

# Оглавление

<b>Предисловие . . . . .</b>	<b>6</b>
<b>Глава 1. Головная боль . . . . .</b>	<b>8</b>
Головная боль напряжения . . . . .	8
Мигрень . . . . .	9
Головная боль при гипертонической болезни . . . . .	15
Головная боль при инсультах . . . . .	17
Головная боль при менингите . . . . .	19
<b>Глава 2. Головокружение . . . . .</b>	<b>25</b>
<b>Глава 3. Инсульт . . . . .</b>	<b>35</b>
<b>Глава 4. Черепно-мозговая травма . . . . .</b>	<b>46</b>
Сотрясение головного мозга . . . . .	46
Ушиб головного мозга . . . . .	50
Сдавление головного мозга . . . . .	53
<b>Глава 5. Гипогликемическое состояние . . . . .</b>	<b>57</b>
<b>Глава 6. Зубная боль . . . . .</b>	<b>60</b>
<b>Глава 7. Аллергические реакции . . . . .</b>	<b>63</b>
Крапивница . . . . .	64
Отек Квинке . . . . .	66
Анафилактический шок . . . . .	67
<b>Глава 8. Атеросклероз . . . . .</b>	<b>71</b>
<b>Глава 9. Стенокардия . . . . .</b>	<b>77</b>
<b>Глава 10. Нестабильная стенокардия . . . . .</b>	<b>83</b>
<b>Глава 11. Острый инфаркт миокарда . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Глава 12. Гипертоническая болезнь . . . . .</b>	<b>100</b>
Как измерить давление . . . . .	102
Лекарственная терапия гипертонической болезни . . . . .	106
Лечение гипертонического криза . . . . .	108

#### 4 • • • Оглавление

Глава 13. Первая помощь при клинической смерти . . . . .	113
Глава 14. Экстрасистолия . . . . .	120
Глава 15. Мерцательная аритмия . . . . .	126
Глава 16. Остеохондроз . . . . .	132
Глава 17. Ангина . . . . .	147
Глава 18. Грипп . . . . .	157
Глава 19. Острый бронхит . . . . .	166
Глава 20. Пневмония . . . . .	171
Антибиотикотерапия . . . . .	176
Вспомогательное лечение . . . . .	182
Глава 21. Приступ бронхиальной астмы . . . . .	188
Глава 22. Аппендицит . . . . .	193
Глава 23. Язвенная болезнь . . . . .	198
Глава 24. Осложнения язвенной болезни . . . . .	207
Кровотечение . . . . .	207
Перфорация . . . . .	209
Пенетрация . . . . .	210
Рубцовый стеноз и малигнизация язвы . . . . .	211
Глава 25. Острый панкреатит . . . . .	213
Глава 26. Желчнокаменная болезнь . . . . .	223
Глава 27. Острый холецистит . . . . .	229
Глава 28. Острые кишечные инфекции . . . . .	235
Вирусная кишечная инфекция . . . . .	236
Бактериальная кишечная инфекция . . . . .	241
Пищевая токсикоинфекция . . . . .	243
Глава 29. Дисбактериоз . . . . .	248
Глава 30. Почечная колика . . . . .	255
Глава 31. Острый пиелонефрит . . . . .	264
Приложение 1. Первая помощь при травмах . . . . .	268
Ушибы . . . . .	268

Растяжения . . . . .	270
Кровотечения . . . . .	271
Переломы . . . . .	274
Ожоги . . . . .	276
Обморожения . . . . .	281
Укусы насекомых и змей . . . . .	288
Тепловые и солнечные удары . . . . .	291
Инородное тело в ухе . . . . .	292
Инородное тело в глазу . . . . .	293
Носовые кровотечения . . . . .	293
<b>Приложение 2. Техника выполнения простейших медицинских манипуляций . . . . .</b>	<b>294</b>
Наложение холодных примочек и пузыря со льдом . . . . .	294
Согревающий «полуспиртовой» компресс . . . . .	295
Как закапать капли в глаз . . . . .	295
Как закапать капли в ухо . . . . .	296
Постановка очистительной клизмы . . . . .	296
Выполнение внутримышечной инъекции . . . . .	297
<b>Приложение 3. Домашняя аптечка . . . . .</b>	<b>299</b>
<b>Приложение 4. Сводная таблица симптомов . . . . .</b>	<b>307</b>
<b>Послесловие . . . . .</b>	<b>318</b>

# Предисловие

Уважаемые читатели!

Эта книга содержит сведения о наиболее распространенных заболеваниях из тех, с которыми вам придется сталкиваться в жизни.

С некоторыми из них, например мелкими травмами, простудой, вы можете справиться самостоятельно, другие требуют консультации врача или даже срочного вызова «скорой помощи». Но в любом случае знания, полученные благодаря этой книге, позволят вам действовать оптимальным образом и избежать ошибок, цена которых может быть очень высока.

В медицине существует так называемое «правило золотого часа». В первый час развития острого заболевания или травмы правильно оказанная помощь приносит наибольшую пользу. Иногда спасти жизнь и предотвратить осложнения можно только в течение первого часа (или даже первых нескольких минут заболевания). Врача в этот момент может не оказаться рядом, а это значит, что помощь будете оказывать именно вы.

Содержание книги не ограничивается рекомендациями по оказанию первой помощи. Я постарался описать методы, с помощью которых вы сможете распознать симптомы различных заболеваний, методы их диагностики и лечения, причем в каждой главе привел наиболее характерные примеры из своей практики, иллюстрирующие течение той болезни, о которой идет речь.

Давно известно, что если бы все силы и средства, которые сейчас направляются на проведение новых исследований, направить на ознакомление врачей с результатами уже имеющихся исследований, польза от этого была бы гораздо большей. Я думаю, что аналогичное утверждение справедливо и для пациентов — если донести до населения хотя бы небольшую часть знаний, которыми обладают врачи, оказывать медицинскую помощь было бы значительно легче. Надеюсь, что книга поможет вам разобраться в симптомах и методах лечения болезней, что облегчит совместную с врачом работу по возвращению вам и вашим близким здоровья.

Я буду рад узнать мнение читателей об этой книге и пожелания по ее улучшению для следующих изданий.

*Пишите на e-mail [serdze@yandex.ru](mailto:serdze@yandex.ru) или на почтовый адрес: 198262, Санкт-Петербург, а/я 12, Крулеву Константину Александровичу.*

## Глава 1

### Головная боль

Головная боль знакома практически каждому человеку. Это одна из наиболее частых жалоб в медицинской практике.

Обычно мы относимся к этому симптому спокойно — достаточно принять обезболивающую таблетку, и все проходит. Действительно, в подавляющем большинстве случаев головная боль не угрожает жизни и здоровью.

#### Головная боль напряжения

Наиболее частой формой головной боли является так называемая головная боль напряжения. Думая, мало кто из читателей слышал такой термин. Тем не менее на долю этого диагноза приходится более 70 % случаев головной боли. Она обычно бывает тупой монотонной, сдавливающей. Интенсивность ее умеренная.

Иногда больные жалуются на ощущение сжатия головы в виде шлема или каски. Боль развивается постепенно, равномерно в обеих половинах головы, иногда сопровождается тошнотой, снижением аппетита и болезненностью мышц головы и шеи.

Механизм развития головной боли напряжения не совсем ясен, но известны факторы, провоцирующие ее возникновение. Это тревога, переутомление, недостаток отдыха и сна, сколиоз позвоночника,

последствия травм. Считается, что повышенное напряжение мышц головы и шеи играет главную роль в развитии этого заболевания, отсюда оно и получило свое название. Продолжительность болевого приступа варьирует от 30 минут до недели, обычно не превышая 3–4 часов.

Приступы головной боли напряжения, как правило, легко купируются анальгетиками — аспирином, парацетамолом, анальгином. Эти лекарства в терапевтической дозе можно употреблять самостоятельно, без назначения врача, особенно если головная боль носит привычный характер. Помните только, что препараты этой группы плохо сочетаются друг с другом — увеличивается риск возникновения побочных эффектов. Если вы приняли, например, таблетку парацетамола и эффект оказался недостаточным, нежелательно добавлять аспирин или анальгин. Примите еще одну таблетку парацетамола, это не принесет вреда.

## Мигрень

Второй по распространенности формой головной боли является известная человечеству с древнейших времен мигрень. На ее долю приходится около 15 % всех случаев. Она проявляет себя не столь безобидно. Приступы мигрени могут служить причиной утраты трудоспособности на несколько дней. Подсчитано, что если приступы возникают два раза в месяц (наиболее распространенная периодичность), то человек теряет два года творчески активной жизни.

Мигрень имеет несколько характерных признаков, позволяющих отличить ее от любых других форм головной боли. Основное клиническое проявление болезни — интенсивная приступообразная боль в одной половине головы, носящая пульсирующий характер, часто сопровождающаяся тошнотой или рвотой, усиливающаяся при эмоциональной, физической или умственной нагрузке. Часто боль усиливается от громких звуков или яркого света. Приступу может предшествовать так называемая аура, обычно проявляющаяся в виде зрительных расстройств — выпадения участка поля зрения (кратковременная частичная слепота) либо появления сверкающих зигзагов, точек, шаров, молниеподобных вспышек. Реже аура проявляет себя онемением половины лица, языка или нарушением речи. В конце ауры возникает головная боль, нарастающая в течение 30–90 минут. Общая продолжительность приступа мигрени обычно составляет около 6 часов, варьируя от 4 до 72 часов. Нередко после приступа больные чувствуют сонливость, что не удивительно — во время приступа поспать не удается, боль настолько сильна, что может даже разбудить спящего человека.

Классический пример описания мигрени есть в книге М. Булгакова «Мастер и Маргарита». Автор — кстати, опытный врач — красочно описывает нестерпимые головные боли Понтия Пилата:

*«Более всего на свете прокуратор ненавидел запах розового масла, и все теперь предвещало нехороший день, так как запах этот начал преследовать прокуратора с рассвета. Прокуратору каза-*



*лось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожи и конвоя примешивается проклятая розовая струя». Как видим, аура у Понтия Пилата проявлялась обонятельным расстройством — ему чудился аромат розового масла. Затем следует описание самого болевого приступа:*

*«Да, нет сомнений! Это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь гемикrania, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения. Попробую не двигать головой...»*

Причины заболевания изучены пока не полностью. Известно, что две трети больных, страдающих мигренью, имели родственников с тем же недугом. Фактором, провоцирующим развитие приступа, могут быть определенные виды пищи, алкоголь, внезапная перемена погоды, физическое напряжение, яркий мерцающий свет, недостаток или избыток сна, низкое содержание сахара крови (после голодания или больших нагрузок), эмоциональные расстройства, нарушения менструального цикла. Обычно «опытные» больные, страдающие мигренью не один год, знают свои индивидуальные особенности и умеют избегать провоцирующих факторов.

В лечении болевого приступа в последние десятилетия наметились существенные изменения. Если раньше применялись препараты, влияющие на сосудистый тонус или просто обезболивающие, то с середины 90-х годов разработаны лекарства, способные снимать боль, влияя на серотониновые рецепторы, то есть воздействуя на более глубоком уровне. Но начнем по порядку.

Препараты обезболивающего действия иногда позволяют добиться неплохого эффекта. Прием анальгина, аспирина, парацетамола или препаратов, содержащих кофеин (аскофен, цитрамон, каффетин), нередко снимает приступ, особенно если он не затянулся слишком надолго. Иногда применяются более сильные препараты — индометацин, диклофенак. Они существуют также в виде ректальных свечей.

Такая лекарственная форма уменьшает риск возникновения побочных явлений, связанных с раздражающим действием на слизистую оболочку желудка.

Для уменьшения тошноты и предотвращения рвоты можно принять таблетки церукал или торекан. Эти же препараты существуют в виде ампул для внутримышечного введения. Такой способ предпочтителен при часто возникающей рвоте, когда таблетки просто не успевают всосаться.

Нередко обезболивающего эффекта можно добиться с помощью специфических антимигренозных препаратов на основе спорыньи — эрготамина, дигидроэрготамина в каплях или аэрозоля «Дигидергот» — лекарственной формы для введения в полость носа.

Существует препарат Вазобрал, представляющий собой комбинацию дигидроэргокриптина и кофеина.

Это одно из наиболее часто назначаемых лекарств от мигрени, но, к сожалению, эффективность его невысока. Следует четко соблюдать инструкцию по употреблению препаратов спорыньи и не допускать их передозировки! Помните, что эти пре-

параты противопоказаны при стенокардии и ишемической болезни сердца!

И наконец, последняя группа. В настоящее время самыми эффективными средствами для лечения мигрени являются препараты под общим названием «ингибиторы серотониновых рецепторов». Международное название препаратов этой группы всегда заканчивается на -триптан. К ним относятся суматриптан (имигран, амигренин), золмитриптан (зомиг) и наратриптан (нарамиг).

В России широко распространен только суматриптан. Опыт его применения показывает, что в случае классической мигрени он достаточно эффективен. Нередко одна таблетка 50 мг или 1 доза спрея полностью прекращают болевой приступ, причем он одинаково эффективен на любой стадии приступа. Повторный прием этого препарата возможен только в том случае, если боль уменьшилась, но не прошла полностью, либо если после периода полного благополучия боль возобновилась. Если он не подействовал совершенно, то вторую дозу принимать бесполезно. Максимальная суточная доза этого препарата: 300 мг в таблетках или 2 дозы спрея по 20 мг в полость носа.

Мне приходилось видеть больных, которые никогда не получали эффекта от препаратов спорыньи или обычных обезболивающих, но испытали на себе «волшебное» действие суматриптана. Если вы страдаете мигренью, попробуйте этот препарат, естественно, после консультации с врачом. Его действие может превзойти все ожидания.

Необходимо сказать несколько слов о профилактике приступов мигрени. Коснемся только немеди-

каментозной профилактики, так как плановое назначение препаратов применяется редко и осуществляется только врачом.

Прежде всего, надо правильно организовать режим труда и отдыха, особенно обеспечить достаточный, но не избыточный сон. Практика показывает, что больные, последовавшие этому совету, всегда чувствуют улучшение состояния и отмечают урежение возникновения приступов. Необходимо обратить внимание на предотвращение стрессов и конфликтных ситуаций. Безусловно, легче озвучить этот совет, чем последовать ему, но вы хотя бы должны знать, что стрессы являются пусковым моментом для болевого приступа.

Может быть, эта информация позволит вам более спокойно отнестись к сложным жизненным ситуациям. Прием гормональных противозачаточных средств иногда провоцирует возникновение приступов мигрени или учащает имевшиеся ранее. Иногда, правда, бывает наоборот — эти препараты могут снизить частоту и интенсивность приступов. Понаблюдайте за собой и примите решение на основе наблюдений. Некоторые больные отмечают, что иногда напитки и еда провоцируют возникновение приступа.

К типичным продуктам, могущим вызывать мигрень, относят какао, шоколад, сыр, молоко, орехи, яйца, помидоры, сельдерей, цитрусовые, алкоголь, особенно красное вино и пиво.

Такое простое мероприятие, как ношение солнцезащитных очков, иногда предотвращает приступы мигрени, особенно в летнее время.

## Головная боль при гипертонической болезни

Нередко приходится слышать от пациентов: «Опять у меня голова болит. Наверное, давление подскочило». Большинство пациентов искренне верит, что об уровне артериального давления (АД) можно судить по интенсивности головной боли. Это очень распространенное заблуждение. Попробуем внести ясность в этот вопрос.

Начнем с того, что в большинстве случаев повышение АД, острое или хроническое, протекает бессимптомно. Да, гипертония может иногда являться причиной головной боли, но только в следующих случаях.

1. Если диастолическое (нижнее) давление **резко** повысилось более, чем на 25 % от исходного значения. Например, с 70 до 100 мм рт. ст. В таких случаях головная боль обычно проходит сразу после нормализации АД, особенно если понизить его удалось быстро.
2. Если уровень диастолического давления составляет 120 мм рт. ст. и более. Обычно в таких случаях головная боль появляется утром после сна, сопровождается тошнотой и отечностью лица, локализуется в затылочной области и носит давящий характер.
3. При повышении диастолического давления до 130–150 мм рт. ст. развивается так называемая гипертоническая энцефалопатия. Она также вызывает головную боль. Это угрожаю-

щее жизни состояние встречается, к счастью, довольно редко.

При мягкой и умеренной артериальной гипертензии головная боль обычно вызвана не повышением АД, а другими заболеваниями, чаще всего, головной болью напряжения.

Такие причины, как эмоциональная нагрузка, тяжелая физическая работа, употребление алкоголя, изменение погоды, могут привести к возникновению головной боли напряжения, а она, в свою очередь, — вызвать повышение АД. Таким образом, повышение АД обычно является не причиной, а следствием головной боли.

Надо помнить, что головная боль не отражает уровня АД, поэтому необходим его регулярный контроль даже при хорошем самочувствии.

Артериальная гипертензия, в отличие от головной боли напряжения и мигрени, повышает риск развития инфаркта, инсульта и других тяжелых сосудистых заболеваний.

Ошибочны утверждения больных вроде такого: «Я себя плохо чувствую, потому что давление поднялось до 130/80. Это не мое давление, мне лучше, когда 110/70».

Такие незначительные колебания давления в пределах нормы (напомним, что нормальными считаются цифры АД до 140/80) не могут быть «замечены» организмом, и ухудшение самочувствия в этом случае обычно вызвано другой причиной.

И еще один совет для людей, страдающих мигренью и гипертонической болезнью. Не забудьте рассказать об этом своему лечащему врачу. Сочетание

этих болезней часто является показанием для назначения препарата из группы бета-блокаторов.

Их прием позволяет понизить АД и одновременно уменьшить частоту приступов мигрени.

## Головная боль при инсультах

Как и при гипертонической болезни, головная боль при инсультах может быть не только следствием сосудистого заболевания головного мозга. Довольно часто у больных развивается головная боль напряжения из-за стрессовой ситуации, вызванной развитием тяжелого заболевания и экстренной госпитализацией.

Для ишемического инсульта (острой закупорки одного из сосудов головного мозга) головная боль нехарактерна. При геморрагическом инсульте (кровоизлиянии в мозг), напротив, головная боль беспокоит практически всех больных, находящихся в сознании. Одной из разновидностей геморрагического инсульта является субарахноидальное кровоизлияние. О нем необходим подробный разговор.

Субарахноидальное кровоизлияние сосудистого (нетравматического) происхождения обычно является следствием разрыва аневризмы внутричерепного сосуда.

Аневризмы — это врожденные аномалии развития, представляющие собой мешкообразные расширения сосудов. Они встречаются у 1% населения, то есть довольно часто. До момента разрыва они себя никак не проявляют, и человек чувствует себя полностью здоровым. Никакие стандартные обсле-

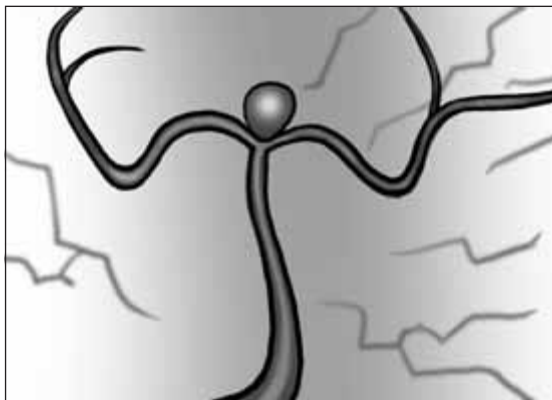
дования не могут выявить у него наличие таких аномалий. Но однажды под влиянием каких-либо неблагоприятных факторов (например, повышение АД, эмоциональная или физическая нагрузка) происходит разрыв аневризмы. Случиться это может в любом возрасте.

Главным симптомом, позволяющим распознать это заболевание, является **внезапно развившаяся головная боль**. Подчеркнем, что расположение ее может быть разным. Болеть может вся голова или отдельный ее участок, интенсивность может быть слабой или сильной (это бывает намного чаще), но внезапность присутствует всегда. Больные описывают момент возникновения боли «как будто сзади молотком ударили по голове» или «как будто в темной комнате включили свет». Ни одно другое заболевание не проявляет себя так внезапно.

*Однажды в составе бригады неотложной помощи я приехал к 35-летнему мужчине. Он рассказал мне, что уже четвертый день у него болит голова. Боль не очень сильная, не мешает ходить, спать, есть и даже работать за компьютером, но долго не проходит, поэтому и решил обратиться к врачу. Осмотр пациента не выявил никаких настоящих симптомов, артериальное давление было нормальным. Когда я спросил о моменте начала заболевания, он вспомнил, что заболел внезапно. Головные боли бывали и раньше, но никогда не было столь внезапного их появления. Руководствуясь лишь одним этим обстоятельством, я принял решение о госпитализации в нейрохирургический стационар. Спустя месяц я позволил родственникам больного, чтобы узнать*



*дальнейшую его судьбу. Они рассказали мне, что через 3 дня после госпитализации больной скончался от повторного субарахноидального кровоизлияния. Диагноз подтвержден результатами патологоанатомического вскрытия.*



Аневризма

Далеко не всегда субарахноидальные кровоизлияния заканчиваются столь фатально. В большинстве случаев больных удастся спасти. В настоящее время широко применяется методика клипирования аневризм (наложение зажима на поврежденную артерию), что позволяет продлить жизнь на многие годы.

## Головная боль при менингите

Головная боль при инфекционных заболеваниях присутствует практически всегда. Она является следствием интоксикации — появлением в орга-

низме токсических веществ, связанных с инфекционным процессом. Любая инфекция — грипп и другие ОРВИ, пневмония, гайморит, даже кишечные инфекции — вызывает более или менее выраженную головную боль. В большинстве случаев на нее не обращают особого внимания. Но существует болезнь, при которой интенсивная головная боль является главным симптомом. Это инфекционный менингит. Он обычно развивается при менингококковой инфекции.

Менингит, как правило, развивается внезапно. Внезапность не столь ярко выражена, как при субарахноидальном кровоизлиянии, но все же больные хорошо помнят день и даже час начала болезни. Пациенты ощущают **подъем температуры, головную боль и рвоту**. Эти симптомы при менингите присутствуют практически всегда. Температура повышается до 40 и более градусов и плохо поддается действию жаропонижающих препаратов. Рвота никогда не приносит облегчения. Ее важной особенностью является **отсутствие предшествующей тошноты**. Этот симптом уникален и не встречается ни при каком другом заболевании.

При кишечных инфекциях, гипертоническом кризе, черепно-мозговой травме и других заболеваниях рвота возникает после более или менее долго продолжающейся тошноты. При менингите же она может возникнуть буквально на полуслове, совершенно неожиданно для больного. И все же самым специфичным симптомом менингита является головная боль. Это наиболее сильная головная боль, которую может испытать человек. Все больные, пережившие менингит, рассказывают, что никогда

ничего подобного им испытывать не приходилось. «Как будто в голове горит костер, и туда все время подкидывают дрова», — описывал эту боль мне один из моих пациентов, переживший менингит.

*К счастью, в своей практике мне не пришлось часто сталкиваться с этим заболеванием. Но все же несколько раз я диагностировал менингит. Однажды глубокой ночью я приехал к 23-летнему пациенту, вызвавшему неотложную помощь в связи с головной болью. Вместо приветствия он встретил меня словами: «Страшно болит голова!» Одного взгляда на пациента было достаточно, чтобы понять, что он серьезно болен. Лицо было красным и выражало глубокое страдание. Температура тела была 40,5 градуса. Когда я начал измерять артериальное давление, внезапно произошла рвота, причем больной едва успел отвернуться. За время осмотра она повторялась еще два раза, причем оба раза больной не мог заметить ее приближение. Осмотр выявил резко положительные менингеальные симптомы. Сыпи на теле не было. Больной рассказал, что в течение 2 дней была повышена температура тела до 37,5, но он не обращал на это внимания, принимал жаропонижающие и продолжал работать. Ночью он проснулся от ощущения жара и головной боли, которая быстро нарастала от умеренной до невыносимой. Сначала он хотел дождаться утра, чтобы вызвать участкового врача, но потом понял, что терпеть такую боль невозможно, и вызвал неотложную помощь.*

*После введения препаратов из «менингококковой укладки» (лазикс, преднизолон, пенициллин) самочувствие больного улучшилось, но не очень зна-*

*чительно. Он был госпитализирован в инфекционную больницу имени Боткина. Позвонив туда через несколько дней, я узнал, что диагноз менингита подтвержден анализами крови и, главным образом, результатами люмбальной пункции (взятия спинномозговой жидкости на анализ), которая выявила наличие гноя и другие характерные для менингита изменения. На фоне лечения состояние пациента улучшилось. Дальнейшая его судьба мне неизвестна.*

Ситуация, когда больной за 2–3 дня до развития менингита ощущает подъем температуры, встречается довольно часто. Это связано с тем, что менингококковая инфекция иногда протекает, маскируясь под обычную простуду. В большинстве случаев больные выздоравливают, даже не подозревая, что могли заболеть гораздо более тяжело. Но иногда у ослабленных пациентов такая «простуда» внезапно переходит в менингит.

О методах лечения, думаю, разговор излишен. Лечение таких больных осуществляется только в инфекционных больницах, причем даже там помочь удастся далеко не всем. Смертность при этом заболевании остается очень высокой. «Менингококковая укладка», которой оснащаются бригады скорой и неотложной помощи, нужна для того, чтобы иметь возможность как можно быстрее начать введение антибиотиков таким пациентам. Промедление даже в один час (а обычно примерно столько времени требуется для доставки больных в стационар в условиях Санкт-Петербурга) считается неприемлемым. Поэтому необходимо помнить, что при подозрении на менингит необходимо в возможно

ранние сроки вызвать бригаду скорой или неотложной помощи. Задержка может стоить жизни.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Головная боль напряжения — наиболее часто встречающаяся ее форма (более 70% случаев). Это тупая, монотонная, сдавливающая, умеренно интенсивная боль. Развивается равномерно в обеих половинах головы. Ее причиной является напряжение мышц головы и шеи. Лечение — анальгетики (анальгин, аспирин, парацетамол). Прогноз хороший.
- ☑ Мигрень — разновидность головной боли, для которой характерны односторонность, пульсирующий характер, усиление от физической, эмоциональной нагрузки, громких световых или звуковых раздражителей. Иногда присутствует мигренозная аура — зрительные расстройства или онемение частей тела непосредственно перед приступом. Лечится анальгетиками, препаратами спорыньи и препаратами из группы триптанов. Наиболее распространенным в России является суматриптан — амигренин, имигран. Для борьбы с тошнотой и рвотой применяются церукал и торекан в таблетках или ампулах.
- ☑ Головная боль при гипертонической болезни возникает редко и связана обычно с резким повышением диастолического (нижнего) давления. Отсутствие головной боли не является признаком нормального давления. Снижать давление необходимо, даже если самочувствие хорошее. При сочетании гипертонической болезни и мигрени препараты из группы бета-блокаторов наиболее предпочтительны.
- ☑ Головная боль характерна для геморрагических и нехарактерна для ишемических инсультов. При субарахноид-

дальном кровоизлиянии (разновидность геморрагического инсульта, связанная с врожденной аномалией сосудов) наиболее важным симптомом является внезапно возникшая головная боль.

- ☑ Отличительным симптомом головной боли при инфекционном менингите является ее чрезвычайно сильная выраженность. Сильнее, чем при менингите, голова болеть не может! Боль всегда сопровождается высокой температурой, лихорадкой и рвотой без предшествующей тошноты, не приносящей облегчения. Появление таких симптомов — повод для срочной госпитализации в инфекционный стационар. Прогноз зависит от того, насколько рано оказана помощь.

## Глава 2

### Головокружение

Прежде чем начать разговор о головокружении, необходимо определить, что же это такое. Под этим термином врачи и пациенты нередко понимают разные вещи, что создает трудности в постановке диагноза. Головокружение — это иллюзия собственного движения или движения окружающих предметов, чаще в виде вращения. Оно бывает физиологическое и патологическое. Физиологическое головокружение знакомо любому читателю. Оно возникает при непривычных движениях головы, движении на качающемся судне, качании на качелях, а у особо чувствительных даже при взгляде на вращающиеся предметы. Восприимчивость к таким воздействиям у всех людей разная.

*Знаменитый летчик Валерий Чкалов обладал феноменальной устойчивостью к воздействиям, вызывающим головокружение. По воспоминаниям его близких, он мог встать посреди комнаты, подняв голову лицом вверх, повернуться 12 раз вокруг своей оси, затем опустить голову и спокойно выйти в дверь.*

*Не пытайтесь это повторить! Обычно первая часть этого упражнения дается легко. Но после 12 поворотов человек опускает голову и падает, как неодушевленный предмет, — так сильно растраивается система равновесия. Головокружение будет сохраняться еще долго.*

Патологическое головокружение — это болезненное состояние, возникающее при поражении отделов головного мозга, ответственных за равновесие, или, реже, в случае заболевания лабиринта головного мозга.

В этой главе мы не будем касаться редких причин возникновения патологического головокружения. Разберем только одно, но зато самое распространенное заболевание, которое обусловлено разными факторами, объединенными в понятие **вертебро-базилярная недостаточность**.

Наш головной мозг снабжается кровью из 4 артерий — 2 сонных артерий и 2 позвоночных. Позвоночные артерии проходят в костном канале, образованном шейными позвонками, и доставляют кровь к задним отделам мозга, где находится мозжечок и ствол — структуры, ответственные за равновесие. Атеросклероз этих сосудов, к счастью, встречается относительно редко, но остеохондроз может нарушать кровоток по позвоночным артериям практически у любого взрослого человека. Вторая причина, которая встречается реже, но не настолько, чтобы этим пренебречь, — аномалии развития, и прежде всего, это аномалия Киммерле (окостенение связки, в результате чего нарушается нормальный кровоток на выходе из костного канала). Эти причины приводят к спазму, а затем, по мере прогрессирования патологического процесса, к сдавлению позвоночных артерий, что вызывает характерную симптоматику.

Итак, главные симптомы вертебро-базилярной недостаточности — это **головокружение, сопровождающееся тошнотой и рвотой**. Ощущения напоминают те, которые возникают при укачивании. Как



правило, утром, после длительного сна, особенно в неподвижном положении, внезапно возникает приступ головокружения. Больным кажется, что предметы вращаются вокруг них, любое движение ухудшает самочувствие. Относительное облегчение наступает только в условиях полной неподвижности с закрытыми глазами. При попытке встать на ноги состояние ухудшается, вплоть до падения. Головокружение сопровождается тошнотой, слюнотечением, рвотой, приносящей кратковременное облегчение. Нередко больных беспокоит шум в ушах разных тональностей — от писка до рева. Приступ длится от нескольких минут до нескольких суток, чаще продолжительность его невелика.

*Одна из моих пациенток впервые ощутила симптомы вертебро-базиллярной недостаточности в Египте, куда она приехала в отпуск.*

*Она купалась в море, голова в это время находилась в запрокинутом положении. Вскоре возник сильнейший приступ головокружения, сопровождавшийся тошнотой, рвотой. Артериальное давление повысилось до 180/100, хотя ранее гипертонической болезнью пациентка не страдала. Больная была госпитализирована в местную больницу, откуда выписана вечером того же дня в удовлетворительном состоянии.*

*Позже, при обследовании в Санкт-Петербурге, выявлены признаки остеохондроза шейного отдела с выраженным нарушением кровотока по позвоночным артериям. На фоне лечения состояние пациентки остается удовлетворительным, давление больше не повышалось, несмотря на то что средства для его снижения не были назначены —*

*в условиях нормализовавшегося кровотока показаний для их назначения нет, давление и так нормальное.*

Не всегда приступы протекают столь тяжело. В большинстве случаев головокружение беспокоит не так сильно, не сопровождается тошнотой и рвотой, и пациенты могут к нему даже привыкнуть и воспринимать как что-то неприятное, но неизбежное. Так может продолжаться годы и даже десятилетия. К такому постоянному головокружению могут присоединяться приступы затуманивания зрения, нарушения речи и глотания, что служит более грозным симптомом и может быть предвестником инсульта. Наиболее достоверным предвестником инсульта являются так называемые дроп-атаки — внезапные падения пациентов, не сопровождающиеся потерей сознания и появлением симптомов-предвестников.

