болезней. — М: Медицина, 1996.

Викери Д., Фрайес Дж. Медицинский справочник на все случаи жизни. — СПб: Питер, 1998.

Заккарди Д. Энциклопедия экстренной медицинской помощи. — М.: Крон-пресс, 1998.

Козинец Г. И. Интерпретация анализов крови и мочи и их клиническое значение. — М.: Триада-фарм, 2003.

Смит Т. Ваш семейный доктор. — М.: Мир, 1992.

Справочник практического врача / Под ред. акад. РАМН А.И. Воробьева. — Ульяновск: Книгочей, 1997.

Яценников Н. Н., Панова И. В., Панкова Е. Н. О чем говорят анализы? Общеклинические исследования. Диагностика болезней крови, желудка, кишечника. Сердечно-сосудистая система и др. Феникс. 2008.

http://childhospital.narod.ru/symptoms/medical_symptoms.htm
<http://bolezni-detey.ru/content/blogcategory/16/99/>

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

- Аборт самопроизвольный 137
- Аденома предстательной железы 139
- Аллергия 71
- Амблиопия 114
- Аменорея 131
- Анафилактический шок 268
- Ангина 95, 189
- Анемия 56, 186
- Аппендицит 269
- Артериальная гипертензия 56
- Артрит
 - гриппозный 147
 - метаболический 154
 - обезобразивающий (деформирующий) 148
 - острый гнойный 146
 - травматический 148
- Астенопия 114
- Астигматизм 115
- Астма 216
 - бронхиальная 57, 96
 - сердечная 68
- Атеросклероз 58
- Афты 111
- Аэрофагия с гастрокардиальным синдромом 72

Б

- Бартолинит 132
- Бели 132
- Бельмо роговицы 116
- Бессонница 125
- Блефарит 116
- Блефароспазм 117
- Близорукость 117
- Болезни
 - глазные 210
 - Кюммеля 159
 - желчнокаменная 80
 - почечнокаменная 91
 - язвенная 89

Боль 12

- в глазах 120
- в горле 189
- в груди 191
- в животе 72
- в животе внезапная 193
- в животе постоянная 195
- в области таза 133
- в ротовой полости и зубная 196
- в руке 169
- в суставах и ногах 199
- в ухе 104, 201
- в ухе при перепадах атмосферного давления 119
- в яичках 142, 203
- головная 26, 59, 188
- зубная 113, 196
- Бородавки 204
- Ботулизм 206
- Бронхит 97, 216
- Бурсит 161
 - в области коленного сустава 162

В

- Варикозное расширение вен голени 164
- Ветрянка 207
- Внематочная беременность 134
- Воспаление 7
 - поджелудочной железы 85
- Вульвовагинит 208
- Вросший ноготь 165
- Вывихи 148, 170
 - в коленном суставе 165
- Выворот век 118

Г

- Гастрит 74
- Гастроптоз 78
- Гастроэнтерит 255
- Гастроэнтероколит острый 75
- Геморрой 143
- Гепатит 75, 220

Герпес 175
Гидраденит 175
Гидронефроз 90
Гингивит 111
Гипертермия 270
Гипертонический (гипертензив-
ный) криз 58
Гипогликемия 271
Гипотензия артериальная 59
Гипотония 59
Глаукома 118
Головокружение 29
Грипп 98, 212
Грыжа живота 83, 241
ущемленная пахово-мошоноч-
ная 141

Д

Дакриоцистит 119
Дерматит
инфекционный 260
токсико-аллергический 182
Диабет сахарный 94
Диабетическая кома 272
Диарея (понос) 76
Дизентерия 213
Дискинезия
желчных путей 77
кишок 78
Дифтерия 215

Ж

Желтуха 218
Желудка
гипотония 78
опущение 78
спазм 79
Живота вздутие 84

З

Закупорка слезных
протоков 210
Запор 81, 220
атонический 81
спастический 81
Зоб токсический 94

Зуд
в заднем проходе 222
в любом месте 223
кожи 176

И

Изжога и жжение в желудке 82
Икота 82
Импетиго 261
Инородные тела 225
в глазу 119
Инсульт 61
Инфаркт миокарда 63
Ирит 121
Истерия 126

К

Карбункул 176
Кариес 113
Катаракта 121
Кашель 23, 228
Кератит 122
Коклюш 231
Колики 83, 231
Колит 83
Коллапс 64
Контрактуры 149
Контузия 8
Конъюнктивит инфекционный
123, 211
Корь 232
Крапивница 57, 177, 224
Краснуха 234
Кровотечение
желудка 79
желудочно-кишечное 46
кишечное 82
легочное 24, 102
носовое 238
Кровохарканье 24, 102
Круп 236