*Один из моих пациентов поступил в отделение реанимации в крайне тяжелом состоянии с симптомами стволового инсульта (наиболее тяжелого проявления вертебро-базилярной недостаточности). Родственники рассказали, что в течение недели до поступления он дважды падал без каких-либо видимых причин. Например, за день до инсульта он возвращался домой из магазина, нажал на кнопку звонка в квартиру, после чего упал. Когда открыли дверь, он уже поднимался на ноги. Причину падения назвать затруднился — «просто упал, и все».*

Диагностика вертебро-базилярной недостаточности осуществляется неврологом. В большинстве случаев жалобы пациентов настолько характерны,

что диагноз удастся поставить после беседы с ними. При осмотре выявляется нарушение подвижности в шейном отделе позвоночника, неровность осанки и искривление шейного отдела позвоночника.

Часто выявляется существенное различие в цифрах артериального давления при измерении его на разных руках. Это связано с тем, что при сужении позвоночной артерии с одной из сторон кровь с большей силой устремляется в подключичную, а затем и плечевую артерию с той же стороны.

Это легко понять, если представить себе следующую картину: река разделяется на два рукава (в нашем случае река — кровеносный сосуд, который разделяется на позвоночную артерию, несущую кровь в головной мозг, и подключичную, снабжающую кровью руку). При частичном перекрытии одного из них скорость, а значит, и давление потока, будет больше в том, который остался неперекрытым. Кстати, из-за этого же у больных с сужением позвоночной артерии может возникать повышение артериального давления. Недостаток кровотока в позвоночной артерии организм пытается компенсировать системным повышением давления. Отсюда вывод: снижая давление, но не улучшая нарушенный кровоток, мы не приносим пользу. При гипертонических кризах на фоне вертебро-базилярной недостаточности надо вводить средства, улучшающие местный кровоток, разговор об этом будет впереди.

Инструментальные методы диагностики — это доплерография сосудов шеи и головы, рентгеновское исследование шейного отдела в двух проекциях (иногда это помогает выявить аномалию Киммерле — у этой патологии очень характерные рентгено-

логические признаки!), а в сложных случаях — магнитно-резонансная томография с сосудистой программой, которая позволяет увидеть пораженные сосуды. Лечение вертебро-базилярной недостаточности делится на экстренное и плановое. При возникновении острого приступа головокружения обычно вводятся препараты, улучшающие мозговой кровоток: эуфиллин, кавинтон, а также препараты, способствующие уменьшению тошноты и рвоты. Для этой цели используются как противорвотные — торекан, церукал, так и успокаивающие препараты — реланиум, феназепам и другие. Самопомощь при приступе головокружения, если у вас была диагностирована вертебро-базилярная недостаточность, включает в себя следующие пункты.

1. Успокоиться, сесть или лечь. Стараться меньше двигаться — это облегчит состояние.
2. Принять под язык одну таблетку циннаризина или кавинтона.
3. Выпить 40 капель корвалола или валокордина. При упорной рвоте примите одну таблетку феназепама под язык. Эти препараты уменьшают тошноту и рвоту.
4. Измерьте артериальное давление на обеих руках. В случае его серьезного повышения примите под язык коринфар или нормодипин. Эти препараты относительно безопасно снижают давление при остром приступе головокружения.

Естественно, при возникновении головокружения впервые или при сохранении его, несмотря на принятые меры, необходим вызов «скорой помощи».

Схема лечения, которая здесь приведена, является условной (возможны внесения индивидуальных изменений) и может использоваться, только если диагноз известен, а приступы бывали и ранее. В крайнем случае можно пользоваться этой схемой, если вызов врача по какой-то причине невозможен.

*Один из моих пациентов, страдающий вертебро-базиллярной недостаточностью, постоянно носит с собой циннаризин. Необходимости в приеме других препаратов нет. Он работает артистом, и до того, как он начал использовать в экстренных случаях циннаризин, у него были мысли о выходе на пенсию — несколько раз он не мог выходить на сцену из-за головокружения. В течение последних четырех лет этой проблемы не существует — даже если приступ возникает на работе, его удается быстро снять приемом одного препарата.*

Плановое лечение вертебро-базиллярной недостаточности включает в себя препараты, улучшающие мозговой кровоток. Для этого назначают кавинтон, циннаризин, трентал — препараты, расширяющие мелкие сосуды. Дополнением к ним могут служить метаболические препараты — ноотропил, препараты гингко билоба, предуктал. Иногда эффективно курсовое введение церебролизина, инстенона, глиатиллина и других препаратов. Может помочь гомеопатический препарат вертигохель. Из профилактических мер рекомендуется использовать ортопедические подушки, препятствующие неправильному положению головы во время сна, ограничение ношения тяжестей (нередко ухудшения состояния возникают после ношения тяжелых сумок, особенно в одной

руке!). Назначаются комплексы лечебной физкультуры, которые эффективны только при их регулярном применении.

### **Примерный комплекс упражнений**

Надавите лбом на ладонь и напрягите мышцы шеи. Упражнение выполните 3 раза по 7 секунд. Затем на ладонь надавите затылком также 3 раза по 7 секунд.

Напрягая мышцы шеи, надавите левым виском на левую ладонь (3 раза по 7 секунд), а затем правым виском надавите на правую ладонь (3 раза по 7 секунд).

Голову слегка запрокиньте назад. Преодолевая сопротивление напряженных мышц шеи, прижмите подбородок к яремной ямке. Выполните упражнение не менее 5 раз.

Голову и плечи держите прямо. Медленно поверните голову максимально вправо (5 раз). Столько же раз выполните движение влево. Подбородок опустите к шее. Поверните голову сначала 5 раз вправо, а затем 5 раз влево. Голову запрокиньте назад. Постарайтесь коснуться правым ухом правого плеча (5 раз). Выполните это же движение, стараясь левым ухом коснуться левого плеча (5 раз).

Этот комплекс упражнений необходимо обсудить с лечащим врачом. При ухудшении состояния на фоне начала их выполнения (а такое случается не так редко) необходимо пересмотреть комплекс упражнений, но совсем отказываться от них нельзя.

Отдельного разговора заслуживает воротник Шанца. Это приспособление, которое используется в различных целях. С помощью жесткой разновидности этого воротника фиксируется шейный отдел позвоночника в случае получения различных травм. Эластичный воротник Шанца служит для разгрузки мышечно-связочного аппарата шеи за счет легкого вытяжения.

Это наиболее безопасный и простой путь лечения шейного остеохондроза, к тому же довольно эффективный при правильном его применении. Наибольшей популярностью пользуется эластичная модель этого устройства, которая представляет собой полосу пенополиуретана, обернутую хлопчатобумажной тканью и снабженную липучками для укрепления на шее. Значительно более дорогой, но более удобной разновидностью является надувная модель. Обычно ношение этого воротника начинается с 4–5 сеансов в день по 5 минут. При хорошей переносимости продолжительность постепенно увеличивают до 3–4 часов в день. В этом воротнике ни в коем случае нельзя спать! Крайне нежелательно продолжительное ношение этого приспособления в первые дни использования, даже если короткие процедуры вы переносите хорошо. Это может привести к ухудшению состояния и к необоснованному отказу от столь действенного метода лечения. Многолетний опыт применения эластичного воротника Шанца дает мне возможность сказать, что он очень хорошо помогает в случаях шейного остеохондроза, позволяя уменьшить боли в шейном отделе позвоночника, головокружение и другие симптомы, но только в тех случаях, когда пациенты упорно и ежедневно повторяют сеансы его использования.

Одно-двукратные эпизоды ношения воротника могут помочь снять боль, но о каком-то продолжительном эффекте может идти речь при использовании его не менее чем полгода.

Завершая разговор о вертебро-базилярной недостаточности, хочу напомнить, что симптомы этого заболевания в той или иной степени встречается

у многих людей, и если вам поставлен такой диагноз, пугаться не следует. Правильное лечение острых приступов и меры по их профилактике в межприступный период, которые описаны в этой главе, позволят вам приспособиться к этому состоянию, чтобы оно не доставляло больших неприятностей. Помните, что это заболевание имеет волнообразное течение, и за тяжелым периодом обязательно последует улучшение.

## РЕЗЮМЕ

---

- ✓ Вертебро-базилярная недостаточность — заболевание, являющееся следствием остеохондроза шейного отдела позвоночника или аномалий развития.
- ✓ Симптомы вертебро-базилярной недостаточности — головокружение, которое может сопровождаться тошнотой, рвотой, шумом в ушах, ощущением укачивания.
- ✓ Предвестниками инсульта при этом заболевании являются затуманивание зрения, нарушения речи и глотания, внезапные падения без потери сознания. Это поводы для срочного обращения к врачу.
- ✓ Лечение острого приступа головокружения и тошноты — циннаризин; корвалол или феназепам; снижение давления в случае его повышения.
- ✓ Плановое лечение вертебро-базилярной недостаточности помимо лекарственных средств включает лечебную физкультуру и ношение воротника Шанца. Эффективность этих методов высока только при регулярном их применении.



## Глава 3

### Инсульт

Инсульт — это заболевание, развившееся в результате острого прекращения кровотока по одной из артерий, снабжающих кровью головной мозг.

Существует две разновидности этого заболевания. Геморрагический инсульт является следствием разрыва внутримозгового сосуда и проникновения крови в вещество мозга. Ишемический инсульт — это острая закупорка мозгового сосуда, вызванная либо попаданием в него тромба по сосудистому руслу из полостей сердца (обычно это бывает при мерцательной аритмии), либо образованием тромба в самом сосуда. Подробнее о причинах образования внутрисосудистого тромба можно прочитать в главе, посвященной атеросклерозу. В ней же рассмотрены основные факторы риска этого заболевания.

**Геморрагический инсульт**, как правило, возникает внезапно на фоне гипертонического криза, когда артериальное давление повышается намного выше нормы. Иногда к этому заболеванию приводят сильное волнение, конфликтная ситуация или большие физические усилия. Больные жалуются на внезапно возникшую сильную головную боль, лицо при этом обычно краснеет и может приобрести синюшную окраску. Иногда возникает тошнота или рвота, речь становится невнятной, появляется асимметрия лица. Очень скоро наступает потеря сознания, затем нарушение дыхания — оно становится глубоким и неритмичным.

*Я хорошо запомнил одну из первых пациенток, которой я поставил диагноз геморрагический инсульт. В тот вечер она очень рассердилась на 10-летнего внука, который плохо выполнил школьное домашнее задание. Она громко и эмоционально кричала на него и вдруг пробормотала, что ей не хорошо и очень болит голова, после чего легла на диван и потеряла сознание. Испуганный внук позвонил на работу маме, а она сразу же вызвала неотложную помощь. К моменту моего осмотра состояние больной было крайне тяжелым. Больная лежала на диване без сознания. Артериальное давление превышало возможности измерения стандартным тонометром, систолическое АД было более 300, диастолическое 170. Лицо было красное, с оттенком синюшности. Неритмичность дыхания свидетельствовала о тяжелом поражении мозга. В легких выслушивалось хриплое дыхание, которое, вероятно, было следствием попадания рвотных масс в бронхи. Дочь пациентки рассказала мне, что больная практически никогда не измеряла давление, но знала, что оно редко опускалось ниже 220/110. Лекарств она не принимала, так как чувствовала себя неплохо, и даже продолжала работать, несмотря на пенсионный возраст.*

*Я госпитализировал больную в отделение реанимации, но ее жизнь не спасли, к концу следующего дня она скончалась. Этот случай запомнился мне еще и потому, что я видел, как тяжело переносил сложившуюся ситуацию внук пациентки. В его понимании он явился причиной заболевания бабушки, ведь именно его плохое поведение послужило толчком к гипертоническому кризу, закончившемуся инсультом.*

*В действительности нелеченная гипертоническая болезнь, и только она, явилась причиной заболевания. К сожалению, объяснить это родственникам пациентки мне тогда не удалось.*

Лечение геморрагического инсульта осуществляется только в стационаре. Действия родственников мало что могут изменить в течении заболевания. При появлении его симптомов надо уложить больного на бок, чтобы рвотные массы не попадали в дыхательные пути, и срочно вызвать скорую или неотложную помощь. Больше вы ничем помочь больному не можете. В больнице проводится обследование, и, если диагноз подтверждается, лечение проводится с участием нейрохирурга. Оперативное удаление крови из полости черепа, если это технически возможно, иногда позволяет спасти жизнь пациентов, но, к сожалению, прогноз в большинстве случаев геморрагического инсульта остается плохим. Если операция не показана, осуществляется лечение с помощью средств, улучшающих обмен веществ головного мозга, препаратов, останавливающих кровотечение, осуществляются меры по уходу за больным с целью профилактики инфекционных и других осложнений.

**Ишемический инсульт** обычно протекает менее тяжело, и прогноз при нем относительно благоприятный. Вообще, если говорить о прогнозе при инсульте, надо отметить одну важную особенность. 90 % прогноза при этом заболевании определяется его тяжестью, и только 10 % — лечением. Иначе говоря, даже при самом правильном и своевременном оказании помощи больному мы мало что можем из-

менять. Следовательно, надо принимать все меры для предотвращения возникновения этого заболевания. Поможет нам в этом знание симптомов, которые могут предшествовать развитию инсульта и состояний, при котором инсульт возникает с высокой частотой.

Итак, главными факторами риска инсульта являются:

1. Мерцательная аритмия. Больные постоянной формой этой разновидности нарушения ритма в 10 раз больше рискуют заболеть инсультом, чем люди с синусовым ритмом. Подробно о мерцательной аритмии можно прочитать в соответствующей главе этой книги.

*Недавно в нашу больницу поступил 66-летний пациент с повторным инсультом. Его жена рассказала мне, что 16 лет назад у него впервые в жизни возник приступ мерцательной аритмии. Не обратив на него внимания, больной продолжал ходить на работу, так как он занимал ответственный пост, а передать руководство предприятием было некому. К тому же через три-четыре дня после начала приступа больной вообще перестал ощущать неритмичность сердцебиения и подумал, что заболевание прошло само.*

*Через 7–8 дней после возникновения приступа (который, конечно же, не прошел, мерцательная аритмия сама обычно не проходит!) на работе он внезапно ощутил невозможность управлять правой рукой и ногой, пропала речь, появилась асимметрия лица. После госпитализации функция правых конечностей и речь почти не восстановились, больной мог говорить только самые простые*

*слова — да, нет, и немного двигать правым плечом. Вовремя не купированный приступ мерцательной аритмии превратил относительно молодого и активного человека в лежащего инвалида на многие годы.*

2. Гипертоническая болезнь. Нормализация давления — главный фактор профилактики атеросклероза, а следовательно, инсульта, инфаркта и других сосудистых заболеваний.
3. Курение. Курящие люди в 2 раза чаще болеют инсультом. Через 5 лет после отказа от курения риск снижается до уровня некурящего человека.
4. Сахарный диабет. Нормализация сахара крови снижает риск сосудистых катастроф (а значит, и инсульта) до уровня человека того же возраста, не страдающего диабетом.
5. Предшествующие инфаркты и инсульты также увеличивают риск возникновения этого заболевания.

В некоторых случаях ишемическому инсульту может предшествовать так называемое **преходящее нарушение мозгового кровообращения** — состояние, похожее на инсульт, но подвергнувшееся полной обратной динамике в течение 24 часов. Его симптомы:

- 1) слабость или неловкость в руке или ноге;
- 2) кратковременное нарушение речи;
- 3) онемение половины губы, языка, одной руки;
- 4) потеря зрения, резкое головокружение, двоение предметов;
- 5) неустойчивость при ходьбе.

Появление этих или подобных симптомов — повод для срочного вызова врача, который, оценив их значимость, назначит лечение, позволяющее иногда предотвратить развитие инсульта. Не обязательно они появляются все вместе. Достаточно лишь одного из них.

*Около 5 лет назад в нашу больницу поступил пациент с преходящим нарушением мозгового кровообращения. За несколько часов до поступления у него внезапно пропала речь — больной мог произносить лишь нечленораздельные звуки. К моменту осмотра в отделении реанимации речь восстановилась почти полностью, сохранялась лишь небольшая шепелявость. К утру речь полностью восстановилась.*

*На фоне лечения состояние больного оставалось стабильным, он выписан домой здоровым. Наблюдение продолжается, опасные симптомы на фоне проводимого лечения не возобновлялись ни разу.*

Не всегда ишемический инсульт протекает с предвестниками. Довольно часто, особенно при «эмболических» инсультах, возникающих как осложнение мерцательной аритмии, заболевание начинается внезапно. В этих случаях его симптомы такие:

- 1) внезапная слабость в руке и/или ноге одной половины тела;
- 2) неожиданное затруднение при выговаривании и/или понимании речи;
- 3) появление асимметрии лица — опускание угла рта, сглаживание носогубной складки на одной стороне;

- 4) внезапное резкое ухудшение зрения;
- 5) внезапное нарушение координации движений.

Появление хотя бы одного из этих симптомов служит поводом для срочного вызова бригады скорой помощи. В случае ишемического инсульта правильные действия родственников могут существенно изменить ход заболевания. При бессознательном состоянии больного следует выполнить те же действия, что и при геморрагическом инсульте: уложить больного на бок и следить, чтобы рвотные массы не попадали в дыхательные пути. Отсутствие сознания не позволит выполнить другие меры, к тому же тяжелый ишемический инсульт сложно отличить от геморрагического.

Совсем иная ситуация, если больной находится в сознании и жалуется, например, только на внезапно возникшую слабость в руке и ноге. В этом случае мы можем повлиять на течение заболевания с помощью лекарств. Пока к вам едет бригада скорой или неотложной помощи, а вызвать ее надо в первую очередь, надо измерить больному давление. Если бригада должна приехать в ближайшие 30–60 минут, самостоятельно снижать давление нецелесообразно. Это может привести к ухудшению состояния, усилив ишемию мозга при его резком снижении. Если ожидание затягивается на больший срок (ориентировочное время прибытия можно уточнить у диспетчера), то для снижения давления можно применить не очень быстро и резко действующие средства, например ренитек, коринфар. Только в случае очень высокого давления — до 200/100 и выше,

а особенно если бригаду придется ждать несколько часов, допустим прием препаратов группы клофелина. Наилучшим образом для этой цели подходит фозиотенз.

Применение успокаивающих средств не очень желательно, так как может затруднить диагностику. Не всегда врач сможет понять, связана заторможенность пациента с прогрессированием симптоматики инсульта или с действием успокаивающих средств. Все же, если пациент находится в возбужденном состоянии, допустим прием 15–20 капель корвалола или валокордина. Большую помощь в лечении могут оказать средства, улучшающие обмен веществ головного мозга. Применение их безопасно, а польза очевидна, и иногда их эффект проявляется буквально сразу после приема. Прежде всего, это глицин. При появлении симптомов инсульта его дают по 2 таблетки под язык.

*Однажды я наблюдал пациентку, которая переносила ишемический инсульт. По семейным обстоятельствам она не была госпитализирована и проходила лечение под наблюдением невролога поликлиники. Среди прочих препаратов был назначен глицин по 2 таблетки 5 раз в день. Я замечал, что сразу после его приема у больной ненадолго восстанавливается речь. Этот эффект производил на меня незабываемое впечатление. С тех пор я часто давал этот препарат в острой стадии инсульта и нередко наблюдал подобные положительные изменения в состоянии больных.*

Вторым препаратом из этой группы является церебролизин. Несмотря на то что многие неврологи подвергают сомнению пользу этого препарата при



инсульте, он по-прежнему широко применяется в медицинской практике, и эффект от его введения может проявиться довольно быстро. Мне неоднократно приходилось видеть, как добавление этого препарата к лечению меняло ход заболевания в лучшую сторону.

Чем раньше введен церебролизин, тем большую пользу он принесет больному. Он не входит в оснащение бригад скорой помощи в связи с высокой стоимостью, поэтому желательно иметь его дома. Если он у вас есть, то можно спросить у врача приехавшей бригады, нет ли необходимости в данном случае ввести церебролизин. Самостоятельно вводить его нельзя.

Помните, что внутримышечное введение этого препарата абсолютно бесполезно.

Госпитализация при ишемическом инсульте преследует следующие основные цели.

- 1. Постановка точного диагноза.** Ишемический инсульт необходимо отличить от ряда других заболеваний — геморрагического инсульта, опухоли головного мозга, черепно-мозговой травмы. Нередко симптомы черепно-мозговой травмы у пожилых людей проявляются через много дней после получения травмы, когда сам факт ее получения давно забыт.
- 2. Введение лекарственных средств.** Большинство лекарств, которые назначаются при инсульте, действуют недолго, следовательно, их введение должно осуществляться несколько раз в день. Дома организовать 2–3-кратное введение лекарств довольно сложно.

3. **Динамическое наблюдение.** Ежедневные осмотры врача позволяют оценить эффективность лечения и распознать возможные осложнения.
4. **Организация реабилитации в максимально ранние сроки.** С первых дней лечения больные занимаются лечебной физкультурой под руководством инструктора. Надо отметить, что при ишемическом инсульте умеренная физическая активность полезна даже на самых ранних стадиях заболевания. Опыт показывает, что ранняя активизация больных не ведет к рецидиву инсульта. К тому же, двигательная активность позволяет избежать возникновения пролежней, тромбофлебита и пневмонии.
5. В тяжелых случаях ишемического инсульта **организовать правильное питание** можно только в условиях стационара. Если больной утратил возможность глотать, ставится желудочный зонд, по которому вводится питательная смесь (обычно «Нутризон»).

Прогноз при инсульте во многом зависит от того, как прошли первые три недели заболевания. Если симптомы инсульта ушли, то прогноз благоприятный и больной может вернуться к привычному образу жизни. Если к 21-му дню заболевания симптомы сохраняются, то выздоровление не будет быстрым. Это значит, что часть нервных клеток безвозвратно погибла, и восстановление будет происходить за счет клеток, расположенных вокруг очага поражения, что может занять много времени. При тяжелых инсультах нарушение некоторых функций остается на всю жизнь.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Инсульт может быть вызван разрывом одного из внутри-мозговых сосудов или острой его закупоркой.
- ☑ Разрыв внутримозгового сосуда, или геморрагический инсульт, протекает тяжелее, чем ишемический. Главные его симптомы: внезапно возникшая головная боль, покраснение лица, потеря сознания. При появлении этих симптомов надо вызвать «скорую помощь», больного уложить на бок и не допустить попадания рвотных масс в дыхательные пути.
- ☑ Закупорка мозгового сосуда, или ишемический инсульт, имеет более благоприятный прогноз. Его симптомы — внезапно возникшая слабость в руке и/или ноге одной половины тела, нарушения речи, асимметрия лица, нарушение зрения, нарушение координации движений. До приезда врача надо измерить давление, дать под язык 2 таблетки глицина, а в случае очень высокого подъема артериального давления принять меры по его снижению — хорошо, если дома есть церебролизин, его своевременное введение может улучшить прогноз при инсульте.
- ☑ Преходящее нарушение мозгового кровообращения — предвестник инсульта. Своевременно оказанная помощь при этом заболевании поможет избежать инсульта.
- ☑ Лечение инсульта в стационаре обладает рядом преимуществ, улучшающих прогноз.

## Глава 4

### Черепно-мозговая травма

Черепно-мозговая травма — это механическое повреждение черепа и головного мозга, а также мозговых оболочек и сосудов. К сожалению, этот вид травмы встречается довольно часто. В среднем 1 человек из 250 получает такую травму каждый год. Преимущественно страдают дети и молодые люди. Это легко объяснимо. Маленькие дети, оставленные без присмотра, падают с кроватей или просто с высоты своего роста, не обладая достаточной координацией движений. А молодые люди чаще занимаются спортом, вступают в драки, становятся жертвой автокатастроф.

Классификация этого вида травм создана французским хирургом Жаном-Луи Пти (1674–1750) и до сих пор остается неизменной. Еще в XVIII веке он предложил делить черепно-мозговые травмы на сотрясение, ушиб и сдавление головного мозга.

### Сотрясение головного мозга

Сотрясение головного мозга развивается при действии на череп значительной силы в результате удара по нему каким-либо предметом или ушиба его во время падения. Это наиболее легкий вид травмы, но, тем не менее, вызывающий нарушение функции мозга. Как правило, большинство симптомов, возникающих после сотрясения, проходят в течение

нескольких суток. Первым врачом, описавшим сотрясение головного мозга, был итальянский хирург Гвидо Ланфранчи. В 1290 году он писал, что симптомы, возникшие вследствие встряхивания мозга, могут исчезнуть самостоятельно и не требуют оперативного вмешательства.

Существует три наиболее характерных симптома, позволяющих отличить сотрясение головного мозга от травмы, не вызвавшей никаких последствий.

1. Кратковременная (секунды, иногда минуты) потеря сознания сразу после травмы.
2. Ретроградная амнезия — потеря памяти на события, непосредственно предшествовавшие травме. Чем более длительный период выпал из памяти, тем серьезнее травма.
3. Рвота, обычно однократная.

К менее специфичным симптомам относятся тошнота, головокружение, головная боль, слабость, разбитость, затруднения мыслительной деятельности. При сотрясении головного мозга не возникает никаких признаков, которые мы могли бы увидеть на рентгеновских снимках и даже при более точных методах исследования, таких как компьютерная томография или магнитно-резонансная томография. Поэтому в случае сомнения в диагнозе всегда лучше перестраховаться и считать, что сотрясение все-таки произошло.

*Однажды мне позвонила встревоженная пациентка. Ее маленький ребенок упал с пеленального столика. В первые несколько секунд, показав-*

*шися ей часами, он не подавал признаков жизни, затем заплакал. Рвоты не было, остальные симптомы ввиду младенческого возраста оценить было нельзя. Рекомендована срочная госпитализация. После обследования в больнице никаких данных, свидетельствующих о тяжелом поражении мозга, получено не было. Ребенок чувствовал себя хорошо и был выписан через 5 дней с диагнозом «сотрясение головного мозга».*

При подозрении на сотрясение головного мозга обязательно срочное обращение к врачу. Желательно вызвать «скорую помощь». В момент получения травмы никогда нельзя сказать, ограничится ли все сотрясением мозга или последствия более серьезные. Смысл госпитализации заключается в обследовании и постоянном наблюдении.

*В больницу был доставлен пациент, который, проснувшись утром, посмотрел на часы и решил опять лечь в постель. Откинувшись назад, он ударился затылком о спинку кровати. Не обратив внимания на эту «мелочь», больной весь день провел как обычно, несмотря на тошноту и нарастающую головную боль. Лишь вечером он был госпитализирован. На компьютерной томографии обнаружены признаки внутричерепной гематомы (самой опасной формы закрытой черепно-мозговой травмы). Нейрохирургами было проведено несколько операций. Жизнь больного спасти не удалось, через несколько дней он скончался.*

Лечение сотрясения головного мозга состоит в постельном режиме на первые несколько дней и назначении препаратов, улучшающих обмен веществ мозговой ткани.

Обычно назначаются глицин, пирацетам. Иногда в терапию включают так называемые сосудистые препараты — циннаризин, кавинтон и слабые мочегонные — диакарб, гипотиазид. Капельно вводятся магнезия и 10 % раствор глюкозы. Цель введения этих лекарств — уменьшение отека мозговой ткани.

Медикаментозное лечение менее важно, чем покой. Именно отсутствие раздражающих факторов позволяет мозгу благополучно пережить травму. Нередко после сотрясения мозга больных беспокоят тревога, утомляемость, головокружение, головная боль. Как правило, эти симптомы проходят через несколько дней. Дольше всего может держаться головная боль, но и она обычно проходит бесследно.

После выздоровления пациентам следует остерегаться повторных травм. Дело в том, что каждое следующее повреждение мозга «суммируется» с предыдущим и обычно протекает тяжелее. Недаром большинство боксеров и других спортсменов, подвергавшихся частым черепно-мозговым травмам, страдают различными неврологическими заболеваниями. Существует даже термин «энцефалопатия боксеров».

*Многократный чемпион мира по боксу в тяжелом весе Мохаммед Али вскоре после завершения карьеры заболел паркинсонизмом. В 1996 году весь мир смотрел по телевизору церемонию открытия Олимпиады в Атланте, где великий боксер с трясущимися руками и маскообразным лицом зажигал олимпийский огонь. Сотни пропущенных ударов по голове не прошли безнаказанно.*

Бытует мнение, что после сотрясения мозга «можно остаться дураком». В действительности это не совсем так. Да, посттравматические изменения личности возможны. Но они более характерны для тяжелых форм поражения головного мозга. Все же хотя бы в первое время после травмы постарайтесь не употреблять алкогольные напитки, они могут вызвать неадекватную реакцию — сильное возбуждение, бред. На три недели запрещаются просмотр телевизора и работа за компьютером.

Если по какой-либо причине больной не был госпитализирован, обязательна консультация невролога. Строго соблюдайте постельный режим, принимайте все назначенные лекарства. Больной не должен оставаться без наблюдения, чтобы не был пропущен момент ухудшения его состояния. При возникновении судорог или потери сознания немедленно вызывайте «скорую помощь». Как минимум дважды в день измеряйте температуру. Ее повышение, даже небольшое, является плохим прогностическим признаком и служит показанием для госпитализации.

## **Ушиб головного мозга**

Ушиб головного мозга — это нарушение целостности ограниченного участка мозгового вещества. Все симптомы, характерные для сотрясения мозга, присутствуют и при ушибе, но обычно выражены сильнее. Потеря сознания может длиться несколько часов, после выхода из бессознательного состояния наблюдается длительный период заторможенности или, наоборот, возбуждения. Рвота может



быть многократной. Такая травма гораздо опаснее, чем сотрясение мозга, и всегда сопровождается неврологической симптоматикой — асимметрией лица, нарушениями чувствительности или движений в конечностях, мимики. Могут быть нарушения речи. Пришедшие в себя пациенты жалуются на головокружение, шум в ушах, расстройства зрения — нечеткость, двоение в глазах. Для больных с ушибом головного мозга характерно повышение температуры до субфебрильных цифр и выше. Это связано с нарушением терморегуляторной функции головного мозга. Как правило, чем тяжелее травма, тем выше может подняться температура.

*Однажды меня пригласили на соревнования по боксу в качестве врача. Работы было много: бокс — опасный вид спорта. Рассеченные брови, многочисленные гематомы лица, кровотечения из носа... Были даже переломы. Больше всего запомнилась травма, которую получил белорусский спортсмен. Пропустив сильный удар, он упал, потеряв на несколько секунд сознание. Тем не менее он нашел в себе силы продолжить бой до окончания раунда. В перерыве подойдя к нему, я увидел, что лицо стало асимметричным — одна из носогубных складок стала сглаженной, угол рта на этой же стороне был опущен. Больной отмечал головокружение и головную боль. Диагностирован ушиб головного мозга. Естественно, бой пришлось прекратить.*

При обследовании больного в стационаре на компьютерном томографе обычно видны очаги размозжения и пропитывания кровью участков головного мозга. На рентгеновских снимках могут быть обна-

ружены переломы костей черепа. Кстати, даже при отсутствии каких-либо опасных симптомов наличие перелома говорит об очень сильном ударе и служит основанием для постановки диагноза «ушиб головного мозга».

Перелом костей черепа можно иногда диагностировать до проведения рентгенографии. В его пользу говорят симптом очков — кровоизлияние в периорбитальную клетчатку (большие синяки вокруг обоих глаз) и кровотечение из уха.

*Однажды во время обеденного перерыва я вышел из поликлиники, где базировалось наше отделение неотложной помощи, на улицу, чтобы купить мороженое. По дороге я заметил человека, лежащего неподвижно на боку. Я подошел к нему и сразу почувствовал запах алкоголя. Но когда я повернул его на спину, я заметил небольшую лужицу крови, которая вытекла из его уха. Зрачки были разного размера. Этих данных хватило, чтобы диагностировать тяжелую черепно-мозговую травму. Больной был срочно госпитализирован, диагноз ушиба головного мозга и перелома основания черепа подтвержден в стационаре.*

При тяжелой травме головы необходим срочный вызов «скорой помощи». До ее прибытия надо наложить на рану, если она имеется, чистую, желательно стерильную, повязку, приложить к голове холод, извлечь изо рта все, что может мешать дыханию (например, зубные протезы). При возникновении рвоты голову надо наклонить набок. Попадание рвотных масс в дыхательные пути может вызвать пневмонию и сделать напрасными все усилия по спасению жизни пострадавшего.

Если травма произошла в походе или в месте, где вызвать «скорую помощь» невозможно, помимо вышеописанных мер необходимо ввести внутримышечно 2 ампулы преднизолона и 1 ампулу лазикса. Эти препараты уменьшают отек головного мозга и улучшают течение заболевания. Укладывать больного надо в такое положение, чтобы голова была приподнята, а при бессознательном состоянии на бок. Перечисленных мероприятий совершенно недостаточно для полноценного лечения пострадавшего, поэтому надо стремиться как можно скорее доставить его в стационар.

Последствия ушиба головного мозга сохраняются гораздо дольше, чем при его сотрясении. Помимо повышенной чувствительности к алкоголю (возможен делирий — белая горячка при употреблении небольших количеств алкоголя) часто наблюдают головные боли, судорожные припадки, иногда психозы с галлюцинациями и бредом. Чем раньше начато лечение, тем меньше вероятность развития осложнений. И, конечно, тяжесть травмы тоже влияет на отдаленный прогноз.

## **Сдавление головного мозга**

Сдавление мозга вызывается давлением костных отломков при переломах черепа или внутричерепными кровоизлияниями. Это заболевание имеет крайне неблагоприятный прогноз при отсутствии оперативного лечения. О том, что при вдавленном переломе необходима операция, знали еще в античности. В I веке нашей эры Авл Корнелий Цельс прибегал к нейрохирургическим операциям при сдавлении

мозга, причем он скептически отзывался о профилактических трепанациях при трещинах черепа. Такой подход к лечению сохраняется и поныне. В случае вдавленного перелома все просто. Диагностировать его может даже неспециалист, и тактика совпадает с той, которая применяется при ушибе головного мозга.

Сложнее при внутричерепных гематомах. Внешних повреждений при этом может не быть. Более того, вначале симптомы могут быть выражены незначительно — как при сотрясении головного мозга. В медицине существует понятие «светлый промежуток», обозначающее период между травмой и появлением симптомов сдавления мозга. В это время самочувствие больного остается хорошим, что может затруднить диагностику.

*Однажды я приехал на вызов к женщине, которая выпала из стоящего автобуса, ударившись затылком об асфальт. Она заходила в дверь, взялась рукой за поручень, но рука соскользнула, и она упала навзничь. При осмотре кости черепа были целы, на голове обнаружена небольшая гематома. Больная жаловалась только на небольшую головную боль и тошноту. Я уложил ее на носилки и повез в больницу с диагнозом «сотрясение головного мозга». Когда мы подъехали к приемному покою, я обратил внимание, что больная вдруг перестала говорить, а дыхание ее стало шумным и хриплым. Пришлось везти ее, минуя приемный покой, в отделение реанимации, где ее начали срочно готовить к операции.*

О возможности развития внутричерепной гематомы всегда надо помнить при любой черепно-моз-

говой травме. Мы никогда не можем быть уверены, что у пациента нет сдавления мозга гематомой, ведь светлый промежуток может иногда длиться до трех суток, а у пожилых людей — до нескольких недель. Правда, в большинстве случаев он ограничивается несколькими часами.

*В больницу был доставлен пациент, получивший травму в результате падения с велосипеда. Голова не была защищена шлемом, и он ударился височной областью об асфальт. В приемном покое было диагностировано сотрясение мозга, и он госпитализирован на отделение. Через четыре часа после госпитализации больной потерял сознание. Соседи по палате вызвали дежурную медсестру. Больной был срочно взят на операцию, которая прошла успешно. Его жизнь удалось спасти. Если бы он находился дома, потеря сознания могла остаться незамеченной, что существенно ухудшило бы прогноз.*

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Главные симптомы сотрясения головного мозга — кратковременная потеря сознания сразу после травмы, потеря памяти на события, предшествовавшие травме, и однократная рвота.
- ☑ Цель госпитализации при этой травме — наблюдение за пациентом. Лечение направлено на улучшение обмена веществ мозговой ткани, улучшение мозгового кровотока и предотвращение отека головного мозга.
- ☑ В большинстве случаев сотрясение мозга проходит без последствий. Для профилактики осложнений надо в течение нескольких дней соблюдать постельный режим, на три недели прекратить работу на компьютере и про-

смотр телевизора. В первые 3–6 месяцев необходим отказ от алкоголя.

- ☑ Ушиб головного мозга может проявляться теми же симптомами, что и сотрясение, но они более выражены. Дополнительно могут отмечаться асимметрия лица, нарушение функций рук и ног, повышение температуры.
- ☑ Перелом костей черепа свидетельствует о тяжести травмы и проявляется симптомом очков — гематомами вокруг глаз и кровотечением из уха. Для уточнения проводят рентгенографию черепа.
- ☑ До приезда врача необходимо наложить на рану, если она имеется, повязку, приложить холод, извлечь из рта зубные протезы, не допустить попадания рвоты в дыхательные пути, для чего больные без сознания укладываются на бок.
- ☑ Сдавление головного мозга возникает из-за вдавленного перелома или внутричерепной гематомы — накопления в полости черепа крови из разорвавшегося сосуда. Лечение этого состояния только оперативное.
- ☑ Светлый промежуток — это время между травмой и потерей сознания, который составляет от нескольких минут до трех суток, а у пожилых людей — еще дольше. Все это время больной при любой черепно-мозговой травме должен оставаться под наблюдением, чтобы не пропустить появление симптомов сдавления мозга (главным образом, потери сознания).

## Глава 5

### Гипогликемическое состояние

Наиболее опасное состояние, которое может развиться при сахарном диабете, — это гипогликемия. Другие разновидности диабетической комы развиваются относительно постепенно и не имеют столь тяжелых последствий. Поэтому все больные диабетом и их родственники должны знать ее симптомы и уметь оказывать помощь таким больным.

Гипогликемия развивается при передозировке сахароснижающих препаратов или недостаточном приеме пищи.

Иногда гипогликемия возникает при избыточной физической или эмоциональной нагрузке, алкогольной интоксикации.

Симптомы гипогликемии — раздражительность, чувство страха или внезапно накатившей злобы, дрожь в руках, обильное потоотделение, учащенное сердцебиение, непреодолимый голод. Затем наступает потеря сознания, возможны судороги. При отсутствии лечения наступает смерть.

*Несколько лет назад в нашу больницу был доставлен 24-летний пациент. Накануне он поехал с друзьями отдохнуть на природу. Они много играли в футбол, после чего выпили немного водки. После этого все пошли гулять, и вскоре друзья заметили странности в его поведении — он стал чрезмерно раздражителен, чего раньше за ним никогда не замечали. Его лицо побледнело, покрылось*

*потом. Вскоре он упал без сознания, несколько раз отмечались судороги, выражавшиеся в подергивании всего тела. Друзья не знали, что он болен диабетом (он скрывал от них свою болезнь), поэтому не могли даже предположить, с чем связана потеря сознания. Пока они доставили больного в город и затем вызвали «скорую», которая привезла его в больницу, время для оказания помощи было упущено.*

*Несмотря на лечение, сознание частично вернулось к нему только через три дня. Было приложено много усилий для восстановления его интеллекта, но они почти ничего не дали — больной с большим трудом научился узнавать родственников и сохранил лишь самые основные навыки самообслуживания.*

*Впрочем, могло быть и хуже. Думаю, только молодой возраст помог больному выжить в этой ситуации. Чаще всего больные вообще не приходят в себя после столь длительной гипогликемии.*

При первых признаках гипогликемии, если сознание еще не потеряно, надо дать больному сладкий чай или любой другой богатый углеводами продукт — шоколад, варенье, в крайнем случае хлеб (лучше белый).

Не бойтесь ошибиться — если вы дадите сладкий продукт при нормальном или повышенном сахаре, большого вреда это не принесет.

Если же вы пропустите гипогликемию, последствия могут быть самыми печальными. Если больной потерял сознание — необходим срочный вызов «скорой помощи». Вовремя введенная внутривенно глюкоза может вернуть больного к жизни.



## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Гипогликемия — самое опасное состояние из всех, которыми может осложниться сахарный диабет.
- ☑ Симптомы гипогликемии — раздражительность, дрожь, обильное потоотделение. Затем могут возникнуть судороги и потеря сознания.
- ☑ При появлении симптомов гипогликемии необходимо срочно дать больному что-то сладкое, а при потере сознания необходим вызов «скорой помощи».

## Глава 6

### Зубная боль

Зубная боль часто начинается в самый неподходящий момент. Она может возникнуть ночью, на работе, во время загородной поездки...

Не всегда есть возможность быстро попасть к стоматологу. В этих случаях поможет простой и надежный способ лечения.

Надо взять небольшой кусочек ваты, смочить его 2-процентным раствором лидокаина и приложить к больному зубу так, чтобы лидокаин попал и на десну, окружающую зуб. Минут через десять наступает ощущение заморозенности, похожее на то, которое возникает при введении этого препарата с помощью инъекции в десну. Боль проходит, и вам не придется считать минуты до открытия стоматологической поликлиники.

Конечно, для того чтобы воспользоваться этим методом, надо держать лидокаин в домашней аптечке. Продается он без рецепта в любой аптеке.

Если нет лидокаина, придется принять 1–2 таблетки анальгина. Эффективность его несколько ниже, и действие развивается позже.

Чтобы не пришлось применять экстренные методы лечения, необходимо соблюдать несколько простых правил.

- ♦ Ежедневно чистите зубы утром и вечером после еды. Предпочтение отдавайте зубной пасте российского производства, например, «Жемчуг» или «Новый жем-

чуг». Эти пасты содержат кальций и более эффективно предотвращают кариес, чем фторсодержащие.

- ♦ Не экономьте на зубной щетке. Отдавайте предпочтение щеткам с наличием индикаторного пучка, окрашенного обычно в синий цвет. Когда эти пучки обесцвечиваются на половину высоты, эффективность чистки зубов снижается, и щетку надо менять.
- ♦ Раз в 6 месяцев проходите профилактический осмотр полости рта.
- ♦ При появлении симптомов истончения зубной эмали (повышенная чувствительность зубов к горячему, холодному, сладкому, кислому) надо один раз в день смазывать зубы пастой и не смывать ее 7–10 минут. Клинически доказано, что регулярное проведение этой процедуры предотвращает разрушение эмали и является хорошей профилактикой кариеса.

Завершая разговор о зубной боли, считаю нужным рассказать читателям, что одной из наиболее частых причин так называемых «лихорадок неясного генеза», а проще говоря, необъяснимого длительного повышения температуры, являются зубы, пораженные кариесом и пульпитом.

Нередко приходится видеть, как больные, лихорадящие до 37,5 в течение нескольких недель, излечиваются после визита к стоматологу. Зубной боли при этом может не быть, или она беспокоит не очень сильно.

И последнее. Одним из симптомов стенокардии является распространение боли в нижнюю челюсть. В редких случаях стенокардия может проявлять себя только болью в нижней челюсти, что сильно затрудняет диагностику. Мне известна больная, кото-

рая удалила себе несколько зубов прежде, чем ей была диагностирована стенокардия.

Разобраться было непросто, но на помощь пришел классический симптом стенокардии — усиление болей при ходьбе и ослабление их в покое. Больная вспомнила, что боли «в зубах» никогда не беспокоили ее в покое, а появлялись лишь при ходьбе, особенно на холодном воздухе.

## Глава 7

### Аллергические реакции

Аллергии — это группа болезней, вызываемых аллергенами, вводимыми в организм извне. К их числу относятся крапивница, отек Квинке, анафилактический шок. Другие аллергические заболевания в этой книге рассмотрены не будут ввиду сложности темы и меньшей практической значимости для читателя. Чаще всего аллергические заболевания вызываются пищевыми продуктами. В медицине есть понятие **облигатные аллергены**. Этим словом обозначают продукты, которые чаще всего вызывают аллергию. К облигатным аллергенам относятся рыба, икра, ракообразные (креветки, крабы), яйца, цитрусовые, клубника, шоколад, красные яблоки, красители и консерванты пищи, мед, орехи.

На втором месте по способности вызывать аллергию стоят лекарства. Чаще всего это антибиотики, новокаин, витамины, рентгеноконтрастные вещества, йод. Остальные факторы, такие как укусы пчел и ос, домашняя пыль, шерсть животных, сухой корм для аквариумных рыбок, играют меньшую роль в развитии аллергии, но, в общем, не будет ошибкой сказать, что аллергия может возникнуть буквально на любое вещество, в том числе и на противоаллергические препараты. Мне приходилось видеть и такое. Надо помнить об одной важной особенности любой аллергической реакции. Если аллергия уже вызвана каким-то фактором, то до тех

пор, пока здоровье не пришло в норму, чувствительность организма к аллергенам повышается. И, например, если раньше пациент хорошо переносил шоколад или апельсины, то в период развития аллергии на антибиотики она будет усиливаться при употреблении в пищу этих продуктов, а также любых облигатных аллергенов. Как только аллергия пройдет, человек вновь сможет есть их без вреда для здоровья.

## Крапивница

Наверняка всем читателям приходилось хоть раз в жизни получать ожоги крапивой. Все помнят, какие следы она оставляет на коже — розовые пятна, слегка возвышающиеся на коже. Точно так же проявляет себя и крапивница. После попадания в организм аллергена на коже появляются волдыри, неотличимые по виду от тех, которые бывают от крапивы. Они обычно распространяются по всему телу, нередко сливаясь между собой. Обязательным признаком этих высыпаний бывает кожный зуд. Может повышаться температура тела, а при более тяжелом течении заболевания появляется слабость и снижение давления. Для постановки диагноза обычно достаточно осмотреть кожу пациента. Зудящие волдыри, напоминающие ожог крапивой, появившиеся после воздействия аллергена, — вот типичная клиника болезни.

*Однажды ко мне обратился пациент, проходивший курс лечения тремя антибиотиками одновременно по поводу хронического простатита.*

*Он принимал антибиотики более десяти дней и чувствовал себя неплохо. В тот день он ощутил легкий зуд и высыпания по всему телу, но не обратил на это большого внимания. Но после трех шоколадных конфет, съеденных за обедом, высыпания покрыли почти все тело. Температура повысилась до 38 градусов, зуд стал нестерпимым, и пациент пришел в поликлинику в отделение неотложной помощи. После того как я ввел ему внутривенно супрастин, преднизолон и глюконат кальция, больной отметил улучшение. Рекомендовано прекратить прием антибиотиков, воздержаться от употребления в пищу облигатных аллергенов, прием кларитина по потребности. Позвонив больному через неделю, я узнал, что крапивница не повторялась. Уролог одобрил отмену антибиотиков, сочтя продолжение лечения опасным для здоровья.*

Действительно, для лечения крапивницы чаще всего достаточно прекратить прием вещества, «виновного» в развитии аллергии, если оно известно. В первые один-два дня болезни (не больше!) можно провести курс лечебного голодания, используя энтеросорбенты, прежде всего полифепан. Затем соблюдается диета, исключая облигатные аллергены. Разрешаются нежирные сорта мяса, желательно говяжьего, сливочное масло, ряженка, кефир, нежирный творог, гречневая, геркулесовая или рисовая каша, овощные и крупяные супы, зеленые яблоки, картофельное пюре, несдобный хлеб.

Могут быть назначены противоаллергические препараты — кларитин, зиртек, супрастин, но обычно они не требуются — заболевание проходит само

под воздействием правильной диеты и исключения контакта с аллергеном. В большинстве случаев крапивница не требует госпитализации и длительного медикаментозного лечения. Обычно она проходит за несколько дней.

## Отек Квинке

Это заболевание отличается от крапивницы лишь глубиной поражения кожи и слизистых и может сочетаться с крапивницей.

Оно названо по имени немецкого врача Генриха Квинке (1842–1922), впервые описавшего данную патологию. Эта аллергическая реакция проявляется плотными безболезненными отеками на лице, губах, веках или в полости рта. Нередко заболевание проявляется отеком гортани. Главным признаком этой опасной разновидности отека Квинке является ощущение нехватки воздуха и осиплость голоса.

*В самом начале моей врачебной деятельности я приехал на вызов к 42-летней пациентке, которая жаловалась на одышку. Никаких других жалоб не было. Одышка возникла впервые. При осмотре никаких существенных данных выявить не удалось. Высыпаний на коже не было, хрипов в легких я не услышал. Незначительную ослабленность дыхания я счел следствием того, что больная страдала ожирением, а у таких больных дыхание всегда выслушивается хуже, чем у худощавых. На небольшую осиплость голоса я не обратил внимания. После введения эуфиллина одышка не уменьшилась. Вдруг я случайно увидел кошку, которая сидела на кресле в этой комнате. Оказа-*



*лось, утром этого дня отец больной, который жил в другой квартире, был госпитализирован, и пациентка взяла кошку домой, чтобы она не оставалась одна. Ранее пациентка иногда испытывала насморк и кашель в присутствии кошек. В этот раз ничего подобного не произошло, но возникла одышка. Я предположил, что она вызвана отеком Квинке гортани. После введения преднизолона состояние больной быстро улучшилось. Тем не менее, я госпитализировал ее, учитывая опасную локализацию процесса и невозможность удаления аллергена (нельзя же было выбросить кошку на улицу). Как я узнал впоследствии, кошку взяли соседи отца пациентки, а сама она была выписана через два дня после госпитализации.*

Лечение отека Квинке такое же, как крапивницы. Больные могут быть госпитализированы при появлении симптомов отека гортани, так как это может привести к смерти от удушья. К счастью, в подавляющем большинстве случаев заболевание имеет благоприятное течение.

## **Анафилактический шок**

Анафилактический шок — это наиболее тяжелая форма аллергической реакции. Даже для опытного врача лечение такого состояния представляет сложную проблему. Надеюсь, что читателям никогда не придется испытать это на себе или увидеть у своих близких. Но если вы склонны к аллергии или плохо переносите укусы пчел и ос, сведения об этом заболевании необходимы.

Симптомы анафилактического шока развиваются вскоре после действия аллергена — приема пищи, введения лекарства или укуса насекомого. Внезапно появляется слабость, озноб, головокружение, боли во всех частях тела. Иногда появляется кожный зуд, напоминающий крапивницу. Специфических симптомов этого заболевания нет, но анафилактический шок всегда характеризуется развитием крайне тяжелого состояния.

Симптомы нарастают стремительно, появляются синева и бледность кожи. Затем больной теряет сознание, и если ему не будет быстро оказана помощь, наступает смерть.

*Однажды я приехал на вызов к 22-летнему пациенту. «Скорую» вызвала его престарелая бабушка, которая ничего не могла объяснить, лишь повторяла, что внуку очень плохо. Я увидел молодого человека, который лежал на кровати и дрожал крупной дрожью. Дыхание было хриплое, при выдохе изо рта шла пена. Кожа пациента имела бледно-синий оттенок. Он был в сознании, но на вопросы не отвечал и громко стонал. Периодически стоны становились особенно громкими и чередовались со всхлипываниями. На ощупь руки были очень холодными. Давление на руках не определялось. Постель была испачкана рвотными массами, были также следы непроизвольного мочеиспускания. Опрос бабушки пациента не позволил внести ясность в картину заболевания. Учитывая тяжесть состояния пациента и низкое давление, я поставил периферический венозный катетер, наладил капельницу и ввел внутривенно все гормональные препараты, которые были во вра-*

*чебной сумке. Минут через десять больной пришел в себя и рассказал, что за несколько минут до приступа он ел козинаки из подсолнечных семечек. Ранее у него бывала аллергия на семечки в виде крапивницы, а иногда он переносил их нормально. Когда я услышал это, картина заболевания стала мне ясна. Диагностирован анафилактический шок, вызванный козинаком из подсолнечных семечек. В капельницу был добавлен адреналин, и больной госпитализирован в реанимационное отделение больницы. Во время транспортировки инфузия адреналина продолжалась. Через несколько месяцев от общих знакомых я узнал, что больной поправился и был выписан домой.*

Нередко анафилактический шок возникает после укуса ос и пчел. Иногда больные, страдающие аллергией на яды этих насекомых, носят с собой ампулы преднизолона, шприц и салфетку для обработки кожи перед инъекцией. Это позволяет быстро оказать самопомощь и не допустить развития тяжелых симптомов аллергии. Естественно, заблаговременно надо научиться делать инъекции. О том, как их делать, можно прочесть в соответствующей главе этой книги. Итак, если у кого-либо из ваших близких появились симптомы анафилактического шока — резкая слабость, дрожь, бледность, затруднение дыхания сразу после контакта с аллергеном, необходимо срочно вызвать «скорую помощь» и ввести внутривенно, внутримышечно или подкожно (в зависимости от имеющихся навыков) 4–5 ампул преднизолона. Если причиной шока послужил укус насекомого, на место укуса накладывается лед, жало надо как можно скорее удалить.

## РЕЗЮМЕ

---

- ✓ Наиболее частая причина аллергии — облигатные аллергены. К ним относятся рыба, икра, ракообразные, яйца, цитрусовые, клубника, шоколад, красные яблоки, красители и консерванты пищи, мед, орехи. Из лекарств наиболее опасны антибиотики, новокаин, рентгеноконтрастные вещества.
- ✓ Симптомы крапивницы — зудящие волдыри на коже, возникшие после контакта с аллергеном. При тяжелом течении крапивницы может повыситься температура, снизиться артериальное давление, развиться слабость. Течение заболевания благоприятное.
- ✓ Симптомы отека Квинке — плотный отек на лице, губах, веках или в полости рта. При вовлечении в процесс гортани появляется одышка, которая может привести к смерти от удушья.
- ✓ Лечение крапивницы и отека Квинке — антигистаминные средства: кларитин, зиртек, супрастин и другие. При тяжелых симптомах вводятся внутривенно глюконат кальция, гормональные средства — преднизолон, дексаметазон. На фоне диеты, исключающей облигатные аллергены, заболевание проходит обычно в течение нескольких дней.
- ✓ Анафилактический шок — самое тяжелое проявление аллергии. Он характеризуется быстрым развитием крайне тяжелого состояния после действия аллергена.
- ✓ Эффективный метод само- и взаимопомощи — прекращение воздействия аллергена (например, удаление жала и обкладывание места укуса льдом) и введение 3–4 ампул преднизолона. Обязателен срочный вызов «скорой помощи».

## Глава 8

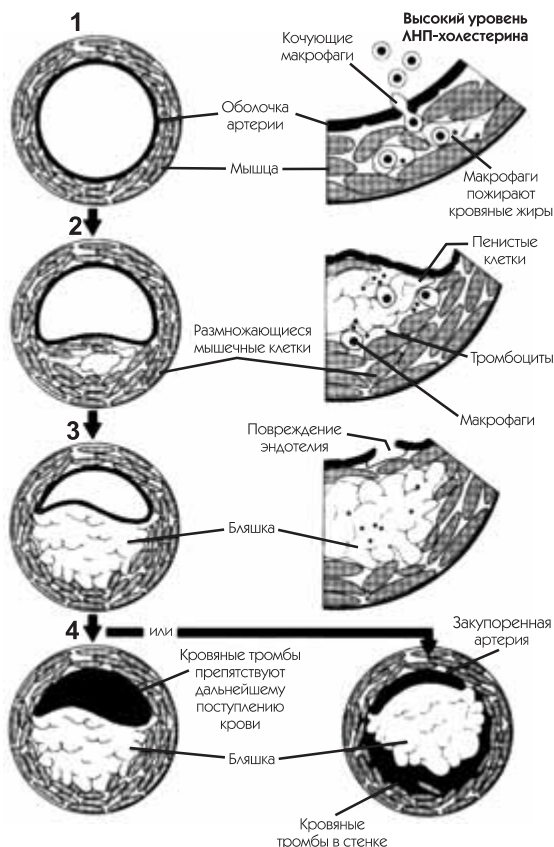
### Атеросклероз

Атеросклероз — это заболевание, которое очень долго может протекать бессимптомно. Знание основных его проявлений поможет читателям легче разобраться в таких заболеваниях, как стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт.

Процесс развития атеросклероза растянут на многие годы. Первые его проявления появляются уже в детском возрасте — холестерин из крови откладывается на внутренней выстилке сосудов в виде тонких желтых полосок. Со временем полоски превращаются в бляшки, состоящие из жидкого ядра и плотной капсулы. Постепенно размер бляшек увеличивается, все больше сужая просвет сосуда. Происходит это медленно и незаметно для больного. Даже при закрытии просвета сосуда более чем на 50 % человек может ничего не замечать и чувствовать себя полностью здоровым. При закрытии просвета на 75 %, как правило, появляются симптомы кислородного голодания. В этой книге они описаны в главе про стенокардию.

Конечно, атеросклероз поражает не только сосуды сердца, но и все остальные. Симптомами поражения сосудов нижних конечностей является хорошо знакомая заядлым курильщикам перемежающаяся хромота — боль в икроножных мышцах, возникающая при ходьбе и проходящая в покое. При атеросклерозе сосудов брюшной полости возникает

**боль в животе после обильной еды. Атеросклероз сосудов головного мозга может проявляться головокружением, ухудшением памяти.**



Развитие атеросклероза: 1 — нормальная коронарная артерия; 2 — начальная стадия атеросклероза (симптомов может не быть); 3 — закрытие коронарного сосуда на 75% (стенокардия); 4 — тромбоз сосуда (кровоток полностью прекращен; инфаркт).

Что является общим при любых атеросклеротических изменениях? Это четкая зависимость ухудшения самочувствия от нагрузки на орган, снабжаемый кровью по атеросклеротически измененным сосудам.

Даже при очень значительном сужении сосудов организм человека приспосабливается к своему заболеванию, и, принимая лекарства и ограничивая свою физическую активность, человек может жить и работать. Но вот целостность бляшки нарушается. Твердая оболочка трескается, надывается. При этом страдает внутренняя выстилка сосудов, эндотелий, что заставляет организм включать те же механизмы, что и для остановки кровотечения — образование кровяных сгустков. Они присоединяются к месту надрыва бляшки, и образуется тромб, который полностью перекрывает просвет сосуда.

Участок ткани, снабжаемый этим сосудом, перестает получать кровь, именно это и является причиной инфаркта.

При долгом существовании бляшки организм начинает формировать обходные пути — вокруг пораженного участка артерии растут новые сосуды, снабжающие кровью эту область. Именно поэтому инфаркт у больного, который длительно страдал стенокардией, может протекать легче, чем у изначально здорового человека.

Надо отметить, что незрелые, относительно недавно существующие бляшки более опасны. Их капсула менее плотная, поэтому они легче подвергаются разрушению и чаще вызывают инфаркты и инсульты.

Именно незрелые бляшки обычно являются причиной острых сосудистых катастроф у молодых людей.

Что же является непосредственной причиной нарушения целостности бляшек? Четкого ответа на этот вопрос медицина не дает. Известно, что спазм сосуда, например при гипертоническом кризе, может механически повредить капсулу бляшки. Капсула становится менее плотной и при инфекционных заболеваниях, например при гриппе. Это одна из причин всплеска заболеваемости инфарктом в зимний период. Тем не менее, не каждый гипертонический криз и не каждая простуда приводят к сосудистой катастрофе. С другой стороны, довольно часто тромбоз сосуда возникает без видимых причин.

Теперь мы должны рассмотреть причины развития атеросклероза. Их можно разделить на необратимые и обратимые.

К первой группе относятся возраст, принадлежность к мужскому полу и наследственная предрасположенность.

Обратимыми факторами являются табакокурение, злоупотребление алкоголем, артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемия (нарушение жирового обмена организма), низкая физическая активность и эмоциональный стресс.

Существуют так называемые стигмы атеросклероза — внешние признаки, которые позволяют врачу заподозрить наличие у пациента этого заболевания.



Характерными «внешними» проявлениями атеросклероза являются:

- ♦ признаки выраженного и нередко преждевременного старения, несоответствие внешнего вида и возраста человека;
- ♦ раннее поседение волос на голове и передней поверхности груди (у мужчин);
- ♦ множественные ксантомы и ксантелазмы (жировые пятна в области век, туловища, живота, ягодиц, разгибательной поверхности суставов, лба);
- ♦ вертикальная или диагональная складка на мочке уха, обильный рост волос на ушных раковинах;
- ♦ старческая дуга (матовое или серовато-дымчатое колечко по краю радужной оболочки глаза);
- ♦ червеобразные движения склерозированной лучевой артерии под кожей во время измерения артериального давления.

Если у вас есть эти признаки, не расстраивайтесь раньше времени. В мире достаточно много преждевременно поседевших людей, которые дожили до глубокой старости, не страдая сосудистыми заболеваниями. Наличие стигм заставляет внимательнее относиться к своему здоровью. Бросьте курить, займитесь регулярными физическими упражнениями, и ваши шансы на долгую полноценную жизнь резко возрастут.

*Знаменитый комедийный актер Лесли Нильсен поседел в молодом возрасте. Сейчас ему 81 год, и он до сих пор продолжает сниматься в кино.*

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Причина инфаркта миокарда и стенокардии — атеросклероз коронарных артерий.
- ☑ Основное проявление атеросклероза — образование бляшек, неравномерно суживающих просвет сосудов.
- ☑ Главный компонент атеросклеротических бляшек — холестерин.
- ☑ Нарушение целостности бляшки ведет к полной закупорке сосуда тромбом. Это и есть инфаркт.
- ☑ Воздействуя на обратимые факторы риска, мы можем предотвратить или отдалить проявления атеросклероза.

## Глава 9

### Стенокардия

В переводе с латинского языка термин «стенокардия» означает сдавление сердца. Действительно, наиболее часто встречающимся симптомом стенокардии является сжимающая боль за грудиной или в области сердца.

Обычно больные используют такие слова для того, чтобы описать это ощущение, — чувство тяжести, сжатие, «зажало, как в тиски».

Типичным условием возникновения приступа стенокардии является быстрая ходьба, особенно при встречном холодном ветре, бег, подъем по лестнице. Прием пищи и курение тоже могут иногда вызывать приступы стенокардии.

Неблагоприятным временем для больных являются ранние утренние часы. Довольно часто приходится слышать: «Утром мне достаточно пройти несколько шагов, и тут же возникает приступ. Приму таблетку-другую нитроглицерина, боли проходят. Через несколько минут снова приступ, и так каждое утро. А к середине дня все проходит, хоть танцуй». Эмоциональная нагрузка — второй не менее важный фактор, способствующий возникновению приступа.

Шотландский врач Д. Хантер, диагностировав у себя стенокардию, мрачно заметил: «Теперь моя жизнь в руках любого проходимца, которому взду-

мается меня разозлить». Впоследствии он умер во время сильного приступа гнева.

Поставить диагноз стенокардии обычно не является очень сложной задачей для врача. Для этого, как правило, достаточно задать лишь несколько вопросов:

1. Бывают ли у вас неприятные ощущения в грудной клетке?
2. Появляются ли эти ощущения при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице?
3. Проходят ли эти ощущения при прекращении нагрузки?
4. Проходят ли они менее чем за 10 минут?
5. Располагаются ли эти ощущения за грудиной?