Л

Ларингит 102
Лишай опоясывающий 126

Лишай
отрубевидный разноцветный 179
стригущий 261
Люмбаго 127

М

Малокровие 56
Мастит 135
Мастопатия фиброзно-кистозная 138
Менингит 237
Меноррагия 136
Менструации болезненные 133
Метеоризм 84
Метроррагия 136
Мигрень 65
Микроспория 177
Миозит 150
Миопия 117
Миофасциальная боль 151
Молочница 197
Мозоли 166

Н

Нагрубание молочных желез 136
Невралгии 127
тройничного нерва 128
Неврит 127
зрительного нерва 129
слухового нерва 129
Нейродермит 178
Нерва ущемление 161

О

Обморок 66, 239
Одышка 17
Ожоги 241, 274
Омфалит 179
Опухоли
в области живота 241
кожные 242
пахово-мошоночной области 244
Опушение почки 92
Орхит 140
Остановка дыхания 245
Остеохондроз 152

Острицы 222
Острые
недостаточность сердца 67
отравления 276
респираторно-вирусные
инфекции 103, 246

Отеки 21
Отит 104
Отморожение 275
Отравления
никотином 280
пищевые 279
психотропными препаратами
279
этиловым спиртом и его
суррогатами 276

П

Панариций 180
Панкреатит 85
Паропроктит 144
Пароксизмальная тахикардия 67
Паротит инфекционный (вирусный) 226
Педикулез 247
Переломы 9, 156
Перитонит 85
Пиодермия 181
Плеврит экссудативный 106
Пневмония 106, 229
Повреждения
мышц спины 153
сухожилий мышц кисти 167
Подагра 154
Полиартрит
инфекционный неспецифический 155
ревматический 155
Полиомиелит 248
Понос 249
Почечная колика 91
Пояснично-крестцовый радикулит 126
Прострел 127
Простуда 251
Псориаз 181, 260

Р

- Растяжения и разрывы связок, мышц и сухожилий 157
- Растяжения связок 167
- Рвота 254
- Рвота беременных неукротимая 137
- Ревматизм 68
- Ринит 107
 - аллергический 185
- Рожа 181

С

- Самопроизвольный аборт 137
- Сдавление кисти 167
- Себорея 182
- Сердцебиение 18
- Синуситы 109
- Скарлатина 257
- Спазм пищевода 86
- Спондилез 158
- Спондилит травматический 159
- Спондилоартроз 158
- Спондилолистез 159
- Стенокардия 71
- Столбняк 258
- Стоматит 111, 197
- Судороги 130
- Судорожные состояния 130
- Сыпь постоянная 259

Т

- Тендовагинит 159
- Тонзиллит 189
- Токсикодермия 182
- Травматический шок 280
- Травмы
 - глаза 125
 - голени 170
 - головного мозга закрытые 129
 - головы 263
 - кисти 166
 - локтя 168
 - нижних конечностей 169
 - плечевого сустава 171
 - позвоночника 91
 - таза 144

- Травмы яичка 141
- Трещины заднего прохода 145
- Тромбоз геморроидальных узлов 146
- Тромбофлебит 173

У

- Угри обыкновенные 184
- Удушье 17, 264
- Ушибы 8
 - суставов 160
- Ущемление нерва 161

Ф

- Фурункул 184, 266

Х

- Холангит 87
- Холелитиаз 80
- Холецистит 86

Ц

- Цианоз 19
- Цистит 92

Ч

- Чесотка 224

Ш

- Шпора 174

Э

- Эзофагит 88
- Эзофагоспазм 86
- Экзема
 - себорейная 185
 - у детей 259
- Эмфизема легких 111
- Энтерит 88
- Энтероколит хронический 89
- Эпиглоттит 218
- Эпидидимит 142, 204
- Эпилепсия 130
- Эрозия шейки матки 139

Я

- Язвы 111
- Яичка перекрут 140
- Яичников воспаление 139
- Ячмень 124, 212

СОДЕРЖАНИЕ

Будьте всегда здоровы!	3
О чем говорят симптомы: диагностика патологических состояний организма	4
Что такое симптомы и синдромы	4
Основные проявления болезненных состояний	7
Оценка основных симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, требующих оказания неотложной помощи	12
Обнаружение болезненных симптомов при исследовании основных систем организма	30
Важнейшие симптомы распространенных болезней	56
Болезни сердца и сосудов	56
Болезни органов пищеварения	71
Болезни почек и мочевыводящих путей	90
Болезни обмена веществ	94
Болезни органов дыхания и лор-органов	95
Болезни зубов и полости рта	111
Болезни глаз	114
Нервные болезни	125
Женские болезни	131
Мужские болезни	139
Болезни органов таза	143
Болезни мышц, суставов и опорно-двигательного аппарата	146
Болезни верхних и нижних конечностей	161
Кожные болезни	175
Детские болезни	185
Неотложные состояния	268
Литература	282
Алфавитный указатель	283



МУЛЬТИ★ПРЕСС