Положительные ответы на эти вопросы позволяют со значительной вероятностью диагностировать стенокардию.

Откуда же берутся эти ощущения? Почему возникает боль? Чтобы понять, надо вспомнить то, о чем я говорил в главе об атеросклерозе. При стенокардии один или несколько сосудов сужены атеросклеротическими бляшками.

В покое кровоток по сосудам достаточный, чтобы обеспечить потребности мышцы. Как только нагрузка на сердце возрастает, участок сердца, снабжаемый пораженным сосудом, испытывает нехватку кислорода и сигнализирует: «Остановись! Отдохни! Мне больно!».

Действительно, кратковременный отдых обычно очень эффективно помогает снять приступ. Можно использовать также нитроглицерин (но не вали-

дол!). Нитроглицерин расширяет вены, уменьшая приток крови к сердцу, что быстро снимает боль.

*Присмотритесь повнимательнее к людям на улице. Наверняка вам приходилось видеть пожилых людей, которые во время прогулки внезапно останавливаются, отдыхают минуту-другую, а потом вновь продолжают путь.*

*Весьма вероятно, что эти люди страдают стенокардией. Такой способ передвижения для них очень характерен.*

Итак, стенокардия проявляется болью в грудной клетке. Но это далеко не единственная причина болей такой локализации.

Болью в груди может проявляться и хорошо знакомый всем остеохондроз. И такое грозное заболевание, как инфаркт миокарда, тоже обычно проявляется болью в груди.

Пациенту не всегда бывает легко разобраться, что является причиной боли. Облегчить эту задачу поможет таблица.

Перечислим теперь боли, которые с высокой вероятностью НЕ являются проявлением стенокардии (из книги «Клиническая кардиология» под ред. Шлант Р. К., Александер Р. В.).

Это боли: словно укол иголкой, колющие, вонзающие, как удар ножом, жалящие, стреляющие, пронизывающие, дергающие, зудящие, пощипывающие, прокалывающие, режущие, леденящие.

Стабильная стенокардия, описанная в этой главе, — заболевание, которое протекает более или менее ровно. Условия возникновения и частота приступов относительно постоянны.

Летом может отмечаться некоторое улучшение самочувствия, а зимой, особенно в сильные морозы, частота приступов возрастает.

Характеристика	Остеохондроз	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Локализация боли	Спина, межлопаточное пространство, левая половина грудной клетки	За грудиной, в шее	За грудиной, в шее
Продолжительность	Как правило, длятся долго — сутки и более	Не более 15 минут, не менее минуты	Несколько часов, реже — до суток
Интенсивность	От слабых до очень интенсивных, обычно не очень сильные	Обычно не очень сильные	Как правило, сильные, иногда нестерпимые
Характер	Колющие, прокалывающие, ноющие, режущие	Давящие или жгучие	Давящие или жгучие
Условия возникновения	Длительная работа руками, вождение автомобиля, переноска тяжестей, неудобное положение тела	На высоте физической или эмоциональной нагрузки	На высоте физической или эмоциональной нагрузки. Могут возникать без видимых причин
Что помогает	Изменение положения тела (удобная поза), анальгин	Прекращение нагрузки, нитроглицерин	Ничего. Возможен кратковременный и неполный эффект от нитроглицерина
Реакция на нажатие	Есть	Нет	Нет
Зависимость от фаз дыхания	Есть	Нет	Нет
Глубина боли	Поверхностная	Глубокая	Глубокая

Больные обычно приспосабливаются к своему заболеванию и продолжают работать и вести относительно активный образ жизни, принимая небольшое количество лекарств.

Частое обращение к врачу, как правило, не требуется, вызов врача необходим лишь при дестабилизации процесса, о чем пойдет речь в следующей главе.

В заключение остановимся на лечении приступа стенокардии.

1. При возникновении приступа загрудинных болей необходимо немедленно прекратить нагрузку. Сесть или принять полулежачее положение. Если приступ возник в положении лежа, надо сесть с опущенными ногами, что вызовет отток крови к ним и уменьшит нагрузку на сердце.
2. Обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, расстегнуть воротник).
3. Принять одну таблетку нитроглицерина или любого нитроспрея (нитроминт и др.) под язык. Нитроспрей не вдыхать! Прием можно повторять через 1–5 минут (кратность и интервал индивидуальны).
4. Принять успокоительное, например 30–40 капель корвалола.
5. Измерить артериальное давление, если оно повышено, принять меры по его снижению.
6. Если боль не проходит, вызвать «скорую помощь». До прибытия врача разжевать 1/4 таблетки аспирина (даже если в этот день вы его уже принимали).

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Проявление стабильной стенокардии — сжимающие или жгучие боли за грудиной, возникающие на высоте физической или эмоциональной нагрузки и проходящие в покое и при приеме нитроглицерина.
- ☑ Причина стабильной стенокардии — неповрежденная атеросклеротическая бляшка, уменьшающая просвет одной или нескольких коронарных артерий.
- ☑ Условия возникновения приступов обычно стереотипные.
- ☑ Лечение приступа стенокардии — покой и подъязычные формы нитратов.
- ☑ Обращение к врачу показано при дестабилизации течения заболевания.



## Глава 10

### Нестабильная стенокардия

Долгие годы стенокардия может протекать стабильно. Вы привыкаете к нечасто возникающим приступам, легко с ними справляетесь и получаете плановое лечение, назначенное кардиологом.

Но в какой-то момент ситуация может измениться. Возникают симптомы нестабильной стенокардии. Происходит это обычно из-за того, что нарушается целостность атеросклеротической бляшки в одном из коронарных сосудов. К бляшке присоединяются кровяные сгустки, и просвет сосуда резко уменьшается.

Нестабильная стенокардия имеет четкие симптомы, которые важно помнить. К ним относятся:

- ♦ появление симптомов стенокардии у здорового до сих пор человека;
- ♦ возобновление приступов стенокардии после длительного перерыва;
- ♦ увеличение дозы нитратов для снятия приступа;
- ♦ возникновение приступов при меньшей нагрузке, чем обычно;
- ♦ появление иррадиации (отражения боли в руку, спину и т. д.), если ее раньше не было;
- ♦ сопровождение приступов одышкой или обмороком.

На первом варианте нестабильной стенокардии необходимо остановиться подробно. Анализируя ис-

тории болезни пациентов, попавших в стационар с диагнозом «острый инфаркт миокарда», можно заметить, что в большинстве случаев инфаркту предшествовала нестабильная стенокардия.

У некоторых больных она проявлялась в виде сильных болевых приступов, не заметить которые было невозможно. Другие больные отмечали легкие неприятные ощущения в груди, на которые они не обратили бы внимания, если бы не следовавшие за ними события.

*Один из моих пациентов рассказывал мне: «Вскоре после появления у меня симптомов простуды я начал замечать какую-то заложенность в груди. Выйду на улицу, пройду 100 метров, и надо постоять. Ощущение было такое, что легкие простужены. А дома в покое ничего не беспокоило. Так прошло два дня. И вдруг ночью случился очень сильный приступ, после которого меня и отвезли в больницу».*

Здесь мы видим типичную картину возникновения нестабильной стенокардии на фоне простудного заболевания. Помните, в главе об атеросклерозе мы рассматривали причины дестабилизации бляшки? Простуда — один из таких факторов. Неприятные ощущения при нагрузке, проходящие в покое, — типичный признак стенокардии. Отсутствие очень сильных болей не противоречит такому диагнозу. Если бы больной своевременно (в те самые два дня, пока инфаркт еще не случился) обратился к врачу и был бы госпитализирован, инфаркт можно было бы предотвратить. Современная медицина располагает такими возможностями.

Еще один пример из жизни.

*Одна из моих пациенток в течение нескольких лет страдала стенокардией напряжения. Приступы были нечастыми и не слишком сильно беспокоили больную. Но однажды ночью она проснулась от необычного приступа. Боль была чрезвычайно интенсивной, длилась дольше, чем обычно, прошла только после третьей дозы нитроминта, хотя раньше всегда помогала одна доза. Да и ночных болей пациентка раньше никогда не испытывала. Утром следующего дня больная вызвала «скорую помощь». На ЭКГ не выявлено патологии, однако в связи с клиническими признаками нестабильной стенокардии она была госпитализирована. Проведена экстренная коронарография, на которой выявлен критический стеноз (сужение) одной из крупных коронарных артерий. Непосредственно после коронарографии проведено стентирование пораженного сосуда, в результате которого восстановлен кровоток. Симптомы стенокардии после этого полностью прошли. Инфаркта удалось избежать.*

Конечно, не всегда нестабильная стенокардия требует таких радикальных мер. Нередко удается помочь больному, используя только терапевтические мероприятия, не прибегая к хирургическому воздействию.

А теперь **ВНИМАНИЕ!** Сейчас вы прочитаете самые главные строки этой книги! Запомните четко и навсегда, расскажите всем родственникам и друзьям: нестабильная стенокардия — это показание для экстренной госпитализации. При появлении симптомов нестабильной стенокардии надо незамедлительно вызвать на дом «скорую помощь» или

участкового врача (не идти самому в поликлинику!). Правильная тактика при нестабильной стенокардии может спасти жизнь. Примеры может привести любой врач.

Вот недавний случай.

*Поздно вечером, дежуря на «скорой помощи», я попал на вызов к 55-летнему мужчине. Он встретил нашу бригаду словами: «Да все уже нормально, зря только вас беспокоили. Просто случился какой-то странный приступ — в груди вдруг зажало, и весь вспотел. Минут через десять все само прошло. Никогда такого раньше не было. Наверное, съел что-нибудь не то. А сейчас уже все нормально, здоров, как бык!» Мы с трудом уговорили больного, чтобы он позволил нам снять ЭКГ, которая оказалась нормальной. Тем не менее, я предложил госпитализацию, что вызвало неподдельное удивление больного. Он был госпитализирован, хоть для этого и пришлось приложить максимум красноречия. Около 23 часов я привез пациента в стационар. На этом бы история и закончилась, если бы через несколько дней я не встретил реаниматолога, дежурившего в ту ночь. Он рассказал мне, что в 2 часа ночи больной вновь пожаловался на болевой приступ, похожий на тот, что случился дома. Через несколько минут развилась фибрилляция желудочков, наступило состояние клинической смерти. С помощью электрического разряда удалось восстановить сердечный ритм. Если бы больной остался дома, фибрилляция желудочков неизбежно привела бы к смерти.*

Я надеюсь, что вы еще не устали от примеров, и хочу привести воспоминания о последнем дне

жизни поэта Серебряного века Иннокентия Анненского (цитируется по книге «От Распутина до Пути-на. 50 петербуржцев XX столетия»).

*Он в тот день обедал у одной приятельницы. А день прошел тяжело: с поезда на лекцию, после — в Округ, оттуда — в Министерство, и везде неприятные разговоры. Даже не исключено, что ему сказали про неуспех прошения насчет усиленной пенсии. За обедом ему стало нехорошо — а сердечные пилюли остались дома, — и он даже попросил разрешения прилечь. Но тут возникла еще проблема — в доме, где он обедал, мужчин не было. Иннокентий Федорович весело встал, успокоил приятельницу, распрощался, запахнул шубу, неторопливо сошел по лестнице, крикнул извозчика и полетел, с болью глотая холодный воздух, на Царскосельский вокзал, благо недалеко, в двух минутах. До вокзала, как мы знаем, доехал, однако до нужной комнаты не добрался, а попал совсем в другое помещение — в полицейский морг».*

Итак, смерть наступила на фоне относительно неплохого здоровья, которое позволяло ему в день смерти читать лекцию, ездить к друзьям. За несколько минут до смерти он мог ходить и даже нашел в себе силы успокоить приятельницу. При этом он принимал какие-то «сердечные пилюли», что свидетельствует о неблагополучии со стороны сердца. Анализируя этот случай, можно с большой долей уверенности сказать, что 54-летний поэт умер от нарушения сердечного ритма на фоне острой коронарной недостаточности, которой предшествовала нестабильная стенокардия. Конечно, его не спасли бы никакие лекарства, в те времена медицина не умела

лечить эту болезнь. Единственный шанс выжить появился бы у поэта, если бы он соблюдал постельный режим.

С тех пор прошло почти сто лет. Медицина за это время продвинулась далеко вперед. Тактика при нестабильной стенокардии отработана до мелочей, а ваша задача — лишь вовремя обратиться к врачу.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Нестабильная стенокардия — это стенокардия, возникшая впервые или отличающаяся от привычной стенокардии продолжительностью, силой приступов, условиями их возникновения и некоторыми другими факторами.
- ☑ Причина нестабильной стенокардии — дестабилизация (надлом, изъязвление) атеросклеротической бляшки в коронарном сосуде.
- ☑ ЭКГ при нестабильной стенокардии может оставаться нормальной.
- ☑ Нестабильная стенокардия и даже подозрение на нее — показание для экстренной госпитализации, которая может предотвратить развитие инфаркта и уменьшить риск осложнений.

## Глава 11

### Острый инфаркт миокарда

Что такое инфаркт миокарда? Это, пожалуй, первый вопрос, который приходит в голову человеку, попавшему в больницу с таким диагнозом. Стихла боль, прошел первый шок от перевозки в больницу и помещения в неуютную обстановку больничной палаты. И хочется узнать — что же случилось? Откуда взялась эта страшная боль? И как врачи узнали, что это именно инфаркт?

Диагноз «острый инфаркт миокарда» может быть поставлен по трем главным признакам. Первый — характерная боль. Обычно она возникает за грудиной, носит давящий или жгучий характер, может отдавать в шею, спину, руку.

Очень характерным симптомом является распространение боли в обе руки. Продолжительность болевого синдрома — не менее часа, обычно несколько часов. Боли очень интенсивные, особенно в первые минуты. Многие пациенты говорят, что это самая сильная боль, которую им пришлось испытать в жизни. Часто она сопровождается слабостью, появлением холодного пота, обмороками.

*Иногда боль, которую испытывают больные, переносящие инфаркт, сравнивают с «ударом ножом в грудь». Один из моих пациентов переносил и то, и другое. В молодости он, будучи работником милиции, во время задержания преступника получил проникающее ножевое ранение грудной клетки.*

*В 67-летнем возрасте попал в нашу больницу с инфарктом. Естественно, я заинтересовался — что больнее. Оказалось, что боль от инфаркта не идет ни в какое сравнение — она во много раз сильнее!*

В некоторых случаях — в старческом возрасте или при сопутствующем сахарному диабету клиническая картина может носить стертый характер, и боль не такая выраженная. В типичном случае инфаркта миокарда больной испытывает страх смерти. Да это и понятно — сила болей и их локализация не оставляет сомнений в том, что происходит нечто серьезное. Но бывает и обратная картина — отрицание своей болезни.

*Однажды утром, выходя из дома, я увидел очень бледную пожилую женщину, сидящую на скамейке у подъезда. Это была участковая врач, пришедшая на вызов в наш дом. Я спросил, не нужна ли помощь. «Нет, сейчас все пройдет, — ответила она. — У меня в последнюю неделю все время по утрам сердце побаливает. Посижу немного, и отойдет». Пока она это говорила, я уже держал ее за запястье, проверяя пульс. Рука была холодной и влажной, пульс слабый с частыми перебоями. Не вступая в спор, я вызвал по мобильному телефону бригаду «скорой помощи». Врачи приехали быстро. На ЭКГ, снятой в машине, были несомненные признаки крупноочагового инфаркта миокарда.*

Как видите, даже врач не всегда может адекватно оценить тяжесть своего состояния. Отсюда следует важный вывод. Если вы видите, что ваш родственник пожаловался на боль в сердце и появились какие-то внешние признаки ухудшения состояния его



здоровья (например, бледность, влажность кожи), вызывайте «скорую помощь».

Второй критерий диагностики — ЭКГ. По статистике изменения ЭКГ сопровождают около 75 % инфарктов. Все же этот метод диагностики является менее важным, чем клиническая картина. При типичных болях тактика одна — относиться к этому больному, как к переносящему инфаркт, даже если ЭКГ нормальная.

*«На инфаркт едете, доктор, собирайтесь поскорее, — говорят иногда опытные диспетчеры “скорой помощи”, — Мужчина 55 лет проснулся от болей в груди, отдающих в обе руки, вспотел, была рвота». Этих сведений обычно достаточно, чтобы со всей серьезностью отнестись к больному. И не имеет значения, есть изменения на ЭКГ или их пока нет.*

*Еще свежи в памяти два недавних случая: смерть популярного писателя-сатирика и телеведущего. Они подробно описывались в прессе. Оба раза при типичной картине приступа изменения на ЭКГ отсутствовали. Оба больных не были госпитализированы и умерли в течение суток.*

Итак, ЭКГ-диагностика возможна не всегда. Клиническая картина может быть стертой. В этом случае необходимо оценить третий диагностический критерий — биохимический анализ крови. При инфаркте в кровь попадают ферменты, которые в норме находятся внутри клеток сердечной мышцы. Если их концентрация в крови возрастает, это свидетельствует в пользу диагноза «инфаркт миокарда».

Иногда в сложных случаях проводится ЭХО-кардиография для поиска зон пониженной сократимо-

сти сердца. Итак, клиническая картина, ЭКГ, ферменты. Для достоверной диагностики инфаркта необходимо как минимум два критерия из трех.

*В нашу больницу поступила женщина с типичной клиникой остеохондроза. Боль носила колющий характер, резко усиливалась при нажатии на грудную клетку, отмечалась боль при глубоком вдохе. Но ЭКГ нельзя было назвать однозначно нормальной, в связи с чем врачом «скорой помощи» было принято решение об экстренной госпитализации.*

*Настороженность в отношении инфаркта усугубило то, что изменения на ЭКГ за сутки претерпели некоторые изменения. Однако в процессе обследования биохимический анализ крови, оцененный несколько раз, патологии не выявил. ЭКГ нормализовалась. ЭХО-кардиография была нормальной. Коронарография тоже не выявила патологии, не обнаружено ни одного сужения коронарных сосудов. В итоге ОИМ диагностирован не был.*

Попробуем разобраться, что происходит при инфаркте миокарда.

Сначала определение. ОИМ — острая форма ишемической болезни сердца, завершающаяся омертвением части сердечной мышцы вследствие прекращения притока крови по одной из коронарных артерий. В одном из сосудов постепенно росла атеросклеротическая бляшка, уменьшая его просвет. В момент ее целостность нарушилась, и к ней присоединился тромб, полностью прекратив кровоток. Участок сердца остался без притока крови, а следовательно, наступило кислородное голодание. Именно поэтому возникла боль.

Через 6 часов после возникновения тромбоза процесс становится необратимым из-за гибели мышечных клеток. Начинается формирование рубца. Забегая вперед, отметим, что тромб через несколько дней самопроизвольно растворяется, кровоток по артерии восстанавливается, но это не спасает пораженный участок.

В первые несколько дней зона, подвергшаяся инфаркту, дряблая, мягкая и непрочная. Затем она прорастает волокнами соединительной ткани, и к концу 8-й недели образуется прочный рубец.

### **Правила поведения при инфаркте**

Их можно сформулировать несколькими словами:

- ♦ вызвать «скорую помощь»;
- ♦ поехать в больницу;
- ♦ выполнять указания врачей.

Некоторые пояснения все же требуются.

Прежде всего, как вызвать врача? В Санкт-Петербурге городская служба 03 не ездит на случаи внезапных заболеваний, развившихся дома. Это значит, что бригаду надо вызывать из районной поликлиники. Необходимо заранее записать и хранить на видном месте телефон «скорой помощи» при вашей поликлинике. Можно также воспользоваться услугами коммерческой «скорой помощи». При выезде на дачу поинтересуйтесь, как вызвать местную «скорую помощь». Если все же вы не побеспокоились заранее, не волнуйтесь.

Набрав 03, а с мобильного 112, вы сможете получить любую консультацию диспетчера, в том числе и номер телефона «скорой помощи» вашего района.

Не торопясь, четко изложите диспетчеру суть проблемы, вежливо ответьте на уточняющие вопросы, которые могут быть заданы. Процесс вызова может быть затруднен недооценкой диспетчером тяжести состояния или переоценкой ее больным и родственниками. Поэтому нельзя дать совет, что надо сделать, чтобы бригада приехала быстро. В любом случае надо говорить правду, и если состояние больного действительно тяжелое, диспетчер найдет способ обеспечить скорейший выезд бригады к вам.

До прибытия врача постарайтесь сохранять спокойствие, для чего можно выпить 40–60 капель корвалола или валокордина (это относится и к родственникам). Этот успокаивающий препарат хорошо переносится и практически не имеет противопоказаний. Что касается других действий — их алгоритм изложен в главе про стенокардию. Надо прекратить нагрузку, сесть или принять полужающее положение, принимать нитроглицерин под язык по 1 таблетке через каждые 3–5 минут, разжевать 1/2 таблетки аспирина. Своевременный прием аспирина может способствовать растворению тромба в сосуде, но даже если этого не произойдет, последующее течение заболевания происходит значительно более благоприятно.

Приехавшей бригаде надо четко и без ненужных подробностей рассказать, что случилось, приготовить предыдущие ЭКГ и выписки из больницы. Это поможет врачу быстро сориентироваться в ситуации. Если принято решение о госпитализации, надо отдать предпочтение наиболее близко расположенному стационару. Транспортировка больного при

инфаркте миокарда — опасный и тяжелый процесс, во время которого могут развиваться различные осложнения. Польза от госпитализации в «хороший» стационар, например в ведомственную больницу, если она расположена далеко, неизмеримо меньше вреда, который будет нанесен больному длительной транспортировкой.

Госпитализация необходима во всех случаях инфаркта миокарда. Она преследует три основные цели — лечение, профилактику осложнений и активное наблюдение за больным. Никакое, даже самое качественное, лечение на дому не может сравниться с возможностями стационара. Только в условиях отделения кардиореанимации возможно лечение таких грозных осложнений инфаркта, как фибрилляция желудочков, нарушение атриовентрикулярной проводимости, отек легких. Только в стационаре возможна диагностика с применением рентгеновской техники, мониторингового наблюдения. Конечно, если больной остается дома, это не означает автоматически неблагоприятный прогноз. Но шансы на выживание и качественную жизнь после инфаркта заметно снижаются. Противопоказаний для госпитализации при инфаркте нет. Каждый больной может и должен быть госпитализирован вне зависимости от возраста, тяжести состояния и наличия у него сопутствующих заболеваний. В случае если тяжесть состояния больного не позволяет врачу «скорой помощи» самостоятельно осуществить транспортировку, он вызывает специализированную бригаду. Многие больные боятся ехать в больницу в выходные дни. Они думают, что будут лишены помощи до понедельника, когда выйдет на

работу лечащий врач. Такие опасения лишены оснований. В отделениях реанимации, куда госпитализируются все больные инфарктом миокарда, всегда есть дежурный врач, который окажет помощь в необходимом объеме. Важность своевременной госпитализации трудно переоценить. Именно в первые часы инфаркта чаще всего развиваются жизненно опасные осложнения. Их значительно легче лечить в стационаре, чем на дому или в процессе транспортировки. Только в первые часы инфаркта можно вводить лекарства, растворяющие тромб в коронарном сосуде, что уменьшает размер очага, а в некоторых случаях полностью излечивающие больного.

*Мужчина 42 лет был доставлен в больницу с рабочего места через 40 минут от начала болевого приступа. На ЭКГ регистрировалась острейшая стадия инфаркта миокарда. Было принято решение о проведении системного тромболитика (введения внутривенно препарата, растворяющего тромб в коронарной артерии). Через 30 минут от начала введения препарата боль полностью прошла. ЭКГ, снятая через 3 часа после введения препарата, была нормальной. Впоследствии на коронарографии обнаружен один участок сужения коронарной артерии. После успешно проведенного стентирования больной выписан домой.*

Процесс сбора должен занимать как можно меньше времени. Брать с собой надо только необходимые вещи.

#### **Вещи, которые надо взять в больницу:**

- ♦ паспорт и страховой медицинский полис;
- ♦ выписки из больниц от предыдущих госпитализаций;

- ♦ кардиограммы;
- ♦ глазные капли, если они назначены для постоянного использования;
- ♦ лекарства от сахарного диабета;
- ♦ чашка, ложка, тарелка.

Как ни удивительно, но процесс переноски больного на носилках тоже может нести немалую опасность. Казалось бы, чего проще — взять да понести. Но нередко родственники вместо того, чтобы нести больного на носилках ногами вниз, почему-то поворачивают их головой вниз, мотивируя это тем, что «ногами вперед живых не носят». Это опасное заблуждение. Если в процессе переноски голова находится ниже, чем ноги (а обычно так и бывает, если несут головой вперед), то к верхней половине тела приливает кровь, что создает дополнительную нагрузку на сердце, увеличивая тем самым размер инфаркта и увеличивая риск отека легких. Кроме того, существует риск уронить больного головой на ступеньки.

*В больницу была доставлена пациентка 69 лет. На ЭКГ регистрировались признаки мелкоочагового инфаркта миокарда. В первые секунды осмотра я даже не заметил, что больная без сознания. Родственники рассказали мне, что несли ее головой вперед, причем шедший впереди носильщик (кстати, сын больной) споткнулся, в результате чего больная упала с носилок и сильно ударилась головой о пол, после чего впала в бессознательное состояние. На компьютерной томографии головного мозга были обнаружены признаки внутричерепной гематомы. Смерть больной наступила через четыре дня. Причиной ее послужила именно черепно-мозговая травма.*

Итак, вы в больнице. Четко выполняйте указания лечащего врача по режиму. В первые 2–3 дня разрешается лишь переворачиваться в постели, нельзя даже садиться, не говоря уже о выходе в туалет. Для многих это непросто.

Возникают мысли — как же так, я, здоровый человек, должен пользоваться судном! Да, конечно, приятного мало, но вспомните, что происходит сейчас с вашим сердцем. Боли прошли, но до рубцевания зоны инфаркта еще очень далеко. Часть сердца стала мягкой, и даже при небольшой нагрузке может либо порваться, что приведет к мгновенной смерти, либо растянуться наподобие «грыжи» от старой автомобильной камеры — этот процесс называется формированием аневризмы сердца. Аневризма — это навсегда. Сердце начинает работать менее эффективно, развивается хроническая сердечная недостаточность.

Стоит ли рисковать здоровьем и жизнью? Почему-то люди в травматологическом отделении, сломавшие, например, ногу и находящиеся на скелетном вытяжении с гирей на ноге, не делают попыток выхода в туалет, чего нельзя сказать о больных, лежащих в кардиореанимации.

На 3-й или 4-й день, если разрешает лечащий врач, можно начинать садиться. Делать это надо следующим образом: сначала свесить ноги с кровати, а затем приподнять туловище, помогая себе руками. Напрягать мышцы брюшного пресса еще нельзя. С 5–6-го дня обычно можно ходить, затем под руководством инструктора ЛФК осваивать подъем по лестнице.



Несколько слов о диете. В первые 12 часов питание противопоказано. Затем пациенты получают легкую пищу — каши, суп, пюре. Из дома можно принести немного размоченных сухофруктов — изюма или кураги, 1–2 апельсина или лимона в очищенном виде в банке, маленькую бутылку минеральной воды без газа или пол-литра кефира.

Большее количество еды на пользу не пойдет, наоборот, обильное питание замедляет процесс выздоровления. Курить при инфаркте, конечно, нельзя. Воспользуйтесь этим вынужденным перерывом, чтобы навсегда избавиться от этой привычки.

Подытожим основные сведения об инфаркте.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Инфаркт — это омертвление участка сердца, вызванное острым тромбозом одной из коронарных артерий.
- ☑ Главный симптом инфаркта миокарда — длительный приступ загрудинных сжимающих или жгучих болей, отдающих в шею, спину, руку или в обе руки, сопровождающихся одышкой, холодным потом, рвотой, страхом смерти.
- ☑ Диагноз ставится на основании трех критериев — характерного болевого приступа, изменений на ЭКГ и изменений в биохимическом анализе крови.
- ☑ Инфаркт миокарда не всегда сопровождается изменениями ЭКГ.

## Глава 12

### Гипертоническая болезнь

Артериальная гипертензия — самое распространенное заболевание в мире. Около 30 % населения Земли имеет повышенное артериальное давление (АД). В 95 % случаев это гипертоническая болезнь, на долю остальных 5 % приходится симптоматическая артериальная гипертензия, осложняющая такие заболевания, как, например, гломерулонефрит или некоторые опухоли.

О наличии повышенного АД знают не более половины больных, причем только половина из информированных получает хоть какое-нибудь лечение, и только половине из них удалось понизить его до нормальных цифр. Таким образом, всего лишь около 12 % больных гипертонией лечатся эффективно.

Артериальное давление — это сила, с которой кровь давит изнутри на стенки артерий. Систолическое (верхнее) определяется давлением крови во время сокращения сердца — систолы. Диастолическое давление (нижнее, его некоторые больные почему-то называют сердечным) определяется давлением крови на сосуды в момент расслабления сердца — диастолы. Кровяное давление необходимо для обеспечения циркуляции крови в организме. Благодаря ему клетки получают кислород и питательные вещества, обеспечивающие жизнедеятельность. У здорового человека АД нестабильно, оно снижается и повышается в зависимости от жизнен-

ных обстоятельств. Тяжелая физическая работа или эмоциональная нагрузка может вызвать повышение давления, а во сне оно, как правило, снижается. Процесс регулирования АД осуществляется тремя способами.

1. Изменение силы сердечных сокращений и их частоты. Чем выше эти показатели, тем выше АД.
2. Изменение тонуса стенок артерий. Сужение стенок этих сосудов ведет к повышению АД.
3. Изменение количества воды в организме. Чем больше почки выводят жидкости из организма, тем меньше становится объем циркулирующей крови, что уменьшает АД.

Здоровый организм регулирует АД самостоятельно. Но чрезмерные нагрузки, стресс, вредные привычки, злоупотребление поваренной солью могут нарушить этот процесс, особенно у генетически предрасположенных к гипертонии людей.

*Многие жители блокадного Ленинграда, выжившие во время войны, умерли вскоре после ее окончания от тяжелой гипертонической болезни. Врачи склонны связывать «блокадную» гипертонию с нечеловеческими условиями жизни, которые оказывали непрерывное стрессовое воздействие на ленинградцев.*

Как правило, процесс прогрессирования гипертонической болезни постепенный, многолетний, в связи с чем человек не замечает повышенного уровня АД до тех пор, пока не возникнут осложнения — инфаркт или инсульт.

Риск артериальной гипертензии повышается, если у ваших родителей или близких родственников было высокое АД или они перенесли инсульт в молодом возрасте. По мере старения доля гипертоников среди населения увеличивается. Избыточный вес также не прибавляет нам здоровья. Каждый лишний килограмм повышает АД на 1–2 мм ртутного столба. Злоупотребление алкоголем и курение повышают активность симпатической нервной системы, способствуя выделению адреналина, что ухудшает тонус сосудов и ведет к повышению давления. Нарушение режима труда и отдыха, психоэмоциональное перенапряжение также способствуют гормональному дисбалансу, являются пусковым механизмом для развития гипертензии или ее прогрессирования.

## Как измерить давление

Для того чтобы иметь представление об уровне своего АД, не обязательно каждый раз ходить к врачу. Процесс измерения прост и доступен практически каждому. Для измерения подходит любой тонометр из имеющихся в продаже. Предпочтение надо отдать обычным дешевым тонометрам, имеющим шкалу в виде циферблата со стрелкой. Они обладают предсказуемой погрешностью до 15 % и просты в применении. Автоматические и полуавтоматические тонометры тоже можно использовать, особенно если у вас снижен слух. Правда, к их показаниям надо относиться несколько более настороженно, особенно в пожилом возрасте. Нежелательно пользоваться

автоматическими тонометрами с манжеткой, накладывающейся на запястье. Их показания наименее достоверны.

*Одна из моих пациенток в течение двух дней подряд звонила мне, жалуясь на головную боль. Цифры АД, которые она мне сообщала, не вызывали опасений, поэтому я рекомендовал ей прием обезболивающих средств.*

*На третий день я нашел возможность посетить больную и измерить АД своим тонометром. Оказалось, систолическое давление у пациентки превышало 200 мм рт. ст. При измерении автоматическим тонометром, накладываемым на запястье, цифры были 140/70.*

### **Правила измерения АД**

Необходимо расслабиться и отдохнуть в течение 2–5 минут перед процедурой.

За тридцать минут до измерения нельзя употреблять кофе, чай и алкоголь. Нельзя также курить.

Манжета накладывается на середину плеча ровно, без перегибов (обычно нижний край ее при этом на 2 см выше локтевого сгиба).

Рука должна лежать на столе. Сидеть спокойно и прямо, ноги должны находиться на полу.

Нагнетать давление в манжете надо равномерно до уровня, превышающего обычный на 30 мм рт. ст.

Зафиксировать капсулу стетоскопа в локтевой ямке. Появление отчетливых тонов соответствует уровню систолического АД, их исчезновение — уровню диастолического АД.

**Желательно произвести измерение на обеих руках. Разница во времени при неоднократных измерениях должна быть не менее 3–5 минут.**

В норме показатели артериального давления не должны превышать 140/90 мм рт. ст.

Остановимся подробно на немедикаментозных методах лечения. Первый шаг на пути к выздоровлению — изменение образа жизни.

Стрессы, переживания, недосыпание и работа без выходных для вас представляют опасность. Надо ограничить стресс... Такой совет дать очень легко, но как его выполнить? Нет, не надо бросать работу и семью, «уходить в болезнь» и не думать больше ни о чем, кроме здоровья. Об этом речь, конечно, не идет. Но, может быть, у вас есть возможность сократить количество выполняемой работы, отказаться от подработки или перейти на более спокойную работу. Если это так — прекрасно! Есть шанс, что давление нормализуется без лекарств.

*Несколько лет назад я познакомился с врачом, который в течение длительного времени работал на Кубе. Он рассказал мне, что в этой стране практически не болеют гипертонией. Жизнерадостные кубинцы много танцуют, мало работают и легко относятся к неприятностям. Такой образ жизни предотвращает развитие гипертонической болезни.*

На начальных стадиях гипертонической болезни физические упражнения могут быть так же эффективны, как лекарства. Благоприятное воздействие физкультуры на снижение артериального давления доказано в клинических исследованиях на большом количестве пациентов. Помимо этого регулярные тренировки помогут снизить вес, улучшить самочувствие и сон, повысить прочность костной ткани. Начать можно с ходьбы или, например, с занятий на

велотренажере. Доказано, что даже 10-минутные ежедневные тренировки на велотренажере могут улучшить состояние сосудов, что приводит к снижению артериального давления, и даже затормозить процесс развития атеросклероза.

Начните занятия физкультурой с установления для себя какого-то минимума нагрузки, от выполнения которого вы не откажетесь ни при каких обстоятельствах. Не ставьте себе невыполнимых задач и не изнуряйте себя. Но определенный комплекс упражнений выполняйте ежедневно.

*86-летний пациент, которого я наблюдаю в связи с целым рядом хронических заболеваний, ежедневно выполняет 2-километровую прогулку. Ни дождь, ни снегопад, ни мороз ни разу не заставили его отказать от этой традиции. Я часто привожу этот пример тем пациентам, которые говорят, что возраст, болезни и погодные условия мешают им заниматься физкультурой... Правильно говорит пословица: хочешь — найдешь способ, не хочешь — причину.*

Третьим способом немедикаментозного воздействия на течение гипертонической болезни является соблюдение бессолевой диеты. Правильная диета может явиться важнейшим условием снижения давления, причем эффект от нее может проявиться очень быстро, уже через несколько дней. В идеале пищу солить не надо совсем. Хлорид натрия содержится практически повсеместно, и необходимое его количество организм усвоит даже из несоленых продуктов. Вместо соли можно употреблять специи и травы, они придадут еде более насыщенный вкус без вреда для вашего здоровья. Если от соли сразу

отказаться тяжело, досаливать можно, но ваш максимум — 4–5 г в сутки. Отказаться от соли бывает иногда трудно, но опыт показывает, что за несколько месяцев организм привыкает к снижению соли в пище, и те продукты, которые вы ели раньше, будут казаться пересоленными. Помните, что много соли содержится не только в селедке или соленых огурцах, но и в консервах, бульонных кубиках, готовых супах, сыре.

## Лекарственная терапия гипертонической болезни

*В декабре 1952 года 74-летний И. В. Сталин, глава одного из величайших государств мира, человек, определявший судьбы планеты, вызвал к себе для консультации академика В. Н. Виноградова, который был на тот момент одним из крупнейших специалистов в мире в области медицины. Сталин жаловался на головные боли, утомляемость, плохой сон. Была диагностирована гипертоническая болезнь. Рекомендации свелись лишь к ограничению нагрузок, что для Сталина, естественно, было неприемлемо, это означало бы отказаться от управления страной. Академик Виноградов вскоре был репрессирован, а менее чем через три месяца Сталин скончался от геморрагического инсульта, явившегося закономерным следствием нелеченной гипертонической болезни.*

*В декабре 2002 года в одной из деревень Тверской области 74-летний пенсионер, работавший всю жизнь в местном колхозе, вызвал на дом фельдшера из амбулатории. Он жаловался на головные боли, утомляемость, плохой сон. Диагностирована*



*гипертоническая болезнь. Рекомендован ежедневный самостоятельный контроль АД с помощью тонометра, бессолевая диета и два гипотензивных препарата. Летом 2003 года, находясь на отдыхе в деревне, я осмотрел этого больного. Самочувствие его к тому времени значительно улучшилось, цифры АД не превышали 140/80, больной активен, занимается домашним и приусадебным хозяйством. Терапия и диета не менялась до сих пор (2007 год). Наблюдение продолжается.*

В общем, медицина и фармакология добились некоторых успехов. За последние 40–50 лет синтезировано большое количество препаратов, способных удержать АД в норме. Поэтому, если попытки нормализовать давление с помощью немедикаментозных мероприятий оказались безуспешными, вам надо начать принимать лекарственные препараты.

Лечение, как правило, продолжается всю жизнь. Дело в том, что гипертоническую болезнь в подавляющем большинстве случаев вылечить не удастся. Постоянный прием лекарств лишь поддерживает АД на нормальном уровне, обеспечивая профилактику инфаркта, инсульта и защищая так называемые «органы-мишени» от неблагоприятного воздействия на них повышенного давления.

Курсовое лечение и тем более — эпизодический прием лекарств опасны. После окончания приема препаратов давление в лучшем случае возвращается к исходным цифрам, а в худшем (обычно при прекращении приема клофелина или бета-блокаторов) происходит феномен рикошета — АД резко повышается, возникает гипертонический криз, который может закончиться инсультом или инфарктом.

Цель, к которой мы стремимся, — достижение уровня АД 140–120/85–70 мм рт. ст. Это относится к больным любого возраста, в том числе и пожилым. При резком снижении АД в первые дни возможно небольшое ухудшение состояния в виде головокружения и слабости. Поэтому АД обычно снижают, постепенно увеличивая дозу препаратов, а не назначая ее сразу. Впрочем, вопрос дозировки решается не больным, а врачом.

## Лечение гипертонического криза

Гипертонический криз — это острое и значительное повышение АД, сопровождающееся характерной клинической симптоматикой. Как правило, больные ощущают головную боль, головокружение, учащенное сердцебиение, может возникать пелена перед глазами. Симптоматика очень многообразна.

Причины повышения давления определить удается не всегда. Все же, как правило, прослеживается связь со следующими обстоятельствами:

- ♦ отрицательные эмоции, психические травмы, длительный стресс;
- ♦ нарушение бессолевой диеты. Последствия злоупотребления солеными продуктами могут появиться буквально через несколько часов. Чаще от этого страдают женщины;
- ♦ употребление больших количеств жидкости;
- ♦ изменение погоды. Весной и осенью гипертонические кризы случаются чаще, чем летом и зимой;

- ♦ воздействие инфекционных заболеваний. Иногда течение гипертонической болезни дестабилизируется на фоне гриппа или ОРВИ, поэтому при появлении симптомов этих заболеваний желательно чаще контролировать АД;
- ♦ резкое прекращение приема клофелина или бета-блокаторов.

Если лечение пациента хорошо отлажено, то вероятность возникновения криза уменьшается, но не исчезает совсем. Поэтому любой человек, страдающий гипертонической болезнью, должен быть готов к неотложным действиям для купирования гипертонического криза.

Для этого необходимо заранее с лечащим врачом обсудить тактику при подъеме АД. Практика показывает, что почти всегда есть возможность справиться с этой проблемой самостоятельно, не прибегая к услугам «скорой помощи».

Гипертонические кризы можно поделить на два типа — нейровегетативные и водно-солевые. При первом типе обычно наблюдается тревога, испуг, возбуждение, дрожь в руках, учащенное мочеиспускание. Характерно появление головной боли. Систолическое давление повышено относительно больше, чем диастолическое (например, 210/90). Чаще всего этот тип криза возникает на фоне психических травм.

#### **Тактика при нейровегетативном типе криза**

- ♦ Сесть или лечь. Принять 40–60 капель корвалола или валокордина. В некоторых случаях другие действия могут даже не понадобиться. Эмоциональное спокойствие играет огромную роль в снижении давления.

- ♦ Принять под язык 1 таблетку коринфара, клофелина или физиотенза. Дозу препаратов и их наименование определяет лечащий врач. Если тактика не обсуждалась, начать надо с коринфара 10 мг.
- ♦ Измерить АД через 30–40 минут после приема препаратов. Если появилась тенденция к его снижению, дополнительный прием обычно не требуется. Нормализация цифр АД не должна быть слишком быстрой. 2–3 часа — достаточный срок, чтобы оно вернулось к обычным показателям. Головная боль может пройти не сразу, отнеситесь к этому спокойно.
- ♦ При ухудшении состояния или отсутствии тенденции к снижению давления рассматривается вопрос о приеме дополнительных лекарств либо вызове «скорой помощи».
- ♦ Если купирование криза прошло успешно, постарайтесь избегать в этот день эмоциональных и физических нагрузок.
- ♦ Проанализируйте причины произошедшего и постарайтесь не повторять в дальнейшем действий, приведших к повышению давления.

**Второй тип гипертонического криза характеризуется появлением отечности лица, рук (тяжело снять кольцо с пальца), в настроении преобладает сонливость и подавленность. Также отмечают головные боли. Количество выделяемой мочи уменьшается. Диастолическое давление повышено больше, чем при первом типе криза (например, 180/130).**

#### **Тактика при вводно-солевом типе криза**

- ♦ Сесть или лечь.
- ♦ Принять внутрь или под язык 1 таблетку фуросемида или гипотиазида 25–50 мг. Дополнительно обычно назначается 10 мг коринфара. Иногда назначают препараты из

группы ингибиторов АПФ (капотен, престариум, эналаприл). Дозу препаратов и их наименование желательно обсудить заранее с лечащим врачом.

- ♦ Измерить АД через 30–40 минут после приема препаратов. Важны не цифры давления, а наличие тенденции к его снижению. Появление мочеиспускания также является хорошим признаком.
- ♦ При ухудшении состояния или отсутствии тенденции к снижению давления рассматривается вопрос о приеме дополнительных лекарств либо вызове «скорой помощи».
- ♦ Проанализировать причины ухудшения состояния. Анализ должен происходить с учетом съеденной пищи и количества выпитой жидкости. Это частая причина кризов такого типа. Вспомните, не употребляли ли вы слишком соленые продукты, и если да, откажитесь от них впредь.

Не всегда подъем давления может быть отнесен к первому или второму типу. К тому же реакция разных людей на лекарства может варьировать в широких пределах. Поэтому приведенные здесь рекомендации можно рассматривать лишь как попытку прояснить ситуацию, а не как руководство к действию. Назначения лечащего врача позволят более грамотно и четко действовать при гипертоническом кризе.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Артериальная гипертензия — важный фактор риска возникновения инфаркта миокарда, инсульта и других сосудистых катастроф.
- ☑ Причины гипертонической болезни — генетическая предрасположенность, стресс, злоупотребление алкоголем, курение, избыточное потребление соли.

- ✓ Самостоятельное измерение АД обеспечивает оптимальный контроль за эффективностью лечения. Купите тонометр и научитесь им пользоваться. Не измеряйте давление автоматическими тонометрами, особенно накладываются на запястье, во избежание серьезных ошибок в показаниях.
- ✓ Ограничение стрессов, бессолевая диета и умеренные физические нагрузки на начальных стадиях гипертонической болезни могут вернуть АД к нормальным показателям.
- ✓ Медикаментозное лечение гипертонической болезни продолжается, как правило, всю жизнь. Цель — снижение АД до цифр 140–120/85–70 и поддержание его на этом уровне.
- ✓ Гипертонический криз — обычно следствие стресса или нарушения бессолевой диеты. Также он может явиться следствием нерационального лечения гипертонической болезни.
- ✓ Лечение гипертонического криза в большинстве случаев возможно в домашних условиях в режиме самопомощи. Купите и всегда имейте при себе корвалол, коринфар, фуросемид или те препараты, которые назначил вам лечащий врач для купирования гипертонического криза. Если в данный момент у вас нет дома этих лекарств, не продолжайте чтения книги до тех пор, пока не купите их.

## Глава 13

# Первая помощь при клинической смерти

Внезапная остановка кровообращения — основная причина смерти в развитых странах. В большинстве случаев она обусловлена фибрилляцией желудочков, реже — прекращением электрической активности сердца (асистолией). Наступление внезапной смерти тесно связано с заболеванием инфарктом миокарда, причем особенно часто она возникает в дебюте заболевания. Из общего числа заболевших 20 % погибает в течение первого часа. В подавляющем большинстве случаев это происходит вне стационара. Вот почему каждый человек должен уметь диагностировать клиническую смерть и обладать навыками реанимационных мероприятий. Правильные и своевременные действия могут спасти жизнь!

Перечислим признаки, позволяющие диагностировать клиническую смерть.

1. Отсутствие сознания.
2. Отсутствие пульса на сонных артериях.
3. Прекращение дыхания (наступает несколько позже, чем первые два признака).

Как правило, непосредственно перед возникновением этих симптомов человек жалуется на загрудинную боль, одышку или головокружение. Примерно через 30 секунд после потери сознания могут развиваться судороги, затем начинают расширяться

зрачки. Дыхание урежается, становится менее глубоким, и на второй минуте клинической смерти полностью прекращается.

### **Порядок действий при подозрении на клиническую смерть**

1. Убедиться в отсутствии сознания.
2. Убедиться в отсутствии пульса на сонных артериях. Для этого необходимо в течение 5–10 секунд проверять его на передней поверхности шеи между углом нижней челюсти и кивательной мышцей. Техника определения пульса очень проста, но необходима небольшая тренировка. Поэтому необходимо научиться этому на себе и близких в спокойной обстановке, чтобы затем без труда сделать это в критической ситуации.

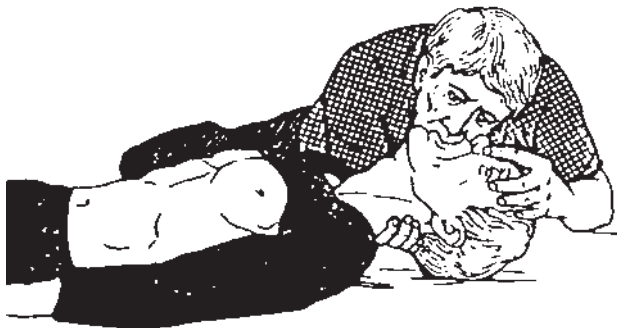


Место пульсации сонной артерии

3. Если пульс не определяется, а сознание отсутствует, необходимо нанести прекардиальный удар — однократный сильный удар кулаком по груди. Эта мера иногда (правда, очень редко) позволяет прервать фибрилляцию желудочков.



4. Вызвать «скорую помощь». Для этого надо позвонить по телефону 03, четко назвать адрес и сказать, что у больного клиническая смерть и проводятся реанимационные мероприятия. Если вы правильно объясните суть вызова, диспетчер пошлет на вызов специализированную бригаду, что увеличит шансы на успешную реанимацию. Помните, что в подавляющем большинстве случаев без квалифицированной врачебной помощи вернуть больного к жизни не удастся, ваша задача состоит только в том, чтобы поддержать его жизнь до приезда «скорой помощи». Проведение реанимационных мероприятий без вызова «скорой помощи» бессмысленно!
5. Если удар кулаком по груди не дал эффекта и признаки клинической смерти сохраняются, начинайте сердечно-легочную реанимацию. Для этого необходимо:
  - 1) положить больного на твердую ровную поверхность (лучше на пол). Большой ошибкой является проведение массажа сердца на мягкой кровати. Это делает неэффективными все дальнейшие усилия;
  - 2) выдвинуть вперед нижнюю челюсть. Для этого положить свою ладонь на лоб реанимируемого, запрокинуть голову, одновременно приподняв подбородок;
  - 3) удалить съемные зубные протезы и другие инородные предметы;
  - 4) в случае отсутствия самостоятельного дыхания плотно зажмите нос больного и производите вдувания воздуха изо рта в рот с частотой 10–12 дыханий в минуту. Критерием эффективности вентиляции легких являются движения грудной клетки (она приподнимается при вдохе и опускается при пассивном выдохе). Наиболее распространенной ошибкой на этом этапе является слишком быстрое вдвухание воздуха, что приводит к попаданию его в желудок и вызывает рвоту у больного. При недостаточно плотном зажатии носа у реанимируемого воздух не попадает в легкие!



Искусственное дыхание «рот в рот»



Закрытый массаж сердца

- 5) начать закрытый массаж сердца. Для этого одну руку положить выступом ладони на нижнюю треть грудины, а вторую выступом ладони на тыльную поверх-

ность первой. При надавливании плечи должны находиться прямо над ладонями, руки в локтях не сгибать. Грудную стенку вдавливают на 3,5–5 см с частотой 80–100 в минуту. Критерием эффективности массажа сердца является появление пульса на сонных артериях с частотой массажных движений (проверять не обязательно!). Если реанимационные мероприятия проводятся в одиночку, то отношение частоты надавливаний к дыханию должно составлять 15:2, а если реаниматоров двое, то 5:1. Необходимо помнить, что вдвух в момент сдавления грудной клетки нельзя.

Правильные реанимационные мероприятия быстро приводят к улучшению состояния больного — появляется самостоятельное дыхание (что не является поводом для прекращения массажа сердца!), розовеют кожные покровы, сужаются зрачки. Помните, что только при тщательном соблюдении всех приведенных здесь правил вы можете рассчитывать на успех в своих действиях.

Об эффективности реанимационных мероприятий, проводимых неспециалистами, говорит опыт американского города Сиэтл. В этом городе каждый второй житель прошел обучение по 3-часовой программе по овладению навыками реанимационного пособия.

В течение 6 лет благодаря лицам немедицинских профессий удалось вернуть к жизни 346 человек, у которых клиническая смерть возникла вне медицинских учреждений.

Завершая разговор о сердечно-легочной реанимации, необходимо затронуть еще одну тему, которая, на мой взгляд, достаточно актуальна. Это проведение реанимационных мероприятий людям, кото-

рым они не показаны, особенно без соблюдения правил их осуществления. Запомните, что реанимация не проводится:

- ♦ людям, находящимся в сознании;
- ♦ людям, находящимся в обмороке, когда есть признаки эффективной сердечной деятельности (пульс на сонных артериях);
- ♦ людям, находящимся в терминальной стадии неизлечимого заболевания (например, онкологического);
- ♦ если с момента остановки сердечной деятельности прошло более 30 минут или есть явные признаки биологической смерти — холодность кожных покровов, наличие трупных пятен и трупного окоченения, подсыхание роговицы глаза.

*Однажды во время дежурства на «скорой помощи» я получил срочный вызов — клиническая смерть. Прибыв к месту, я увидел корчащегося от боли мужчину средних лет и стоящих вокруг трех его друзей. Они рассказали, что их друг начал жаловаться на боли в сердце, по совету одного из них он принял под язык две таблетки нитроглицерина (впервые в жизни), после чего побледнел и пожаловался на слабость. Сознание не терял. Ему начали проводить «реанимацию» — сильные нажатия на грудную клетку слева от грудины. После первого же толчка послышался хруст, больной закричал от боли и начал активно сопротивляться попыткам его «спасти». На ЭКГ, снятой на месте, признаков какого-либо заболевания сердца обнаружено не было. Зато в травмпункте, куда*

*я отвез больного, были обнаружены переломы нескольких ребер. В данном случае все закончилось относительно благополучно. Но мне известны случаи смерти, наступившие в результате непознанных реанимационных мероприятий.*

И еще. Если вы проводили сердечно-легочную реанимацию кому-то из своих близких и усилия не увенчались успехом, не вините себя. Даже профессиональные реаниматологи, работая в условиях стационара, оснащенного лекарствами, дыхательной аппаратурой и дефибриллятором, нередко терпят неудачу. Успешная реанимация — это всегда небольшое чудо.

## Глава 14

### Экстрасистолия

Экстрасистола — это внеочередное сокращение сердца. Экстрасистолия — заболевание, характеризующееся более или менее частым возникновением экстрасистол.

Оно распространено довольно широко. Если обследовать любого, даже хорошо чувствующего себя человека, проводя ему суточное мониторирование сердечного ритма, то более чем в половине случаев можно зарегистрировать экстрасистолы. Не всегда они могут давать о себе знать, но в некоторых случаях экстрасистолы могут доставлять пациентам много неприятных минут.

Выявлена интересная закономерность — как правило, чем менее опасны экстрасистолы, тем больше ощущений они вызывают. Так, например, при остром инфаркте миокарда экстрасистолы для пациентов могут быть практически незаметны, хотя их появление при этом заболевании ухудшает прогноз. Напротив, безобидные экстрасистолы, вызванные общей невротизацией, например, при переутомлении на работе или конфликтах в семье, сопровождаются яркими жалобами и создают у пациентов впечатление, что они тяжело больны.

Причин, вызывающих экстрасистолию, довольно много. Практически любое заболевание сердца и любое неблагоприятное воздействие на организм может явиться причиной этого состояния. Инфаркт

миокарда, пороки сердца, заболевания щитовидной железы и легких часто бывают фоном, способствующим развитию экстрасистолии.

Провоцирующими факторами выступают переутомление, употребление алкогольных напитков или наркотиков, прием некоторых лекарств, особенно мочегонных и симпатомиметиков, которые назначаются для лечения бронхиальной астмы. Иногда, особенно у молодых людей, выявить причину заболевания не удастся.

Экстрасистолы проявляют себя перебоем в работе сердца, большими паузами между волнами пульса, ощущением переворота в грудной клетке. Обычно эти симптомы сопровождаются тревогой, а если возникают ночью, заставляют проснуться.

В отличие от мерцательной аритмии, которая характеризуется совершенно неритмичным пульсом, при экстрасистолии пульс ритмичен, лишь иногда наблюдаются паузы между сердечными ударами, например, «выпадает» каждая четвертая пульсовая волна.

Иногда при экстрасистолии возникают ощущения, похожие на те, которые человек испытывает при прыжке с трамплина или езде на американских горках. Не всегда пациенты связывают эти симптомы с заболеваниями сердца.

*Однажды ко мне обратился пациент, который жаловался на периодически возникающее ощущение «замирания под ложечкой». Больной говорил, что оно напоминает чувство, возникающее при поездке вниз на скоростном лифте. Его ЭКГ была нормальной, однако при проведении суточного*

*мониторирования сердечного ритма выявлены предсердные экстрасистолы, появление которых совпадало по времени с появлением неприятных ощущений.*

*У пациента выявлена также гипертоническая болезнь. Ему назначен препарат из группы бета-блокаторов, который вскоре снизил артериальное давление до нормы и полностью ликвидировал экстрасистолы.*

К сожалению, не всегда лечение экстрасистолии быстро приводит к нормализации самочувствия. Чаще всего проблема назначения плановой терапии при этом заболевании решается долго, методом проб и ошибок. Более того, побочные эффекты от противоаритмических препаратов могут быть опаснее, чем сама экстрасистолия. Поэтому вопрос назначения лекарств при этом заболевании сложен и решается индивидуально.

Со всей определенностью можно сказать лишь одно: нормализация образа жизни, полноценный отдых и сон, отказ от алкоголя и крепкого кофе всегда ведут к улучшению самочувствия при этом заболевании.

*Я наблюдаю пациента, который одно время жаловался на перебои в работе сердца. При обследовании у него выявлена предсердная экстрасистолия. На фоне полного отказа от алкоголя, кофе и крепкого чая экстрасистолы перестали его беспокоить. Но однажды его пригласили на мероприятие, где ему пришлось выпить немного алкоголя. Пациент не имел алкогольной зависимости и поэтому решил, что однократное нарушение*



*режима ему не повредит. Буквально через несколько часов, ночью он проснулся от частых перебоев в работе сердца, которых он не испытывал более года.*

Несколько проще обстоит дело с лечением однократно возникшего приступа учащения экстрасистолии.

### **Самопомощь при учащении экстрасистолии**

- ♦ Сесть или лечь, постараться успокоиться. Вспомните, что чем тяжелее ощущения при аритмии, тем она безопаснее. Выпейте 40 капель корвалола или валокардина.
- ♦ Примите 4 таблетки аспаркама или панангина. Этот препарат содержит противоаритмические компоненты в легкоусвояемой форме, что позволяет быстро и безопасно снять нарушение ритма.
- ♦ Если нет противопоказаний, примите 20–40 мг анаприлина. Если принять его под язык, он подействует быстрее, но вызовет онемение под языком, которое будет беспокоить примерно сутки. Анаприлин противопоказан при аллергии на этот препарат, бронхиальной астме и обструктивном бронхите, низком артериальном давлении и редком пульсе (менее 60 ударов в минуту). Если есть сомнения, лучше его не принимать или предварительно посоветоваться с лечащим врачом.

В большинстве случаев применение этой схемы позволяет купировать приступ. В случае ее неэффективности необходим вызов скорой или неотложной помощи.

Помните, что приведенная схема лечения действует лишь при экстрасистолии (и предсердной, и желудочковой), но неэффективна при других нарушениях ритма, в частности, при мерцательной аритмии. Если вы сомневаетесь в диагнозе или пере-

бои возникли впервые, необходима консультация врача. Она тем более необходима, если экстрасистолия сопровождается болью в грудной клетке, головокружением, резким снижением артериального давления.

Прогноз при экстрасистолии определяется исключительно тем фоном, на котором она возникла. Иначе говоря, если обследование не выявило тяжелого заболевания сердца, то экстрасистолия безопасна. При наличии ишемической болезни сердца (стенокардия, инфаркт), пороков сердца, заболеваний легких и щитовидной железы экстрасистолия может провоцировать более тяжелые нарушения ритма — мерцательную аритмию, желудочковую тахикардию, которые, правда, тоже излечимы.

Опыт наблюдения пациентов, страдающих экстрасистолией, показывает, что при правильно подобранном лечении и ведении здорового образа жизни такие больные могут долгие годы чувствовать себя хорошо.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Экстрасистола — это внеочередное сокращение сердца, которое может оставаться незамеченным пациентом, либо вызывать ощущение переворота в области сердца, замирания в груди. При измерении частоты пульса экстрасистолия проявляет себя продолжительной паузой между пульсовыми волнами — повторяющимся «выпадением», например, каждого третьего удара.
- ☑ Причины экстрасистолии — любые заболевания сердца, щитовидной железы и легких. Они могут встречаться и у здоровых людей. Провоцирующие факторы — утом-

ление, алкоголь, использование мочегонных средств и препаратов для лечения бронхиальной астмы.

- ☑ Плановое лечение экстрасистолии — сложная задача, которой занимается только врач. Препараты могут давать побочные эффекты, которые опаснее, чем сама болезнь.
- ☑ Лечение приступа экстрасистолии, если вы уверены, что это именно она, а не более тяжелое нарушение ритма, включает в себя корвалол, аспаркам или панангин и, при отсутствии противопоказаний, анаприлин.
- ☑ Сами по себе экстрасистолы безопасны. При наличии фонового заболевания (инфаркт, тиреотоксикоз) прогноз зависит от его тяжести.

## Глава 15

### Мерцательная аритмия

Мерцательная аритмия является темой для отдельного разговора и обычно в популярных книгах не рассматривается. Тем не менее, я хотел бы дать читателям информацию об этой болезни. Сведения о ней чрезвычайно важны. Правильные действия пациента, у которого возник приступ аритмии, снижают риск осложнений до минимума. Напротив, игнорирование заболевания или неправильная тактика ведут к инвалидности и смерти. Поэтому прочитайте внимательно эту главу. По степени важности информации она стоит, пожалуй, на втором месте после главы, посвященной нестабильной стенокардии. Итак, что такое мерцательная аритмия? Для этого надо вспомнить, что в норме электрический импульс, вызывающий сердечное сокращение, зарождается в синусовом узле, который находится в правом предсердии, а затем по проводящей системе сердца проводится на остальные его отделы. При мерцательной аритмии синусовый узел временно отключается, а импульсы беспорядочно циркулируют по предсердиям. Это приводит к нерегулярности сокращений желудочков, что легко заметить при обычном подсчете пульса или измерении АД. Пульс становится совершенно неритмичным, какой-либо закономерности проследить невозможно. Этим мерцательная аритмия отличается от экстрасистолии, когда на фоне ритмичного пульса «выпадает», например, каждая четвертая пульсовая волна.

Хаотичная циркуляция импульсов по предсердиям приводит к тому, что они перестают сокращаться. Это создает условия для формирования в предсердиях тромбов, которые попадают в кровоток и могут вызвать закупорку артерий головного мозга, нижних конечностей, кишечника. Одной из основных причин инсульта является именно мерцательная аритмия. Она повышает риск возникновения этого заболевания в 10 раз. Каковы причины мерцательной аритмии? Их можно разделить на предрасполагающие и провоцирующие. К первой группе относят заболевания, которые часто осложняются мерцательной аритмией: нарушение функции щитовидной железы, пороки сердца (нарушения функционирования клапанов сердца, особенно митрального), хронические заболевания легких и атеросклеротический кардиосклероз. Эти причины разными путями приводят к нарушению электрической однородности миокарда предсердий. В них появляются условия для беспорядочной циркуляции электрических импульсов, которые и приводят к нарушению ритма.

Теперь для возникновения приступа остается лишь дожидаться провоцирующих факторов. К ним относятся стрессы, злоупотребление алкоголем, крепким кофе, прием мочегонных, неблагоприятные погодные условия, переутомление, фазы луны... Все факторы перечислить невозможно. Иногда приступы возникают без видимых причин.

Заметить аритмию, как правило, несложно. Она ощущается как дискомфорт в грудной клетке и учащенное неритмичное сердцебиение. Эти симптомы, особенно возникшие впервые, являются поводом

для срочного вызова «скорой помощи». У вас есть только 48 часов. Если за это время ритм не будет восстановлен, в предсердиях образуются тромбы, которые могут вызвать инфаркт любых органов.

Купирование приступа осуществляется обычно с помощью новокаинамида или кордарона. Эти препараты в большинстве случаев действуют достаточно эффективно. Если же они не помогут, ритм восстанавливают в условиях стационара с помощью электрического разряда. Эта процедура называется электроимпульсной терапией. Она безболезненна (осуществляется под наркозом), безопасна и высокоэффективна. После введения противоаритмических препаратов обычно пациенты чувствуют облегчение, ощущение неритмичного сердцебиения проходит. Это не всегда совпадает с купированием приступа. Помните, восстановление ритма — качественный, а не количественный процесс. Приступ должен быть купирован полностью, что приводит к появлению четкого ритмичного пульса. Если этого не произошло, опасность образования тромбов в предсердиях сохраняется.

*Недавно ночью я был вызван для консультации в операционную, где проводилась операция по удалению тромба из бедренной артерии у 32-летнего пациента. Хирурги хотели купировать приступ мерцательной аритмии, который они заметили при мониторинговании сердечного ритма, и хотели посоветоваться со мной о способе, которым лучше это сделать. Операция производилась под местной анестезией, поэтому у меня была возможность поговорить с пациентом. Из разговора я выяснил, что ситуация намного хуже, чем пред-*

*полагали хирурги. Приступ длится уже две недели. Пациент замечал, что «сердце бьется как-то не так», но к врачу не обращался, так как был очень занят на работе. И только когда побелела и онемела нога, он вызвал скорую помощь и поехал в больницу. Естественно, о купировании приступа в таких условиях не могло быть и речи. Восстановление ритма могло привести к одномоментному отрыву тромбов от стенок сердца. Поэтому мы приняли решение занять выжидательную позицию и ограничились назначением максимально возможной суточной дозы препаратов, понижающих свертывание крови, чтобы добиться постепенного растворения тромбов, и лишь потом восстановить ритм. К сожалению, через несколько часов у пациента повторился тромбоз бедренной артерии. Он был взят на повторную операцию, во время которой у него развилась тромбоэмболия легочной артерии, вызвавшая остановку сердца. Проводились реанимационные мероприятия, вплоть до открытого массажа сердца, но спасти пациента не удалось. Молодой и практически здоровый человек умер только потому, что не обратился вовремя к врачу для снятия приступа аритмии.*

Через 48 часов купировать приступ уже поздно, за это время тромбы успеют сформироваться. Стенки предсердий, вновь начавшие сокращаться, выталкивают их в кровоток. Чтобы растворить тромбы, больному на 3–4 недели назначают препарат, уменьшающий свертываемость крови (обычно варфарин). Затем проводится плановая электроимпульсная терапия, и если ритм удастся восстановить, прием варфарина продолжают еще на 3 недели. Дело в том, что нормализация ритма не всегда совпадает с вос-

становлением сократимости миокарда предсердий, иногда они начинают работать несколько позже, чем происходит нормализация ЭКГ. Если приступ не удастся купировать, мерцательная аритмия переходит из приступообразной (пароксизмальной) формы в постоянную. Эта патология лечится с большим трудом и требует серьезного подхода как от лечащего врача, так и от пациента. Не вдаваясь в подробности, отмечу лишь, что при постоянной форме мерцательной аритмии необходим постоянный прием противосвертывающих препаратов, причем свертываемость крови надо контролировать не реже 1 раза в месяц. Увы, даже это не всегда защищает от тромбозов.

Профилактика приступов представляет собой сложную проблему. Нормализация режима труда и отдыха, отказ от вредных привычек и другие немедикаментозные меры бывают эффективны не всегда. Они не устраняют предрасполагающие факторы аритмии.

Сложность медикаментозной профилактики заключается в том, что препараты для предотвращения аритмии приходится принимать постоянно, а они обладают серьезными побочными эффектами. Не затрагивая подробно вопросов дозировки (это задача лечащего врача), отмечу лишь, что наиболее эффективными препаратами являются кордарон фирмы «Санофи» и соталекс фирмы «Бристоль Майерс».

Хирургические методы лечения редко дают положительный эффект при мерцательной аритмии. Они необходимы лишь при наличии дополнительных проводящих путей, которые можно выявить



с помощью ЭКГ. В подавляющем большинстве случаев хирургия при мерцательной аритмии не применяется.

## РЕЗЮМЕ

---

- ✓ Пароксизмальная мерцательная аритмия — заболевание, проявляющее себя приступами учащенного неритмичного сердцебиения.
- ✓ Причины заболевания — патология щитовидной железы, пороки сердца, обструктивные заболевания легких и атеросклероз коронарных артерий. Провоцирующие факторы — стресс, алкоголь, кофе, мочегонные препараты.
- ✓ Главная опасность мерцательной аритмии — формирование тромбов в предсердиях, которые, отрываясь от их стенок, вызывают инсульты и другие опасные заболевания.
- ✓ Приступ мерцательной аритмии должен быть купирован в течение 48 часов. Это повод к вызову «скорой помощи», особенно если аритмия возникла впервые.
- ✓ Приступ не может быть купирован частично. Ритм либо восстановлен, либо нет. Убедитесь в том, что пульс стал ритмичным. Малейшие сомнения — повод для повторного обращения к врачу и снятия ЭКГ.
- ✓ Профилактика приступов осуществляется пожизненно.
- ✓ Постоянная форма мерцательной аритмии — показание к приему препаратов, снижающих свертываемость крови. Контролировать их действие надо не реже одного раза в месяц.

## Глава 16

### Остеохондроз

Подавляющее большинство читателей этой книги когда-либо испытывали боли в спине. В молодости они беспокоят реже, и их выраженность обычно невелика. С возрастом боли появляются все чаще и постепенно начинают восприниматься как что-то само собой разумеющееся.

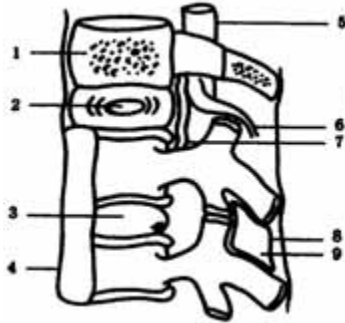
Заболевание протекает волнообразно, иногда позволяя человеку на длительный период вздохнуть спокойно, но затем возобновляется с прежней или большей силой, вызывая потерю трудоспособности, а порой приводя к инвалидности.

В подавляющем большинстве случаев боль в спине — это следствие группы заболеваний, которые называются дегенеративно-дистрофическими. К ним относят хорошо знакомый всем остеохондроз, спондилолистез и некоторые другие, реже встречающиеся состояния.

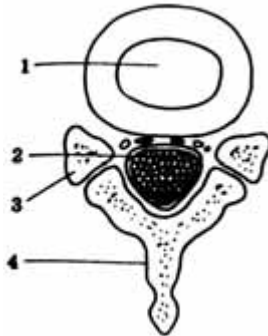
Остеохондрозом называют дегенеративные изменения межпозвонковых дисков, а спондилолистез — это смещение тел позвонков по отношению к соседним позвонкам. Без дополнительных исследований не всегда возможно отличить остеохондроз от спондилолистеза, к тому же они обычно сочетаются друг с другом.

Поэтому не будет большой ошибкой объединить эти два понятия в одно и в дальнейшем употреблять только термин «остеохондроз». Перед тем как гово-

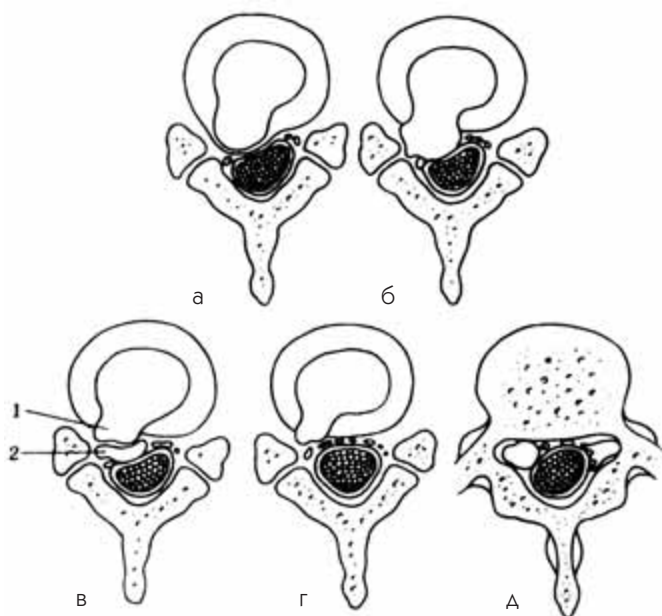
речь об этой болезни, необходимо разобрать нормальное строение позвоночника. Схема строения позвоночника приведена на рисунках ниже.



Строение позвоночно-двигательного сегмента: 1 — тело позвонка, 2 — пульпозное ядро, 3 — межпозвонковый диск, 4 — передняя продольная связка, 5 — дуральный мешок и спинной мозг, 6 — корешок спинного мозга, 7 — задняя продольная связка, 8 — межпозвонковый сустав, 9 — межостистая связка



Межпозвонковый диск: 1 — пульпозное ядро, 2 — оболочки спинного мозга, 3 — межпозвонковый сустав, 4 — остистый отросток



Стадии дегенерации межпозвонкового диска (МПД) и образования дорсальной грыжи (по Ж. Теплику, 1991): а — протрузия МПД (децентрация и смещение пульпозного ядра в пределах МПД с задней продольной связки), б — грыжа МПД с прониканием через заднюю продольную связку и сдавлением дурального мешка, в — грыжа МПД с образованием секвестра (свободного фрагмента пульпозного ядра) со сдавлением корешка или дурального мешка, г — сдавление грыжей МПД корешка на уровне фиброзного кольца МПД, д — грыжа МПД с образованием свободного фрагмента выше или ниже уровня фиброзного кольца (1 — грыжа диска, 2 — секвестр)

Как видите, между телами позвонков расположены межпозвонковые диски, которые состоят из твердого фиброзного кольца и жидкого пульпозного ядра. В норме они являются амортизаторами,

защищающими позвонки от излишних нагрузок. Они же позволяют совершать движения в разных плоскостях.

На начальном этапе развития остеохондроза в фиброзном кольце появляются микротрещины, которые постепенно увеличиваются, приводя к смещению студенистого ядра. Это вызывает умеренно выраженные боли в той части позвоночника, который поражен патологическим процессом. Затем под воздействием нагрузки внезапно происходит разрыв фиброзного кольца, и формируется грыжа. Она сдавливает нервный корешок. На этом этапе боль становится очень сильной, и к боли присоединяются другие неврологические симптомы, чаще всего это онемение ноги и невозможность совершения каких-либо движений, например, «подволакивание» стопы вследствие слабости мышц голени.

*Один из моих пациентов, длительно страдающий остеохондрозом, работал в гараже. После подъема тяжелой канистры с бензином он почувствовал невыносимую боль в поясничной области, которая заставила его замереть на месте. Невозможно было даже глубоко дышать, столь сильна была боль. Через несколько минут он попытался пойти домой, но ступня левой ноги плохо слушалась — онемела и почти не шевелилась. Через день он был госпитализирован на нейрохирургическое отделение, где на магнитно-резонансной томографии поясничного отдела позвоночника выявлена грыжа межпозвонкового диска размером 9 мм. Пациент прооперирован, прошел курс реабилитации. В настоящее время он здоров, движения стопы восстановлены в полном объеме.*

Какова же причина разрушения межпозвонковых дисков? Прежде всего это чрезмерные физические и вибрационные нагрузки. Известно, что чаще всего остеохондрозом болеют грузчики, водители автотранспорта, штангисты. Полные люди также имеют большой риск заболевания остеохондрозом, что неудивительно — на их позвонки постоянно действует избыточный вес.

Большое значение в формировании остеохондроза имеют такие факторы, как атеросклероз, сахарный диабет, курение, гормональные нарушения. Они вызывают преждевременное старение всего организма, а значит, и позвоночника. Наконец, нельзя забывать о наследственности. Если среди близких родственников встречались случаи заболеваний, связанных с патологией позвоночника, вероятность этого заболевания резко возрастает, даже у молодых людей.

*Однажды я приехал на вызов к 17-летнему пациенту. Поводом к вызову была боль в пояснице. Приехав, я увидел корчащегося от боли молодого человека, который рассказал, что собирался идти в поход, надел на спину рюкзак, после чего появилась очень сильная боль.*

*В то время я только начинал свою врачебную деятельность и не знал, какой диагноз поставить пациенту. Все данные осмотра и жалобы говорили в пользу того, что боль вызвана остеохондрозом, но меня настораживал молодой возраст пациента. Сомнения разрешил его старший брат, который находился в той же квартире. Оказалось, несмотря на 19-летний возраст, он пережил несколько подобных приступов, был обследован,*

*и ему диагностирован остеохондроз. Рентгеновские снимки свидетельствовали в пользу тяжелого поражения позвоночника.*

*Пациент был госпитализирован в неврологическое отделение больницы, диагноз подтвержден. Вероятно, у него имелось генетически обусловленное заболевание соединительной ткани, вызвавшее преждевременное разрушение межпозвонковых дисков.*

Нельзя не упомянуть в качестве причины остеохондроза и плохую осанку. Правильное положение спины во время ходьбы и работы имеет огромное значение, особенно в детстве. Если осанка была правильно сформирована, вероятность остеохондроза снижается даже при неблагоприятных условиях труда.

Главным симптомом остеохондроза является боль в спине. Условия ее возникновения и ослабления индивидуальны.

У некоторых пациентов боль появляется после длительной неподвижности — например, утром после сна. В таких случаях нескольких шагов достаточно, чтобы снять или уменьшить боль. У других пациентов, напротив, боль появляется только при движениях.

Характерна быстрая утомляемость, желание отдохнуть после небольшой нагрузки — «слабеет спина». Нередко пациенты жалуются на онемение рук и ног. Боль может быть тупой, ноющей, а иногда стреляющей по ходу нервов. Типичным симптомом является «ползание мурашек» в конечностях.

При далеко зашедшем процессе может наступать неравномерное исхудание конечностей — паци-

енты щадят больную ногу, в результате чего нагрузка на нее падает и мышцы атрофируются. При далеко зашедшем остеохондрозе развивается изменение осанки, связанное с мышечным спазмом. Остеохондроз грудного отдела позвоночника часто напоминает стенокардию.

Отличить эти заболевания не всегда бывает просто. Помочь может таблица, приведенная в главе, посвященной стенокардии.

Острый приступ болей в спине при остеохондрозе практически всегда следует за чрезмерной нагрузкой. Это может быть подъем тяжести, резкое движение, прыжок с высоты. Именно провоцирующий фактор позволяет отличить остеохондрозную боль от всех других ее причин.

В настоящее время диагностика остеохондроза осуществляется с помощью рентгеновского метода, а также томографии — компьютерной или магнитно-резонансной.

Золотым стандартом является магнитно-резонансная томография, позволяющая получить наиболее четкое изображение позвоночника и мягких тканей, окружающих его. Компьютерная томография и тем более рентген дают лишь ориентировочное представление.

Лечение остеохондроза представляет собой непростую задачу.

### **Мероприятия по лечению острого болевого приступа, возникшего после физической нагрузки**

- ♦ Надо лечь в удобное положение. Вариантов может быть много — кому-то удобнее лежать на боку, другому — на спине с подложенными под колени валиками, чтобы уменьшить натяжение нервных корешков.



- ♦ Принять обезболивающее средство — диклофенак, индометацин или, в крайнем случае, анальгин. Обезболивающие препараты существуют и в виде свечей. Их применение возможно даже при язвенной болезни, они в меньшей степени раздражают слизистую оболочку желудка.
- ♦ Нанести раздражающую мазь — финалгон, меновазин, капсикам на участок кожи в районе наибольшей болезненности.
- ♦ Возможен прием препаратов, расслабляющих тонус мышц, — сирдалуд, мидокалм. Эти лекарства могут вызывать общую слабость, поэтому они обычно переносятся тяжело и не рекомендуются к рутинному применению.
- ♦ При неэффективности этих мер можно вызвать «скорую помощь». Острый приступ боли служит показанием для госпитализации, особенно если сопровождается расстройством функционирования мышц.

В стационаре для лечения болевого синдрома используется физиотерапия, новокаиновые блокады, которые на некоторое время могут в отдельных случаях полностью снять боль, массаж, капельное введение сосудорасширяющих средств и витаминов, улучшающих функционирование нервной ткани. В некоторых случаях назначается ношение бандажей и корсетов.

Необходимо остановиться на методах, использование которых при острой боли **недопустимо**, тем более что приходится часто сталкиваться с их последствиями.

1. Категорически противопоказаны неумелые массажные действия. Распространенным заблуждением является такой «метод лечения», когда на спину заболевшего ставят маленьких

детей и просят их ходить по спине. Это может привести к усугублению поражения, и никогда (а я видел таких случаев немало) не приводит к улучшению.

2. Нельзя проводить глубокое прогревание — баня, ванны, грелки. Это может привести к отеку нервного корешка и прогрессированию патологического процесса.
3. Категорически противопоказан алкоголь. Он плохо сочетается с лекарствами, назначаемыми при болях, — увеличивает вероятность развития побочных эффектов и может усиливать патологические изменения в нервном корешке.

Хирургическое лечение при остеохондрозе применяется далеко не всегда. Основными показаниями для оперативного вмешательства является большой размер грыжи — от 5 мм и более, а также наличие секвестра в позвоночном канале. В этих случаях операция позволяет быстро снять боль и ликвидировать другие симптомы. Консультация нейрохирурга осуществляется только после выполнения всех необходимых исследований, прежде всего магнитно-резонансной томографии.

В межприступный период медикаментозное лечение остеохондроза играет значительно меньшую роль, чем лечебная физкультура и профилактические меры по предотвращению обострений заболевания.

Надо так построить свою жизнь, чтобы как можно меньше подвергать свой позвоночник нагрузкам, способствующим его разрушению.

### **Правила самоконтроля и профилактики остеохондроза**

- ♦ Избегайте ношения тяжестей в одной руке — распределяйте груз равномерно. В дальних поездках используйте сумку на колесиках вместо чемоданов.
- ♦ Не носите тяжести на вытянутых руках перед собой.
- ♦ Старайтесь сидеть, держа спину прямо. Избегайте слишком мягких и низких кресел. Желательно сидеть на жестком стуле, чтобы спина плотно прилегала к его спинке, а ноги упирались в пол под прямым углом. Старайтесь разминаться через каждые 15–20 минут.
- ♦ Очень вредным для позвоночника является полусогнутое положение туловища. Поэтому старайтесь не работать в наклонку, не поднимайте тяжести, согнувшись вперед. Для того чтобы поднять тяжелый предмет, слегка присядьте, держа спину прямой, затем выпрямите ноги, держа груз в руках.
- ♦ Старайтесь спать на жесткой кровати. В идеале спина во время сна должна быть прямой.
- ♦ Используйте массажные деревянные коврики при поездках в машине.
- ♦ Неплохим профилактическим и лечебным действием обладает массажер «Космодиск». Регулярное его ношение может помочь снять болевой синдром.
- ♦ То же можно сказать и про аппликатор Кузнецова и аппликатор Ляпко. Эти приспособления при регулярном применении дают стойкий положительный эффект.
- ♦ Заметного улучшения самочувствия можно добиться с помощью лечебной пленки Полимедэл.

Отдельного разговора заслуживает лечебная физкультура. Ее значение в профилактике и лечении остеохондроза трудно переоценить. Регулярные занятия упражнениями, которые укрепляют мышцы спины, могут помочь добиться длительного

облегчения состояния. Более того, при своевременном начале выполнения лечебной физкультуры можно приостановить процесс развития остеохондроза. Примерный комплекс упражнений, рекомендованных к постоянному выполнению в межприступный период, включает в себя упражнения для шейного отдела позвоночника (они описаны в главе про головокружение) и упражнения для грудного и пояснично-крестцового отделов. Не обязательно выполнять их все. Выберите для себя те упражнения, которые вам по силам. Лучше ежедневно посвятить 10–15 минут выполнению упражнений, чем один раз в месяц заниматься два часа. Помните, что трудно только начать. Через несколько дней регулярно выполнения вы хорошо запомните упражнения и перестанете сверяться с книгой. Выполнение упражнений должно войти в привычку.

### **Комплекс упражнений для грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника**

(цитируется из книги А. А. Вишневого «Болезни позвоночника: взгляд современной медицины» Санкт-Петербург, издательская компания «Невский проспект», 2008)

Все упражнения с 1 по 11 выполняются лежа, стоя на коленях или сидя на ковре. После каждой серии необходимо расслабиться и полежать 1–2 минуты с закрытыми глазами.

**Упражнение 1.** ИП — лежа на спине. Ноги вместе. Руки вдоль тела. Поднимите ноги до угла 45–60 градусов. В воздухе рисуйте двумя ногами цифры от 0 до 9. Повторите каждую серию 3–4 раза.

**Упражнение 2.** ИП — лежа на спине. Выпрямленные руки за головой с гантелями (1–3 кг). Подъем рук из-за головы 8–10 раз.

**Упражнение 3.** ИП — лежа на спине. Согните ноги в коленях и максимально подвиньте пятки к ягодицам. Опираясь на лопатки и ступни, поднимите таз 8–10 раз. Повторите серию 2–3 раза.

**Упражнение 4.** ИП — лежа на спине. Выпрямленные ноги поднимите до угла 30–45 градусов. Выполните движения ног в сторону до соприкосновения с полом. Затем возвратите ноги в исходную позицию (8–10 раз в каждую сторону).

**Упражнение 5.** ИП — лежа на спине. Руки с гантелями (1–3 кг) вытянуты в стороны. Подъем выпрямленных рук с гантелями 8–10 раз.

**Упражнение 6.** ИП — сидя на ягодицах с выпрямленными ногами и опорой на руки. Выгибание тела с опорой на стопы и руки. При этом проводится запрокидывание головы. Повторить упражнение 8–10 раз.

**Упражнение 7.** ИП — сидя на ягодицах с выпрямленной спиной, руки над головой. Прогибаясь в спине, попытайтесь достать пальцами рук стопы. Повторить упражнение 8–10 раз.

**Упражнение 8.** ИП — стоя на коленях с выпрямленной спиной, руки на поясе. Тело максимально отклоняйте назад, не сгибая спину, 8–10 раз.

**Упражнение 9.** ИП — стоя на коленях, руки выпрямлены перед грудью. Выполняйте приседание на ягодицы слева и справа от коленей. При выполнении упражнения старайтесь, чтобы руки были на уровне груди как можно ближе к воображаемой средней линии.

**Упражнение 10.** ИП — стоя на коленях и опираясь на руки, постарайтесь присесть, максимально вытягиваясь телом вперед. При этом выполняется 2–3 прогибания в грудном отделе позвоночника. Повторите 8–10 раз.

**Упражнение 11.** ИП — лежа на спине. Ноги приподнимайте на 10–15 градусов от пола. Поднимайте ноги за голову 8–10 раз.

Расслабление лежа на спине, закрыв глаза и раскинув руки и ноги, 30 секунд.

Упражнения с 12 по 22 выполняются стоя, ноги на ширине плеч.

**Упражнение 12.** ИП — руки сложены перед грудью. Интенсивные повороты тела с разведением рук в стороны. Сделайте 8–10 поворотов в каждую сторону. То же упражнение вы можете провести, положив на плечи палку. Руки при этом обхватывают палку снизу вверх.

**Упражнение 13.** ИП — пальцы касаются плеч. Круговые движения рук вперед (8–10 оборотов) и затем — назад.

**Упражнение 14.** ИП — пальцы сжаты в кулаки, руки опущены вдоль тела. Вращайте руки вперед по наибольшей амплитуде (8–10 вращений).

**Упражнение 15.** ИП — руки на поясе. Повороты туловища в каждую сторону при фиксированной нижней половине туловища (8–10 поворотов).

**Упражнение 16.** ИП — руки направлены вверх. При сгибании потянитесь за руками, максимально прогибаясь (8–10 раз). Это упражнение лучше делать у шведской стенки. Ноги при этом должны отстоять от стенки на 50–70 см, руки находиться на перекладине на уровне плеч.

**Упражнение 17.** ИП — руки на поясе. Вращательные движения таза при фиксированной верхней части тела (8–10 поворотов).

**Упражнение 18.** ИП — стойка — ноги вместе, слегка согнуты. Руки на коленях. Вращательные движения коленей при фиксированном верхнем плечевом поясе (8–10 движений).

**Упражнение 19.** ИП — стойка — лицом к шведской стенке. Опора на одну из ног. Другой ногой, опираясь на носок, сделайте 8–10 круговых движений — сначала по часовой, затем против часовой стрелки.

**Упражнение 20.** ИП — возьмитесь за поперечную стойку шведской стенки. Тяжесть тела перенесите на одну из ног. Другую ногу поставьте на носок. Попеременно изменяя нагрузку переносом веса тела с ноги на ногу, постепенно растягивайте ахиллово сухожилие и мышцы задней группы голени.

**Упражнение 21.** ИП — стойка — ноги на ширине плеч. Максимально приблизьте согнутую ногу к противоположной руке, одновременно поворачивая тело и отводя согнутую руку назад. Выполните по 5–6 раз в каждую сторону.

**Упражнение 22.** ИП — встаньте боком к шведской стенке и возьмитесь за перекладину на уровне пояса. Делайте маховые движения ногой с захлестом голени к ягодицам по 5–6 раз каждой ногой.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника проявляются разрушением межпозвонковых дисков, в результате чего диски выступают в позвоночный канал, сдавливая нервные корешки, что вызывает развитие боли и нарушения чувствительности или двигательные расстройства.
- ☑ Главным симптомом остеохондроза является боль в области позвоночника. Острый приступ болей обычно связан с большой нагрузкой — подъемом тяжести, падением и т. д. Хронические боли проявляют себя по-разному, но чаще всего они усиливаются или ослабевают в зависимости от положения тела.
- ☑ Наиболее точным методом диагностики является магнитно-резонансная томография. Могут использоваться компьютерная томография и рентген.
- ☑ Основные меры по лечению острого приступ болей — лечь в удобное положение, принять обезболивающее,

нанести раздражающую мазь на область наибольшей болезненности. Алкоголь, самомассаж, глубокие прогревания противопоказаны.

- ☒ Главное мероприятие в межприступный период — лечебная физкультура. Ее надо выполнять ежедневно, иначе эффективность будет слабой.



## Глава 17

### Ангина

Ангина — это инфекционное заболевание, характеризующееся поражением небных миндалин (гланд). Болезнь поражает, в основном, молодых людей. У грудных детей она не встречается практически никогда — сказывается благотворное действие грудного молока, содержащего защитные иммуноглобулины.

Возникновению ангины способствуют два фактора — местное или общее переохлаждение и контакт с больным человеком либо употребление продуктов, зараженных возбудителем болезни. Заболевание чаще встречается у больных с хроническим тонзиллитом.

*Местное переохлаждение, пожалуй, одно из основных условий возникновения болезни. Одна из моих пациенток перестала болеть ангинами после того, как отказалась от употребления мороженого и холодных напитков. До этого она переносила ангину до 4 раз в год. Не исключено, конечно, что и возраст сыграл свою роль. Чем старше человек становится, тем меньше размер миндалин, следовательно, вероятность ангины уменьшается. Но все же этот пример я люблю приводить своим больным, которые часто болеют ангинами. Осторожное отношение к холодным продуктам и напиткам может защитить вас от этого опасного заболевания.*

Иногда микробы проникают в миндалины из зубов, пораженных кариесом, или из воспаленных придаточных пазух носа. Отсюда вывод — для предотвращения ангины надо лечить хронические очаги инфекции.

Начинается ангина обычно остро. Главным ее симптомом является боль в горле. В первые часы заболевания она беспокоит только во время глотания, а затем становится мучительной и постоянной, достигая максимальной выраженности на вторые сутки болезни. Другие симптомы ангины не так специфичны. Они могут наблюдаться и при других инфекционных заболеваниях. Это озноб, сменяющийся жаром и потливостью, лихорадка до 39 градусов и иногда больше, покраснение лица, общее недомогание, отсутствие аппетита. Могут беспокоить боли в суставах.

**При появлении болей в горле нужно:**

- ♦ вызвать врача на дом (обычно вызывается участковый терапевт);
- ♦ строго соблюдать постельный режим. Это существенно уменьшает риск развития осложнений;
- ♦ полоскать горло.

Полоскать горло можно начинать до прихода врача — это никогда не вредно. Более того, чем чаще вы будете полоскать горло, тем быстрее поправитесь. Ошибкой является полоскание горла 1 раз в 3–4 часа — этого недостаточно! Процедуру желательно осуществлять буквально каждый час, а можно и чаще. Она позволяет механически очищать поверхность миндалин от микробов, смывать и удалять ядовитые продукты их жизнедеятельно-

сти. Для полоскания можно использовать раствор фурацилина, настойку календулы, отвар шалфея, ромашки, эвкалипта. Если ничего этого нет, можно полоскать горло даже обыкновенным раствором соды с добавлением небольшого количества соли. Неплохой эффект дает использование спиртового раствора прополиса — несколько капель на стакан воды. Для уменьшения болевых ощущений можно использовать аэрозоли «Каметон», «Камфомен» «Ингалипт» и другие. Они не заменяют полосканий, как и препараты для рассасывания — «Стрепсилс», «Фарингосепт».

Польза от теплых компрессов сомнительна — они могут усилить кровообращение в очаге инфекции и создать условия для распространения инфекции по организму. Я обычно их не рекомендую.

При ангине полезно обильное питье — оно восполняет потери жидкости, которые происходят от обильного потения. Кроме того, они уменьшают интоксикацию и способствуют выведению ядовитых продуктов жизнедеятельности микробов. Питание должно быть полужидким или жидким, чтобы не раздражать и без того больное горло. Кислые и соленые продукты нежелательны по той же причине.

Диагноз ангины ставится только врачом. Причем даже для опытных врачей постановка этого диагноза может представлять собой сложную задачу. При любом подозрении на ангину у больных берется мазок из горла для того, чтобы исключить дифтерию. В настоящее время это заболевание встречается не так часто, как это было в середине 90-х годов, но и сейчас необходима настороженность в отношении этого смертельно опасного заболевания.

Симптомами, которые позволяют врачу диагностировать ангину, являются:

1. Покраснение горла с возможным образованием налета желтовато-белого цвета, не распространяющегося за пределы миндалин, легко снимающегося шпателем.
2. Увеличение подчелюстных лимфоузлов (располагающихся под углами нижней челюсти). Другие группы лимфоузлов не увеличиваются.
3. Отсутствие кашля, насморка. Эти симптомы более характерны для вирусных инфекций, чем для ангины.

Итак, диагноз ангины поставлен, мазки из горла взяты. Каковы дальнейшие действия?

К тем необходимым мероприятиям, которые уже проводятся (постельный режим и частое полоскание горла), добавляется медикаментозная терапия. В первую очередь это назначение антибиотиков. Возбудитель ангины (обычно это стрептококк) легко уничтожается антибиотиками из группы так называемых полусинтетических пенициллинов. К ним относятся ампициллин, амоксициллин, комбинированные препараты ампиокс, амоксиклав и некоторые другие. В тяжелых случаях назначаются антибиотики из группы фторхинолонов (например, ципрофлоксацин).

Антибиотики с ингаляционным способом введения в настоящее время малоэффективны, и, как правило, не используются при ангине. Дозы и режим приема определяется только лечащим врачом. При

приеме антибиотиков необходимо строго соблюдать правила, изложенные в главе про пневмонию. Обязательно ознакомьтесь с ними и при возникновении каких-либо вопросов проконсультируйтесь с врачом! К вспомогательным средствам при лечении ангины относят жаропонижающие средства — аналгин, парацетамол, а также витамины.

Правильное лечение ангины обычно приводит к улучшению самочувствия, наступающему на 3–5-й день. Но к этому сроку процесс выздоровления еще не завершен. К тому же больной пока еще представляет собой источник заражения. Поэтому выходить из дома и прекращать лечение нельзя.

До окончания срока действия «больничного листа», а обычно это 10–14 дней при неосложненном течении, надо находиться дома. Полезны полноценный отдых, нормальное питание, хороший сон. Отдых не менее важен для процесса выздоровления, чем медикаментозное лечение.

*В одной из хирургических клиник Военно-медицинской академии практиковался такой подход к лечению своих сотрудников. Если при диспансерном обследовании у них обнаруживалось носительство в носоглотке патогенных микробов, которые могли вызвать ангину, сотруднику назначали 3–4 дня оплачиваемого отпуска. В эти дни нельзя было работать и читать профессиональную литературу. Можно было только совершать прогулки на свежем воздухе, читать художественную литературу, больше спать. Метод действовал безотказно. Отдохнувший организм легко и быстро уничтожал микробов, и повторный посев из носоглотки не выявлял никакой патологии.*

Необходимо сказать несколько слов об осложнениях ангины. Нередко ранний период ангины осложняется развитием паратонзиллярного абсцесса. Это состояние, которое возникает из-за распространения инфекции на ткани, окружающие миндалины, с последующим образованием ограниченного скопления гноя в этой области. Паратонзиллярный абсцесс опасен прорывом гноя внутрь — в полость средостения и развитием сепсиса — заражения крови. Иногда абсцесс вызывает удушье за счет сужения просвета горла. Оба этих состояния могут угрожать жизни. Поэтому всем пациентам необходимо знать симптомы, возникающие при развитии этого осложнения.

Главным симптомом этого осложнения является тризм жевательных мышц. В переводе на русский язык это означает сильное напряжение жевательной мускулатуры, делающее невозможным полное раскрытие рта. Появление паратонзиллярного абсцесса сопровождается повышением температуры и общим ухудшением состояния. Врач может увидеть в глотке очаг припухлости с одной стороны горла. Обычно он совпадает с субъективным ощущением болезненности. Таким образом, второй важнейший симптом — односторонняя болезненность горла.

Метод лечения паратонзиллярного абсцесса один — хирургический. В горле делается небольшой разрез, гной выходит наружу, и состояние больного быстро улучшается.

Иногда своевременная операция спасает жизнь. Поэтому при появлении симптомов этого осложнения ангины необходим срочный вызов неотложной или скорой помощи.

Если врач подтвердит этот диагноз, последует срочная госпитализация в больницу, где в любое время суток возможно вскрытие абсцесса.

*Однажды ночью я приехал на вызов к больному, который в течение 5 суток болел ангиной. К вечеру 5-го дня он заметил, что боль в горле стала односторонней — только справа, глотание стало более болезненным, и температура, снизившаяся ранее под влиянием лечения до 37,8 градуса, вновь повысилась почти до 40. Речь стала гнусавой и невнятной.*

*При осмотре больной мог открыть рот лишь немного, но и этого было достаточно, чтобы увидеть огромный гнойник на месте правой миндалины. Были введены противоотечные средства (преднизолон, димедрол, хлористый кальций), больной экстренно госпитализирован в ЛОР-отделение больницы. Когда через несколько часов я вновь приехал в приемное отделение этой больницы, дежурный ЛОР-врач рассказал мне, что у больного вскоре после госпитализации появилась одышка, в связи с чем он экстренно прооперирован, из абсцесса удалено очень большое количество гноя.*

Через 3 недели после начала ангины могут развиваться заболевания почек и сердца. Они связаны с поражением иммунной системы организма. При поражении сердца возникает миокардит. Его симптомами являются нарушения сердечного ритма, а в тяжелых случаях — одышка. Поражение почек проявляется отеками преимущественно лица, уменьшением количества мочи с появлением крови в ней, а также повышением давления. Для того чтобы не пропустить развития этих осложнений, надо

по истечении трехнедельного срока показаться врачу, сдать анализы крови и мочи и снять ЭКГ.

В разговоре об ангине нельзя не упомянуть такое грозное заболевание, как дифтерия. Существуют четкие симптомы, позволяющие отличить дифтерию от ангины. Не всегда они появляются в первый же день заболевания. Поэтому участковый врач при первом визите их может не увидеть. Если вы заметите их, немедленно вызывайте врача повторно. Успех лечения дифтерии зависит от того, насколько рано начато введение лекарства. Дифтерия лечится антитоксической противодифтерийной сывороткой только в условиях стационара.

Итак, главные симптомы, отличающие дифтерию от ангины:

- 1) отечность шеи;
- 2) отечность миндалин и небных дужек;
- 3) распространение налетов за пределы миндалин.

Неспециалисту сложно оценить состояние своего горла. Поэтому второй и третий признаки обычно оценивает врач. Но отечность шеи можно заметить и самому. Если она появилась, срочно вызывайте врача и будьте готовы к возможной госпитализации. Появление симптомов ангины у лиц, контактировавших с больным дифтерией или живущих с ним в одном помещении, всегда расценивается как дифтерия. Наличие прививки от этого заболевания защищает не всегда. Более того, иногда именно прививки вызывают стертые течение заболевания, из-за чего помощь оказывается несвоевременно, что приводит к развитию осложнений.



*Одна из моих знакомых, врач-педиатр, заболела ангиной. Заболевание протекало вяло, без высокого подъема температуры, но и без заметной реакции на антибактериальную терапию. Первый посев из глотки не выявил наличие возбудителя дифтерии. Только на второй неделе заболевания был сделан повторный мазок, который и позволил диагностировать дифтерию. Больная была госпитализирована, проводилось введение противодифтерийной сыворотки. Но время уже было упущено. Развился миокардит и полиневрит, в результате которого больная не могла восстановить трудоспособность более года, а остаточные явления этих осложнений сохраняются до сих пор, более чем через 10 лет от момента заболевания. Не исключено, что стертое течение заболевания было связано с тем, что больная была незадолго до этого привита от дифтерии (эта прививка обязательна для всех врачей). Возможно, если бы не это обстоятельство, болезнь протекала бы более явно, и своевременное введение сыворотки позволило бы предотвратить осложнения.*

## РЕЗЮМЕ

---

- ☒ Ангина — это высокозаразное заболевание, развивающееся обычно в молодом возрасте и характеризующееся поражением гланд.
- ☒ Факторы, провоцирующие ангину, — местное или общее переохлаждение, контакт с больным человеком, хронический тонзиллит.
- ☒ Для ангины типична боль в горле при глотании или даже в покое, увеличение подчелюстных лимфоузлов, высокая лихорадка и явления интоксикации — отсутствие

аппетита, недомогание. Налеты не распространяются за пределы миндалин, легко удаляются шпателем.

☑ Для ангины нетипичны:

- ♦ кашель, насморк (это симптомы ОРВИ);
- ♦ односторонняя боль в горле, невозможность открыть рот (это симптомы паратонзиллярного абсцесса — осложнения ангины);
- ♦ отечность горла и шеи, распространение налетов за пределы миндалин, невозможность их отделить от миндалин (это симптомы дифтерии).

☑ Лечение ангины включает в себя постельный режим, частое полоскание горла, прием антибиотиков. Неукоснительно соблюдайте правила их приема! Дополнительно назначаются витамины, жаропонижающие средства.

☑ Обязательно осуществляются консультация врача и мазок из зева для выявления возбудителя дифтерии.

☑ Покой и отдых необходимы как минимум на 10–14 дней.

☑ Через 3–4 недели после начала заболевания необходимо сдать анализы крови и мочи и снять ЭКГ. Это позволит выявить осложнения.

## Глава 18

### Грипп

Пожалуй, нет человека, не знакомого с этой болезнью. Все мы в определенные моменты жизни болеем гриппом и считаем это чем-то неизбежным. Каждую зиму возникает эпидемия этого заболевания, поражающего в пиковый период до 10 000 человек в день только в Санкт-Петербурге. Увы, грипп не так безобиден, как принято считать, и не всегда заканчивается выздоровлением.

Ежегодно эпидемии гриппа уносят сотни жизней. Экономический ущерб человечества от гриппа оценивается примерно в 15 миллиардов долларов в год. Он сопоставим с ущербом от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенность гриппа превосходит сумму всех других заразных болезней человека. Поэтому к гриппу надо относиться со всей серьезностью. Необходимо знать его основные симптомы, а также современные методы лечения, чтобы обезопасить себя и своих близких от последствий этого, казалось бы, безобидного заболевания.

Главными проявлениями гриппа является повышенная температура тела, головная боль, кашель и насморк. Характерна внезапность появления симптомов. Как правило, больные помнят не только день, но и час, в который появились симптомы.

*Однажды, когда я учился в институте, я наблюдал развитие этого заболевания у преподавате-*

*ля, который читал нам лекцию по физиологии. Он начал лекцию, как обычно, бодро и энергично. Но в самом ее начале он начал слегка покашливать, затем появилось слезотечение и выделения из носа, заставлявшие его постоянно пользоваться носовым платком, потом покраснело лицо. Минут за десять до конца лекции преподаватель извинился и закончил ее досрочно. Так внезапно начинается только грипп.*

Итак, первый симптом гриппа, отличающий его от других ОРВИ, — внезапность начала заболевания. Вторым отличительным симптомом является высокая лихорадка. Температура быстро повышается до 40 градусов и выше. Для других ОРВИ это нетипично. Лихорадка при гриппе сопровождается ознобом, ломотой в мышцах, болью в крупных суставах и пояснице. Затем озноб сменяется чувством жара, после чего наступает обильное потение. При тяжелом гриппе возможно появление головокружения, бреда, судорог.

Эти симптомы также характерны именно для гриппа, который, в отличие от других вирусных инфекций, часто протекает тяжело.

Для гриппа типично появление сухого кашля, сопровождающегося царапаньем за грудиной. Приступы кашля завершаются отхождением скудной мокроты. Заложенность носа, саднение в носоглотке, выделения из носа, чихание могут присутствовать, но заболевание может протекать и без них.

Как правило, симптомы гриппа продолжают беспокоить пациентов от 2 до 5 дней. Хронических и затяжных форм гриппа не бывает. Рецидивы этого заболевания также невозможны, этому препятству-

ют антитела, активно вырабатываемые организмом зараженного человека. Отсюда следует важный вывод — если заболевание затянулось, то, скорее всего, грипп осложнился (например, пневмонией).

Главным лечебным мероприятием при гриппе является постельный режим. Никакие лекарства не могут заменить его благотворного действия на организм. Даже если больной не принимает никаких средств, но при этом весь лихорадочный период лежит в постели, болезнь обычно проходит бесследно. Напротив, нарушения постельного режима могут иметь непредсказуемые последствия.

*В 1996 году мне пришлось госпитализировать в инфекционную больницу пациента с тяжелым гриппом. В течение первых двух дней заболевания он продолжал работать, объясняя это тем, что его могли уволить с работы. На третий день он вызвал неотложную помощь в связи с высокой температурой, слабостью, выраженной настолько сильно, что он не мог встать с постели. До машины его пришлось нести на носилках. Через несколько месяцев я узнал, что больной умер в больнице от токсического гриппа. Ему было всего 28 лет.*

Такие случаи, к счастью, бывают редко. Обычно организм справляется с инфекцией даже при самых неблагоприятных условиях, но все же риск осложнений существует, а лечить их намного сложнее и дольше, чем обычный грипп.

Чрезвычайно важен постельный режим для людей пожилого возраста, особенно, страдающих атеросклерозом сосудов сердца и головного мозга. Грипп и другие вирусные инфекции являются фактором,

провоцирующим инфаркты и инсульты. Неспроста осенью и зимой эти болезни встречаются чаще.

Хорошим подспорьем в лечении гриппа является прием большого количества подкисленной жидкости (чай с лимоном, клюквенный морс, фруктовые соки). Эти напитки удаляют из организма вирусы и токсические продукты их жизнедеятельности, а также усиливают потоотделение, предотвращая перегрев организма.

Для снижения температуры можно использовать уксусно-водочное обтирание всего тела. Для этого надо приготовить смесь, состоящую из 9% уксуса, водки и воды в равных пропорциях, и нанести ее на тело с помощью губки. Испарение жидкости с любого объекта ведет к понижению его температуры. Это закон физики, который действует буквально всегда. Иными словами, если температура больного не снизилась после обтирания, это значит, что вы сделали что-то не так. Наиболее частые ошибки при проведении этой процедуры — использование недостаточного количества смеси (например, иногда протирают только лоб и кисти), либо укрывание больного одеялом прежде, чем смесь испарится.

Процедуру можно повторять многократно. Если запах спирта или уксуса больному неприятен, можно ограничиться обтиранием только водой, но, конечно, испаряется она гораздо медленнее, и, следовательно, это будет менее эффективно.

Жаропонижающие препараты назначаются при повышении температуры тела более 39 градусов. Увлекаться ими не надо, так как лихорадка способствует выработке интерферона, который уничтожает вирус гриппа. Снижение температуры улучшает

самочувствие, но препятствует борьбе организма с болезнью. Все же при плохой переносимости высокой температуры или в пожилом возрасте можно дать больному таблетку аналгина или другого жаропонижающего. Эти лекарства могут также уменьшить головную и мышечную боль.

Комбинации разных жаропонижающих препаратов нежелательны. Нельзя принимать аспирин — он усиливает кровоточивость, которая при гриппе и так может быть повышена.

Анальгетики никогда не надо принимать курсом, даже кратковременным. Если однократный их прием не улучшил состояния, можно принять еще одну таблетку или вызвать неотложную помощь.

Как и при любом вирусном заболевании, при гриппе полезны витамины. Они стимулируют защитные силы организма и способствуют борьбе с инфекцией. Витамин С назначается в дозе до 1 г в сутки, причем лучше его дозу разделить на несколько приемов. При одномоментном приеме препарата (например, в виде шипучей таблетки, содержащей 1 г витамина С) он быстро выводится из организма почками, что может вызвать мочекаменную болезнь. Можно принимать и поливитамины.

Для уменьшения выраженности кашля назначаются синекод в виде микстуры или коделак. Эти препараты обладают свойством тормозить кашель, который при гриппе бесполезен, ведь мокроты выделяется мало.

Противовирусные препараты (ремантадин, арбидол) при гриппе применяются только по назначению врача.

Тяжелое течение гриппа (лихорадка выше 41 градуса, снижение давления, одышка) являются показаниями к госпитализации. Антибиотики при гриппе обычно не назначаются. В этом нет смысла, ведь они воздействуют только на микробов, а грипп вызывается вирусом. В некоторых случаях (тяжелое течение, особенно у пожилых и ослабленных людей, бактериальные осложнения) к лечению приходится добавлять эти препараты, но делает это только врач. В большинстве случаев антибиотики противопоказаны, так как усиливают аллергизацию организма и увеличивают частоту осложнений.

Всем известно, что во время эпидемии гриппа надо меньше выходить из дома и не ходить на массовые мероприятия, где велик риск заражения. Это действительно так, добавить тут нечего. Но что же делать, если симптомы болезни уже начали беспокоить? Для того, чтобы прекратить болезнь в самом начале, существуют такие препараты, как интераль, цитовир-3, кагоцел.

Интераль — это интерферон, то есть вещество, обладающее противовирусной активностью. При введении этого препарата в первые часы заболевания он может не дать ему развиться. О способе введения надо сказать отдельно. Этот препарат выпускается в ампулах и флаконах с сухим порошком. Непосредственно перед употреблением необходимо растворить содержимое ампулы 1 000 000 ЕД препарата в кипяченой чистой воде комнатной температуры и закапать по 1/3 получившегося раствора в каждую ноздрю и под язык. Раствор интераля очень нестойкий, даже 3–4-минутное промедление в его введении может резко ослабить его эффект.



Необходимо повторять закапывания по одному разу в день в течение еще 3–4 дней. Как правило, если первая доза препарата получена в течение первых 3–6 часов после начала заболевания, грипп проходит в первый же день. Чем раньше введен препарат, тем он эффективнее.

*Мой опыт работы на коммерческой службе «скорой помощи» показывает, что интераль высокоэффективен и безопасен. Неоднократно приходилось назначать его в период эпидемии гриппа, и чаще всего я оставался доволен его действием.*

*Однажды я приехал на вызов к 14-летнему пациенту, который 2 часа назад почувствовал внезапное повышение температуры тела, озноб, сухой кашель, боль в глазах. Был диагностирован грипп. После приема анальгина температура снизилась недостаточно, в связи с чем пришлось повторить прием этого жаропонижающего средства. Я назначил также интераль в стандартной дозе. Через 2 часа температура понизилась до нормальной. Самочувствие больше не ухудшалось. Рекомендовано продолжить употребление интераля в течение трех дней.*

*Это лишь один из множества примеров действия этого препарата.*

Недостатком интераля является лишь его малая доступность — он продается далеко не в каждой аптеке, к тому же, его надо иметь наготове — если грипп уже начался, искать его по аптекам поздно, время уже упущено. Помните, что купленный заблаговременно препарат надо хранить в холодильнике.

Цитовир-3 также может использоваться для лечения гриппа в самой ранней его стадии. Прием осуществляется по 1 капсуле 3 раза в день в течение 4 дней. Эффективность его несколько ниже, но вполне приемлема. К тому же, этот препарат значительно доступнее и дешевле.

Одним из компонентов цитовира-3 является дибазол. Он может применяться и отдельно. В период эпидемии гриппа можно принимать по 1/4 таблетки 1 раз в день, что дает неплохой профилактический эффект.

В последние годы начал применяться препарат кагоцел. Это новый препарат, который назначают для профилактики и лечения гриппа. Механизм его действия такой же, как и у вышеперечисленных препаратов: стимуляция выработки интерферона, который обладает противовирусной активностью. При повышении температуры и появлении других симптомов гриппа надо как можно скорее начать принимать его по 2 таблетки 3 раза в день в первые два дня, а затем по одной таблетке 3 раза в день.

Укрепить иммунитет можно с помощью настойки прополиса и эхинацеи. Эти компоненты удачно сочетаются в гомеопатическом лекарственном средстве ЭДАС 150. Прием этого препарата в период эпидемии гриппа позволяет уменьшить риск заражения.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☒ Основные симптомы гриппа — внезапное повышение температуры до 40 и более градусов, ломота в мышцах, головная боль, сухой «царапающий» кашель.

- ☑ Продолжительность течения гриппа — от 2 до 5 дней. Грипп никогда не протекает с рецидивом, затяжное течение для него также нехарактерно, но он часто осложняется пневмонией, отитами и другими бактериальными инфекциями.
- ☑ Соблюдение постельного режима играет главную роль в лечении гриппа. В пожилом возрасте нарушение режима может быть фактором, провоцирующим инфаркт и инсульт.
- ☑ Основные лечебные мероприятия при гриппе — обильное питье и прием витаминов. При температуре выше 39 градусов можно принимать жаропонижающие препараты — парацетамол, анальгин. Аспирин противопоказан.
- ☑ Антибиотики и противовирусные препараты при гриппе показаны редко и назначаются только врачом.
- ☑ Для профилактики гриппа в период эпидемии можно принимать дибазол по 1/4 таблетки 1 раз в день.
- ☑ При появлении симптомов гриппа надо как можно быстрее начать прием препаратов, содержащих интерферон или стимулирующих его выработку организмом. К ним относятся интераль (он наиболее эффективен), цитовир-3 и кагоцел. Эти препараты могут прервать развитие гриппа, если приняты в первые 3–6 часов.

## Глава 19

### Острый бронхит

Острый бронхит — это острое воспаление слизистой оболочки бронхов. Главным и иногда единственным симптомом этого заболевания является кашель. Другие симптомы такие же, как при любом инфекционном заболевании: повышение температуры тела, слабость, недомогание, потливость. Заболевание может быть вызвано как вирусом, так и бактериями.

**Вирусный бронхит** в большинстве случаев протекает относительно легко. Незначительно повышается температура, появляется кашель со светлой мокротой. Лечение осуществляется дома. В первые несколько дней необходимо соблюдение постельного режима. Назначается обильное питье с народными жаропонижающими средствами — мед, малина, липовый цвет. Для улучшения отхождения мокроты используют теплые паровые ингаляции, отхаркивающие сборы, АЦЦ, бромгексин, амброгексал, лазолван. Если народных средств недостаточно для снижения температуры, можно использовать анальгин или парацетамол. Будут полезны и витамины — поливитаминные комплексы по 1 таблетке 1–2 раза в день или витамин С по 250 мг 4 раза в день. Симптомы проходят за несколько дней.

**Бронхит, вызванный бактериями**, обычно переносится тяжелее. Его симптомы могут быть схожи с симптомами пневмонии. Температура повышается

значительнее, мокрота окрашивается в зеленоватый или желтоватый цвет. Характерен симптом «мокрой подушки» — ночная потливость головы и шеи. Может беспокоить одышка. Иногда для того, чтобы исключить пневмонию, приходится делать рентгеновские снимки.

При бронхите существенных изменений обычно не выявляют, лишь иногда бывает усилен легочный рисунок. При пневмонии в подавляющем большинстве случаев хорошо видны очаговые затенения.

Лечение гнойного бронхита осуществляется по тем же принципам, что и вирусного бронхита, но обычно добавляются антибиотики, которые принимаются только под наблюдением врача. Необходимо соблюдение правил приема, которые подробно изложены в главе, посвященной пневмонии.

При появлении симптомов бронхоспазма (одышка с затруднением выдоха, приступообразный кашель) к лечению добавляются препараты, расширяющие бронхи, к ним относятся эуфиллин, теофиллин и другие. Продолжительность заболевания немного дольше, чем при вирусном бронхите, но обычно до 10–12 дней. Дольше всего сохраняется кашель — это самый стойкий симптом, отголоски которого могут оставаться до месяца и даже более.

Всех пациентов, обращающихся к врачу с острым бронхитом, можно условно разделить на хронически кашляющих и на тех, для кого кашель — короткий эпизод в их жизни.

Хронически кашляющие люди обычно не считают себя больными. Для них ежедневный утренний кашель настолько же естествен, как процесс умывания. Он не отражается на работоспособности и ка-

честве жизни. Основная причина **хронического бронхита**, а именно такой диагноз ставится таким пациентам, — табачный дым и другие факторы, загрязняющие воздух. Пассивное курение не менее вредно. Люди, постоянно вынужденные находиться в помещениях с высокой концентрацией табачного дыма, всегда страдают хроническим бронхитом. Кстати, наиболее опасной профессией в плане развития хронического бронхита и рака легких является профессия бармена.

На «подготовленной» табачным дымом слизистой оболочке бронхов легче размножаются микробы, а изгнать их оттуда непросто.

*Одна из моих пациенток, наблюдающаяся по поводу гипертонической болезни, 2–3 раза в год переносила острый бронхит. Он всегда протекал очень тяжело — с длительным подъемом температуры и мучительным кашлем, не дающим заснуть. Заболевание у нее всегда носило затяжной характер, так что всего несколько месяцев в году, обычно летом, больная чувствовала себя относительно неплохо, если не считать утреннего кашля. Каждый раз, заболев бронхитом, пациентка сетовала, что у нее слабые легкие, а врачи не могут ничего сделать.*

*Рекомендацию отказаться от курения она никогда не воспринимала всерьез. «Вы ко мне несправедливы, — говорила она. — Почему, как только врачи узнают, что я курю, они советуют бросить вместо того, чтобы дать лекарство, чтобы бронхит не повторялся?» Я уже отчаялся чем-либо ей помочь, но однажды больная все же бросила курить, причем сделала это за один день. Муж ее*

*близкой подруги умер от рака легких, что произвело на нее сильнейшее впечатление.*

*Вскоре после отказа от курения она опять заболела бронхитом, но заболевание протекало не так тяжело, как обычно. Это было около года назад. С момента последнего обострения высоких подъемов температуры больше не было. Больная по-прежнему кашляет по утрам, и бывают короткие эпизоды усиления кашля, но они не требуют назначения антибиотиков. Наблюдение продолжается.*

Химические факторы, воздействующие на органы дыхания, — это пыль (хлопковая, мучная, угольная, цементная), токсичные пары и газы (аммиак, хлор, сернистый ангидрид, газы, образующиеся при сварке). Неблагоприятно действуют высокая температура в горячих цехах, сквозняки, низкая температура.

*Я уже много лет наблюдаю пациентку, которая в молодости несколько лет работала в цехе на вредном производстве, где была повышенная концентрация оксида серы. С тех пор прошло много лет, но до сих пор 1–2 раза в год у нее повторяются эпизоды бронхита. Ни больная, ни члены ее семьи не курят.*

В общем, лечение хронического бронхита является непростой задачей. Сложнее всего врачам бывает назначить лечение, когда пациенты просят «дать что-нибудь от кашля». Однозначного решения этой проблемы нет. Есть препараты, тормозящие кашлевой рефлекс, — синекод, коделак, терпинкод. Они применяются для того, чтобы уменьшить кашель,

мешающий заснуть. С другой стороны, кашель служит очищению бронхов, а застой мокроты в них опасен хронизацией инфекции.

Для улучшения отхождения мокроты применяют препараты, растворяющие мокроту, — АЦЦ, лазолван, амброгексал. Они стимулируют образование и выведение мокроты, в результате кашель возникает чаще, но он полезен для организма и приближает выздоровление.

Определенно можно сказать только одно — прекращение воздействия загрязненного воздуха на бронхи наверняка улучшит самочувствие и сделает обострения более редкими.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Главный симптом бронхита — кашель, который сочетается с повышением температуры, слабостью, потливостью.
- ☑ Бронхит, вызванный вирусной инфекцией, протекает относительно легко, мокрота при этом заболевании светлая, для лечения достаточно жаропонижающих, витаминов, отхаркивающих средств.
- ☑ Бронхит, вызванный бактериальной инфекцией, имеет более тяжелое течение. Для него характерны появление гнойной мокроты, выраженная потливость, может беспокоить одышка. Лечится с помощью антибиотиков.
- ☑ Главный фактор возникновения хронического бронхита — загрязненный воздух (курение или производственные факторы).



## Глава 20

### Пневмония

Пневмония — это острое инфекционное заболевание, проявляющееся очаговым поражением легких. Главными симптомами пневмонии являются повышение температуры, кашель с гнойной мокротой, одышка и явления общей интоксикации: слабость, тошнота, потеря аппетита, общее недомогание. Несмотря на серьезные успехи, достигнутые медициной в последние 60 лет (эра антибиотиков), пневмония продолжает оставаться грозным заболеванием, являющимся причиной длительной потери трудоспособности.

Смертность составляет до 5 % случаев, причем чаще умирают пожилые пациенты. В отличие от гриппа и ОРВИ, пневмония не является заразным заболеванием. Возникновение пневмонии в большинстве случаев связано с переохлаждением.

Играет роль и общее ослабление организма — стресс, недоедание, большие нагрузки на работе, отсутствие сна, злоупотребление алкоголем.

Очаговая пневмония может быть осложнением вирусной инфекции. Контакт с больным человеком не обязателен, так как возбудителями пневмонии могут быть микробы, постоянно живущие в организме человека. Ослабление защитных сил организма вызывает их бурный рост и приводит к развитию болезни.

Существует несколько классификаций пневмонии, из которых для пациентов важна только одна —

деление всех пневмоний на крупозную и очаговую (бронхопневмонию).

Крупозная пневмония возникает обычно внезапно. Появляется боль в правой или левой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком дыхании и кашле. Иногда больные стараются лежать на больном боку, чтобы ограничить подвижность грудной клетки и тем самым уменьшить боль. Кашель в первые сутки сухой, болезненный. Со вторых суток заболевания появляется мокрота, окрашенная в желтоватый или зеленоватый цвет. В тяжелых случаях мокрота бывает ржавого цвета. Это связано с проникновением в нее элементов крови. Лицо обычно бледное, особенно в области носогубного треугольника. Появляется одышка. Иногда больной может не жаловаться на нехватку воздуха, но при подсчете числа дыхательных движений их количество обычно превышает 20 в минуту. Температура достигает 39 и более градусов, больного может беспокоить сильный озноб, сменяющийся появлением обильного пота. Прием жаропонижающих дает временный и слабый эффект. Если при гриппе прием анальгина обычно приводит к существенному улучшению самочувствия, то при пневмонии, особенно крупозной, пациент не замечает практически никаких изменений к лучшему. Жажда выражена довольно сильно — потери жидкости при пневмонии всегда очень велики. Пациенты всегда просят пить и выпивают более 2 литров воды в сутки.

*Однажды в нашу больницу был доставлен 43-летний пациент, ранее ничем не болевший. Он работал артистом цирка и приехал в Санкт-Петербург*

*бург на гастроли. В течение последнего месяца он практически не отдыхал. Во время переезда в наш город из Белоруссии он спал на сквозняке из-за разбитого стекла в купе поезда. Уже утром он почувствовал сильное недомогание и слабость, а днем вызвал скорую помощь в связи с повышенной температурой, кашлем и одышкой. Одышка была настолько сильна, что пациент не мог лежать. До машины скорой помощи его несли на носилках.*

*При осмотре обращала на себя внимание бледность лица. Носогубный треугольник был синюшного цвета. Больной сидел, согнувшись вправо, непроизвольно ограждая правую половину грудной клетки от движений, так как они причиняли сильную боль. Даже этих симптомов было достаточно, чтобы диагностировать крупозную пневмонию. Диагноз был подтвержден рентгенологически. На рентгеновских снимках были четко видны изменения, характерные для крупозной правосторонней нижнедолевой пневмонии. На фоне лечения наступило быстрое улучшение. Через неделю больной был переведен из реанимации на терапевтическое отделение, а затем выписан домой.*

В отличие от крупозной, бронхопневмония обычно начинается более вяло. Температура постепенно повышается до 38–38,5 градуса. Иногда начало заболевания растягивается на несколько суток. Постепенно развивается слабость, исчезает аппетит, начинает беспокоить кашель с небольшим количеством мокроты. Крови в мокроте обычно не бывает. Боль в груди при вдохе обычно не беспокоит больных, а если она и есть, то выраженность ее незначительна, и она не заставляет больного принимать вы-

нужденное положение. Как и при бронхите, может наблюдаться симптом мокрой подушки — ночная потливость, в основном головы и шеи. Таким образом, если у крупозной пневмонии есть четкие и яркие симптомы, то очаговую пневмонию даже врач не всегда сразу отличит от обострения хронического бронхита или вирусной инфекции.

*Одна из пациенток, которую я наблюдаю по поводу стенокардии, обратилась ко мне в период эпидемии гриппа с жалобами на кашель и повышение температуры. Она рассказала мне, что в ее семье все переболели этой инфекцией, причем повышение температуры продолжалось 3–4 дня. В отличие от других членов семьи, к исходу третьего дня самочувствие у больной не улучшилось. Наоборот, температура повысилась до 38,5 градуса, кашель стал влажным с желтоватой мокротой, усилилась потливость. При осмотре кожные покровы были красными с оттенком синюшности, липкими от пота. В средних отделах правого легкого выслушивались хрипы, типичные для очаговой пневмонии. При выстукивании там же определялся очаг притупления звука. Диагностирована очаговая пневмония. Был назначен антибиотик, отхаркивающий препарат, обильное питье, витамины. В конце первых суток температура снизилась до 37,3, кашель уменьшился, самочувствие улучшилось. К третьему дню температура нормализовалась, но кашель продолжался еще около 2 недель.*

Диагностика пневмонии в настоящее время не представляет больших затруднений. Помимо характерных жалоб, внешнего вида больного и дан-

ных, получаемых при выслушивании и простукивании легочных полей, большое значение имеет рентгенография легких. Изменения рентгенограммы обычно появляются к концу первых — началу вторых суток заболевания и в 95% случаев позволяют диагностировать пневмонию. В клиническом анализе крови выявляется лейкоцитоз с так называемым сдвигом формулы влево. Эти изменения характерны для любого активного бактериального процесса в организме и не характерны для вирусной инфекции.

При подозрении на пневмонию обычно проводят бактериоскопию мокроты, что позволяет отличить пневмонию от туберкулеза, а также посев мокроты на чувствительность к антибиотикам. Этот метод, как считалось ранее, помогает подобрать нужный антибиотик. В настоящее время отношение к этому исследованию довольно сдержанное.

Во-первых, лечение пневмонии антибиотиками надо начинать с первого же дня, следовательно, воспользоваться результатами посева мы не успеваем. Во-вторых, при неоднократных посевах могут быть получены прямо противоположные результаты. Тем не менее, это исследование может иметь вспомогательное значение.

*Недавно в нашу больницу был доставлен 18-летний пациент с тяжелой пневмонией. Был назначен антибиотик цефтриаксон, на фоне лечения наступило быстрое улучшение состояния. Через три дня пришли результаты посева мокроты, из которых следовало, что микроорганизм, вызвавший заболевание, нечувствителен к этому препа-*

*рату. Несмотря на результаты исследования, лечение не было изменено. Пациент выздоровел.*

Лечение пневмонии представляет собой достаточно сложную задачу. Самолечение недопустимо. Только врач на основании своего опыта может оценить тяжесть состояния и решить вопрос, можно ли лечить больного в домашних условиях или необходима госпитализация. От больного требуется следование рекомендациям врача и тщательное самонаблюдение, которое позволяет врачу ориентироваться в том, насколько эффективно действие лекарств и не требуется ли коррекция лечения.

## Антибиотикотерапия

Главным методом лечения пневмонии является назначение антибиотиков. Замечено, что если больному назначен только правильно подобранный антибиотик и ничего больше, такой больной быстро поправляется. Напротив, если назначено большое количество вспомогательных средств без антибактериальной терапии, заболевание имеет тенденцию к затяжному течению.

*Когда я учился в институте, мне пришлось наблюдать в терапевтической клинике больного, поступившего туда с диагнозом пневмонии. Он страдал тяжелой формой аллергии, и все антибиотики, которые ему назначались, вызывали аллергическую реакцию, делавшую невозможным их дальнейшее применение. Было принято решение о лечении больного без антибиотиков. Применялись банки, горчичники, отхаркивающие препа-*

*раты, проводилось капельное вливание жидкостей, бронхорасширяющих средств, больному давали витаминные отвары из плодов шиповника, морсы. В рацион был включен крепкий бульон. Несмотря на все эти меры, состояние улучшалось крайне медленно. Положительная рентгенологическая динамика появилась лишь к концу третьей недели заболевания (обычно улучшение видно на 10–14-й день). Тем не менее, больной поправился и был выписан в санаторий почти через два месяца пребывания в стационаре.*

Безусловно, антибиотики обладают побочными эффектами. Но тем, что пневмония сейчас не считается смертельным заболеванием, мы обязаны именно этим препаратам.

*В одной из глав автобиографической книги Валентина Катаева «Волшебный рог Оберона» автор описывает лечение пневмонии в то время, когда антибиотиков и современных методов диагностики еще не существовало. Мама автора пошла гулять на улицу с маленьким ребенком. Был март с его переменной и неустойчивой погодой, и она простудилась. Вечером того же дня больная лежала в тяжелой лихорадке, задыхалась и бредила. Домашние средства, естественно, не помогали. Были вызваны лучшие врачи, которые у постели больной провели консилиум. Но в то время они не располагали радикальными средствами для лечения! Предположив наличие абсцесса, они выполнили более 10 проколов легкого, надеясь вывести гной. Ни о каком рентгеновском обследовании даже не шла речь, все манипуляции проводились лишь под контролем глаз. После такого «лечения» больная скончалась. В то время (менее 100 лет назад!)*

*это было закономерным исходом тяжелой пневмонии.*

Антибиотики назначаются как можно раньше. Как правило, при легком течении заболевания назначается один антибиотик — амоксициллин, амоксиклав. В более тяжелых случаях назначают рулид, сумамед, цифран, таваник.

При тяжелых пневмониях речь идет о применении двух или даже трех антибиотиков одновременно, причем отдают предпочтение современным препаратам с возможностью инъекционного введения (метрогил, цефтриаксон и более сильные — тиенам, рокситромицин).

При назначении препаратов руководствуются принципом минимальной достаточности. Поясним: любую — тяжелую и нетяжелую пневмонию можно вылечить сильным современным антибиотиком, например, тиенамом. Если речь идет о спасении жизни, его назначение оправдано. Если ситуация не столь критична, можно обойтись менее сильным препаратом, оставив тиенам для более сложных случаев.

Дело в том, что применение любого препарата из группы антибиотиков может вызвать устойчивость микроорганизмов к этому лекарственному средству. Микробы «научатся» его разрушать, и в следующий раз лекарство просто не подействует.

*Один из моих знакомых 3 года работал врачом в Африке в республике Чад. Он с восторгом отзывался о возможностях обычного пенициллина, излечивающего практически любые инфекции у жителей этой страны, не избалованных медикамен-*



*тами. В России устойчивость к пенициллину превышает 95 %.*

При назначении современных мощных антибиотиков назначаются противогрибковые средства. Дело в том, что большинство антибиотиков не влияют на грибковую флору, которая всегда присутствует в организме. Уничтожение микробов как конкурентов грибов ведет к бурному их росту, что может вызвать серьезные осложнения. О необходимости борьбы с грибами можно судить по состоянию слизистых оболочек.

Ежедневно осматривайте полость рта. Появление белых пятен на языке и слизистой оболочке щек свидетельствует о неконтролируемом размножении грибковой флоры и является показанием к добавлению противогрибковых препаратов (нистатин, дифлюкан, микосист). Обязательно сообщите об этом врачу! Не всегда антибиотик «попадает в точку».

Обычно в учебниках пишут, что эффективность препарата надо оценивать через 2–3 суток. Мой опыт показывает, что если препарат подошел для лечения болезни, улучшение наступает буквально в первые сутки, а иногда и в первые часы после начала его приема. Если этого не произошло, торопиться с его отменой не надо, но все же эффективность его подвергается сомнению. Если к концу 2 суток он все еще не вызвал ощутимого снижения температуры и общего улучшения самочувствия, то препарат надо менять. Обязательно сообщите лечащему врачу об эффекте препарата к концу первых суток заболевания!

Второй, не менее важной «контрольной точкой» являются 3–4-е сутки лечения. При правильно подобранном препарате к этому сроку температура должна стать нормальной или субфебрильной (до 37,2 градуса). Если этого не произошло, обязательно сообщите врачу! Возможно, антибиотик недостаточно сильно воздействует на процесс, и его надо менять, либо добавлять еще один препарат.

Продолжительность лечения пневмонии обычно составляет 7–10 дней. Основным критерием прекращения приема антибиотика является устойчивое снижение температуры до нормальной в течение 3–4 суток. Нередко на следующий день после отмены антибиотика температура повышается на 1–2 дня до 37,1–37,2 градуса. Это не является поводом для повторного назначения антибиотиков, и проходит обычно самостоятельно. Если же температура долго не нормализуется, а состояние продолжает ухудшаться, необходима повторная консультация врача. Возможно, курс лечения надо продолжить. Грубой ошибкой, которая, к сожалению, довольно часто совершается больными, является отмена антибиотиков раньше срока. Как правило, пациенты думают, что, поскольку температура снизилась, лекарство подействовало и курс надо скорее завершать, чтобы «не травить организм химией». Иногда такая самовольная отмена остается безнаказанной, но чаще «недобитая» инфекция вновь проявляет себя, и приходится принимать новый курс антибиотиков. Торопиться с отменой препарата никогда не надо. Если есть малейшие сомнения, лучше принимать антибиотик на 1–2 дня дольше, чем наоборот. Последствия преждевременной отмены могут быть

непредсказуемы, ведь антибиотик, который хорошо помог в первый раз, может быть неэффективным в дальнейшем.

Не следует думать, что антибиотики в таблетках менее эффективны, чем ампулированные. Многие современные лекарства (например, сумамед, цифран) помогают лучше и быстрее, чем «старые» гентамицин, пенициллин, существующие в виде жидкости или растворимого порошка для уколов. Инъекции предпочтительны лишь в случаях невозможности или неудобства приема через рот, например, при отсутствии сознания, частой рвоте и некоторых других состояниях. Кроме того, некоторые антибиотики существуют только в инъекционных формах. Нетяжелые пневмонии вполне допустимо лечить таблетками. При лечении на дому прием таблеток предпочтителен еще и тем обстоятельством, что позволяет принимать таблетки строго в назначенное время, не завися от прихода медсестры. Своевременный прием антибиотиков очень важен. Об этом нередко забывают, хотя интервалы между приемами таблеток должны соблюдаться неукоснительно. Если препарат назначен 2 раза в день, его принимают через каждые 12 часов, если кратность приема составляет 4 раза в сутки (например, так назначают амоксициллин), таблетки принимаются каждые 6 часов. Начинать прием препаратов надо с таким учетом, чтобы ночная доза не пришлась на время сна. Оптимальное время для 4-кратного приема антибиотиков — 6, 12, 18 и 24 часа. Это позволяет не нарушать режим сна.

Неправильный прием антибиотиков, например, слишком большой ночной перерыв и короткие ин-

тервалы днем, приводит к понижению эффективности препарата и вызывать устойчивость возбудителей заболевания к нему. Бороться с этим явлением будет довольно сложно. И еще один совет. Безусловно, никакие просроченные лекарства не надо принимать. Действие их может быть непредсказуемо. Помогут они или навредят, неизвестно. Но прием просроченных антибиотиков всегда опасен для жизни! Они могут вызвать тяжелейшие поражения печени — токсические гепатиты, которые всегда сложно лечить, а у больного, страдающего еще и пневмонией, тем более. Поэтому всегда смотрите на дату изготовления и срок годности антибиотиков и соблюдайте условия их хранения.

При малейшем сомнении в пригодности препаратов выкидывайте их и покупайте новые.

## **Вспомогательное лечение**

Назначение отхаркивающих, бронхорасширяющих, жаропонижающих и витаминных препаратов при пневмонии носит вспомогательный характер. При правильно назначенной антибактериальной терапии пневмония пройдет и без них. Однако назначение этих препаратов позволяет легче перенести самый тяжелый период заболевания и ускорить выздоровление. Отхаркивающие препараты облегчают отхождение мокроты. Некоторые из них способны стимулировать местный иммунитет бронхов (этим свойством обладает бромгексин). Кроме таблетированных препаратов, могут использоваться различные травяные сборы. Опыт применения отхаркивающих средств показывает, что реакция

пациентов на них индивидуальна. На одного пациента, например, АЦЦ оказывает очень хороший эффект, другому больному этот препарат не подходит, а облегчение он получает от отвара багульника.

Таким образом, отхаркивающий препарат подбирается с учетом реакции пациента. К счастью, мы не очень ограничены во времени — пока мы подбираем оптимальное отхаркивающее средство, антибиотик уже работает, и пациент выздоравливает.

Противокашлевые средства — синекод, коделак при пневмонии противопоказаны. Они тормозят откашливание мокроты, вызывая ее застой в бронхах. Ограниченное применение этих препаратов допустимо лишь в случае сухого изматывающего кашля, мешающего заснуть.

Препараты группы эуфиллина (эуфиллин, теопэк) особенно полезны в случае явлений бронхоспазма, когда в груди все «свистит и жужжит». Они облегчают дыхание и способствуют отхождению мокроты. При сильных болях в грудной клетке и очень высокой температуре допустим прием анальгетиков и жаропонижающих средств. Они могут быстро снизить температуру и снять боль. Все же их применения следует избегать по двум причинам. Во-первых, прием анальгетиков снижает температуру, препятствуя тем самым действию защитных сил организма на очаг инфекции. Во-вторых, они затрудняют контроль за действием антибиотика. Мы не знаем, из-за чего снизилась температура — подействовал ли антибиотик или жаропонижающее средство. Но все же при сильных болях или очень высокой температуре назначение анальгетиков допустимо.

Витамины при пневмонии необходимы для поддержания защитных сил, а также в связи с тем, что при приеме антибиотиков витамины, содержащиеся в пище, могут разрушаться. Обычно назначают витрум, центрум или другие комплексные препараты. Дополнительно вводится или принимается в таблетках витамин С до 1 г в сутки.

Несколько слов о режиме и диете.

Аппетита при пневмонии обычно нет. Это связано с интоксикацией — отравлением организма продуктами жизнедеятельности бактерий. Все же есть, хотя бы немного, необходимо. Надо отдавать предпочтение легкоусвояемой пище — кашам (кроме манной), пюре из фруктов, сокам, морсам. Ограничений по диете не существует, кроме продуктов, упомянутых в инструкции к антибиотикам. Например, при приеме доксициклина противопоказано молоко. Внимательно читайте инструкции!

При пневмонии надо пить много жидкости. Это может быть минеральная вода, соки, морсы. Организму требуется не менее 2 литров жидкости в сутки, так как пневмония ведет к большим потерям влаги. Если у пациента сильная жажда и уменьшается выделение мочи, суточное потребление жидкости надо увеличивать.

Соблюдение постельного режима очень важно. Возможно, постельный режим является главным фактором, способствующим выздоровлению. Когда антибиотиков еще не существовало, смертность при пневмонии была очень высока, но многие больные и выздоравливали.

Учитывая отсутствие действенного лечения, можно предположить, что именно постельный режим

спасал больных. Напротив, несоблюдение режима неотвратимо приводило к смерти.

*В книге «Записки врача» В. В. Вересаев приводит характерный случай из практики:*

*«В деревне ко мне однажды обратился за помощью мужик с одышкой. Все левое легкое у него оказалось сплошь пораженным крупозным воспалением. Я изумился, как он смог добрести до меня, и сказал ему, чтобы он немедленно по приходе домой лег и не вставал».*

*Жизненные обстоятельства не позволили больному лежать — было время уборки урожая. Завершилась история печально. «С моею микстурой в кармане и с косою на плече он пошел на свою полосу и косил рожь до вечера, а вечером лег на межу и умер от отека легких».*

Завершая разговор о пневмонии, хочу подчеркнуть, что завершение лихорадочного периода и улучшение самочувствия не являются признаками полного выздоровления. Для окончательного восстановления легочной ткани может потребоваться от трех недель до шести месяцев. Поэтому не отказывайтесь от продления больничного листа как минимум до полутора-двух месяцев или от поездки в санаторий. Эти мероприятия позволят предотвратить затяжное течение заболевания.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☒ Пневмония — это инфекционное незаразное заболевание, главными симптомами которого являются повышение температуры, кашель с гнойной (желтой или зеленой) мокротой, одышка и боль в груди при дыхании.

- ✓ При крупозной пневмонии чаще бывает внезапное начало, и все симптомы выражены ярко. Очаговая пневмония начинается постепенно, иногда как осложнение гриппа или ОРВИ, и все симптомы выражены слабее.
- ✓ Диагноз ставится на основании характерных жалоб и данных, полученных при выслушивании и простукивании легочных полей. Наиболее точным методом диагностики является рентгенография легких (чувствительность метода до 95 %). Важную информацию дает анализ крови.
- ✓ Главным методом лечения пневмонии является назначение антибиотиков. Правила их приема надо соблюдать неукоснительно!
- ✓ В течение всего лихорадочного периода и 2–3 дня после этого надо соблюдать постельный режим.
- ✓ Помимо антибиотиков, при пневмонии назначаются отхаркивающие, бронхорасширяющие средства, витамины, обезболивающие, а также обильное питье.
- ✓ Лечение на дому допустимо только в случае нетяжелого течения заболевания. Вопрос о необходимости госпитализации решает только врач.

### **Правила приема антибиотиков**

1. Назначение антибиотиков должно осуществляться как можно раньше. Решение об их назначении принимает только врач.
2. Эффект от приема антибиотика (снижение температуры и улучшение самочувствия) должен проявиться в первые сутки лечения. В противном случае рассматривается вопрос о его замене.
3. В течение 3–4 суток температура должна нормализоваться. В противном случае рассматривается вопрос о замене препарата или добавляется еще один антибиотик.
4. Нельзя прекращать прием антибиотиков раньше срока, назначенного врачом. Обычно они принимаются весь



лихорадочный период и 3–4 дня после нормализации температуры. Преждевременное прекращение приема может привести к рецидиву заболевания.

5. Недопустим прием просроченных антибиотиков. Это опасно для жизни!
6. Сильные современные антибиотики не назначаются при легком течении заболевания. Это может привести к снижению их активности в дальнейшем.
7. Применение инъекционных форм антибиотиков показано в случае бессознательного состояния больного, при тошноте и рвоте, а также при отсутствии таблетированных форм нужного антибиотика. В других случаях инъекции антибиотиков обычно не имеют преимуществ перед таблетками.
8. Прием некоторых антибиотиков должен сочетаться с назначением противогрибковых средств. Критерием развития грибковых осложнений является появление белых пятен на слизистой оболочке рта. Критерием успешного противогрибкового лечения является исчезновение молочницы.
9. Необходимо строгое соблюдение интервалов между приемами препарата. Если препарат назначен 2 раза в сутки, его принимают через каждые 12 часов; 3 раза в сутки — через каждые 8 часов; 4 раза в сутки — каждые 6 часов.

## Глава 21

### Приступ бронхиальной астмы

Бронхиальная астма — заболевание дыхательных путей, главным проявлением которого является приступ удушья, вызванный бронхоспазмом. Причиной приступа являются:

- ♦ контакт с аллергеном — пыль, шерсть животных;
- ♦ обострение инфекционных респираторных заболеваний — ОРВИ, грипп;
- ♦ прием препаратов, вызывающих спазм бронхов — анаприлин и другие бета-блокаторы;
- ♦ неспецифические раздражающие факторы — табачный дым, выхлопные газы, физическая и эмоциональная нагрузка.

Объем данной книги не позволяет более подробно изложить причины возникновения, проявления и методы лечения бронхиальной астмы. К тому же практика показывает, что эта болезнь хорошо диагностируется врачами поликлиник. Они и доносят до больных большую часть необходимой информации. Ограничимся лишь описанием типичного приступа удушья при этом заболевании. Предвестниками приступа могут быть насморк, чувство стеснения в груди, зуд, сухой мучительный кашель. Затем наступает затруднение дыхания, причем наибольшие трудности больные испытывают при выдохе, а вдох относительно свободен. Дыхание обычно шумное,

свистящее, иногда сопровождается кашлем с отхождением вязкой мокроты. Больные во время приступа стараются сидеть. Кожные покровы в тяжелых случаях становятся синюшными, влажными. Пульс всегда учащается.

Есть типичные ошибки, которые совершаются многими пациентами, страдающими этим заболеванием. О них и пойдет речь. Прежде всего необходимо остановиться на опасности передозировки симпатомиметиков — препаратов, использующихся для расширения бронхов. Да, оказывается, лечение приступа удушья может принести вред. До изобретения этих препаратов приступ бронхиальной астмы считался тяжелым, но несмертельным состоянием. С появлением симпатомиметиков приступы нередко стали заканчиваться летальным исходом. Врачи и фармацевты в этом не виноваты. Опасность таится в нарушении инструкции по применению этих препаратов, что, увы, является весьма распространенным явлением.

Симпатомиметики — это препараты, выпускающиеся, как правило, в виде ингаляторов для вдыхания во время приступа.

Механизм их действия довольно прост: они стимулируют рецепторы (воспринимающие структуры), расположенные в бронхах, расслабляя тем самым мышцы. Это ведет к расширению бронхов и, следовательно, к снятию приступа удушья. К симпатомиметикам относятся беротек, сальбутамол, дитек и некоторые другие препараты. Применение этих препаратов согласно инструкции (4–6 раз в сутки) снимает бронхоспазм, уменьшая одышку. Неприятности начинаются только при передозировке.

При тяжелом приступе, когда действия симпатомиметиков надолго не хватает, после короткого периода улучшения одышка вновь усиливается. Возникает желание вновь использовать ингалятор, что больные обычно и делают. Но возможности рецептов не безграничны. Наступает момент, когда их резервы истощаются. При этом каждая последующая доза препарата вызывает очень кратковременное улучшение, за которым следует нарастание одышки. Возникает порочный круг, и количество использованных доз ингалятора доходит до десятков и даже сотен. В результате приступ затягивается и переходит в астматический статус, а это состояние уже несет угрозу жизни.

*34-летняя пациентка была доставлена в отделение реанимации бригадой «скорой помощи» в состоянии клинической смерти, которая наступила во время транспортировки. При осмотре отмечалась резко выраженная синюшность лица. Артериальное давление и пульс не регистрировались. В результате реанимационных мероприятий удалось спасти ее жизнь, но искусственную вентиляцию легких пришлось проводить еще несколько часов. Одновременно вводилось большое количество гормональных препаратов. Придя в сознание, пациентка рассказала, что в связи с приступом бронхиальной астмы за день использовала около 100 доз беротека.*

Как же избежать побочных эффектов от ингаляторов? Нет ничего проще — соблюдать инструкцию. Четкое следование инструкции может спасти вам жизнь! Если в инструкции написано, что препаратом можно пользоваться 4–6 раз в сутки, это означа-

ет, что интервал между дозами не может составлять меньше 4 часов. Например, вы использовали ингалятор в 15 часов 25 минут. Следующая доза может быть использована не ранее, чем в 19 часов 25 минут. Соблюдение такого интервала надежно защищает от передозировки. Ну, а если приступ не проходит, всегда можно вызвать неотложную помощь. Бронхиальная астма является достаточным основанием для вызова бригады. Врачам гораздо легче оказать помощь больному с неосложненным приступом, чем прилагать усилия по выведению его из астматического статуса, вызванного передозировкой симпатомиметиков.

Не стоит бояться небольших доз гормональных препаратов, которые иногда вводятся для снятия приступа. Многолетний опыт наблюдения показывает, что у больных, которым раз или два в месяц вводят 30–60 мг преднизолона, побочные эффекты не развиваются. Помните, что передозировка симпатомиметиков лечится только введением очень больших доз гормонов. Выбирать не приходится — речь идет о спасении жизни.

Второй проблемой, с которой приходится сталкиваться больным бронхиальной астмой, является прием бета-блокаторов. Чаще всего эти препараты используются для лечения гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Их международное название всегда заканчивается на -ол. К бета-блокаторам относятся пропранолол (анаприлин, обзидан), метопролол (беталок ЗОК, эгилек), бетаксолол (бетак, локрен) и другие препараты. Помните, что при бронхиальной астме они категорически противопоказаны. К сожалению, врачам регулярно

приходится оказывать помощь пациентам с бронхиальной астмой, которые по какому-то недоразумению приняли бета-блокатор.

*В реанимационное отделение бригадой «скорой помощи» был доставлен 28-летний пациент. В первые два часа после поступления он не мог говорить из-за сильной одышки. Когда его самочувствие немного улучшилось, он рассказал, что у него впервые в жизни повысилось давление до 160/90 мм рт. ст. Он пошел в аптеку и попросил «что-нибудь от давления». Провизор аптеки продала ему эгилек. Вскоре после его приема у больного развилась одышка, которой он не испытывал уже несколько лет.*

Сотрудники аптек не несут ответственности за свои «назначения». Перед тем как принять что-нибудь «от головы» или «от живота», надо обратиться к врачу, который и назначает лечение. Если на это нет времени, хотя бы прочитайте, что написано на упаковке препарата мелкими буквами под его торговым названием. И если международное название заканчивается на -ол, не принимайте этот препарат. Это может стоить вам жизни.

В заключение отметим, что бронхиальная астма является заболеванием, которое при правильном к нему отношении и коррекции образа жизни позволяет прожить долгую и полноценную жизнь. Кстати, вам, наверное, будет интересно узнать, что больные бронхиальной астмой не болеют раком легких. Два этих заболевания никогда не «уживаются» у одного человека.

## Глава 22

### Аппендицит

Аппендицит — довольно часто встречающееся заболевание. По статистике в год им болеет один человек из семидесяти. Он может возникнуть в любом возрасте, от младенческого до преклонного. Причины аппендицита не всегда можно выяснить, довольно часто он возникает на фоне полного здоровья.

Аппендикс — это слепо заканчивающийся отрезок кишечника, располагающийся в правой подвздошной области. Его проекция на брюшную стенку находится правее и чуть ниже пупка. Ранее этот орган считался рудиментарным, и его функция была неизвестной.

В настоящее время установлено, что аппендикс играет важную роль в формировании иммунного ответа организма, защищая пищеварительный тракт от микробов. Однако, как правило, люди, перенесшие аппендэктомию — удаление аппендикса, живут полноценной жизнью и страдают кишечными заболеваниями не чаще, чем остальные.

Итак, по какой-то причине возникает воспаление аппендикса — аппендицит. В типичном случае боль возникает вверху живота, а затем в течение нескольких часов спускается в правую подвздошную область. Появляется тошнота, может быть однократная рвота, повышение температуры тела до 37,0–37,3 градуса. Более высокая температура, многократная рвота и жидкий стул для начального периода аппендицита не характерны.

Как правило, боль не очень сильная и в покое затихает почти полностью, резко усиливаясь при перемене положения тела или при ходьбе. Этот симптом очень важен!

*Несколько раз в жизни мне приходилось диагностировать аппендицит по телефону. Каждый раз определяющим симптомом был именно этот: уменьшение боли в покое и значительное ее усиление при ходьбе.*

*Однажды вечером мне позвонил сосед по даче. Он рассказал, что уже около 5 часов его беспокоят незначительные боли немного выше пупка (место, кстати, для аппендицита не самое типичное). Тошноты и рвоты не было. Температура 37,0. Если бы можно было просто полежать, все бы ничего, но при ходьбе на самое небольшое расстояние боль многократно усиливается.*

*Когда я услышал эти слова, предварительный диагноз был готов — острый аппендицит. Рекомендован немедленный вызов неотложной помощи. Больной был госпитализирован, и через три часа после нашего разговора проведена операция. Удален флегмонозно измененный аппендикс. Послеоперационный период прошел без осложнений, через 6 дней больной был выписан домой. Сейчас он здоров.*

Ранняя госпитализация и своевременное оперативное вмешательство играют огромную роль в лечении больных аппендицитом. Промедление может привести к прогрессированию воспаления и возникновению перитонита — грозного осложнения, которое в 30–40 % случаев заканчивается смертью больного.



Надо упомянуть и нетипичную форму аппендицита. К сожалению, бывает и такое — заболевание, начавшееся с симптомов холецистита, почечной колики, острой кишечной инфекции, оказывается в итоге аппендицитом. Даже опытные хирурги могут ошибиться в диагнозе. В этих случаях на помощь приходят дополнительные методы исследования, такие как лапароскопия — введение эндоскопа в брюшную полость. Эта процедура нередко помогает в диагностике сложных случаев.

*Однажды утром я был вызван к больной, которая жаловалась на боль в верхней части живота. «Доктор, у меня такая боль уже в третий раз случается, — рассказала она. Раньше проходила за несколько часов, а теперь вот всю ночь болело, и температура повысилась, 37,1. Сделайте мне укол анальгина, и я на работу пойду».*

*Осмотр больной никаких типичных симптомов аппендицита не выявил, как и симптомов какого-то другого заболевания. Диагноз был неясен. Поэтому, руководствуясь старой «скоропомощной» мудростью «если больной не укладывается в представление о каком-то заболевании, он укладывается на носилки и госпитализируется», я предложил ей поехать в больницу. Немного поупрямившись ( «Но ведь у меня это уже в третий раз, раньше всегда само проходило! Ни в какую больницу я не поеду. Мне надо на работу» ), больная все же согласилась на госпитализацию. Хирурги стационара тоже не смогли сразу поставить диагноз, в связи с чем пришлось прибегнуть к лапароскопии. Она выявила гангренозный аппендицит. Незамедлительно проведенная операция спасла жизнь больной.*

Что же делать, если заболевание началось, например, в далекой деревне или геологической экспедиции, когда быстрая госпитализация невозможна? Опыт, накопленный судовыми врачами (именно они чаще всего сталкиваются с такими ситуациями), показывает, что консервативное лечение может иногда замедлить прогрессирование заболевания. Полный покой, холод на живот и назначение антибиотиков иногда приводят к тому, что организм справляется с заболеванием сам, ограничивая очаг воспаления и избегая перитонита. Но лечение аппендицита без операции сопряжено с очень высоким риском и должно применяться лишь в самом крайнем случае.

*В 1961 году врач антарктической экспедиции Леонид Rogozov провел первую в мире операцию по удалению аппендикса у самого себя. Если кто-нибудь из читателей был в Санкт-Петербургском музее Арктики и Антарктики, он мог видеть инструменты, которыми проводилась эта операция. Больше всего поражает воображение зеркало от вездехода, которое держал один из членов экспедиции, чтобы врач мог видеть операционное поле. Размеры зеркала столь малы, что непонятно, как вообще можно в него что-нибудь увидеть. Да, условия проведения операции были экстремальными. Но отказ от ее проведения был бы еще опаснее.*

**Если вы подозреваете, что заболели аппендицитом, необходимо:**

- ♦ незамедлительно вызвать неотложную помощь;
- ♦ измерить температуру тела;

- ♦ не есть и не пить;
- ♦ не принимать обезболивающих;
- ♦ не промывать желудок, не вызывать у себя рвоту;
- ♦ не применять очистительную клизму, она резко увеличивает риск перитонита!

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Аппендицит — это острое заболевание, проявляющееся в типичном случае:
  - ♦ болью в правой подвздошной области (правее и ниже пупка), которая может возникнуть вверху живота и постепенно перемещаться вниз;
  - ♦ однократной рвотой;
  - ♦ повышением температуры тела до 37,0–37,3 градуса.
- ☑ Важной особенностью боли при аппендиците является ее уменьшение в покое и резкое усиление при ходьбе.
- ☑ Аппендицит не всегда протекает типично. Малейшее подозрение на это заболевание является поводом для госпитализации.

Если быстрая госпитализация невозможна, отсрочить появление осложнений от аппендицита можно с помощью применения холода на живот, полного покоя и назначения антибиотиков.

## Глава 23

### Язвенная болезнь

Язвенная болезнь — это широко распространенное генетически обусловленное заболевание, поражающее до 10 % населения. Оно присуще только человеку. Мужчины болеют чаще женщин примерно в 4 раза. Это связано с тем, что именно мужчины традиционно часто подвергают себя эмоциональным нагрузкам на работе. Авиадиспетчеры, хирурги, анестезиологи, водители транспорта — преимущественно мужские специальности. К тому же мужчины чаще курят и злоупотребляют спиртными напитками.

Накладываясь на неблагоприятный генетический фон, эти факторы провоцируют развитие болезни. Главными симптомами, позволяющими заподозрить это заболевание, являются боли в животе, отрыжка и изжога.

Боли обычно возникают непосредственно после еды и располагаются в верхней части живота. Иногда они появляются через 1,5 часа — так называемые «поздние» боли. Состояние улучшается, если согнуться или сильно нажать кулаком на живот. Помогает также грелка, но использовать ее не рекомендуется, так как согревание увеличивает риск такого грозного осложнения, как желудочное кровотечение. Некоторые больные снимают боль путем провоцирования у себя рвоты.

При язвенной болезни часто бывают голодные или ночные боли. После длительного перерыва в приеме пищи больные начинают ощущать мучительный голод и боль вверху живота. Нескольких глотков молока или любой другой пищи моментально приносят облегчение. Наличие этого симптома позволяет диагностировать язвенную болезнь практически безошибочно. Ни одно другое заболевание не проявляет себя голодными болями.

Многие пациенты думают, что болит именно язва — дефект слизистой оболочки. На самом деле это не так. Часто приходится видеть, как во время фиброгастроскопии берут кусочки ткани в области язвы на исследование. Прикосновение эндоскопа не вызывает никаких неприятных ощущений. Причиной боли является мышечный спазм. Он возникает из-за нарушения кислотно-щелочного баланса в желудке и двенадцатиперстной кишке.

В норме желудочное содержимое имеет кислую реакцию, а содержимое двенадцатиперстной кишки — щелочную. После того как пища продвигается из желудка, она переваривается и одновременно нейтрализуется в полости двенадцатиперстной кишки. Только после этого туда может попасть следующая порция пищи. Если кислотность повышена, а так обычно и бывает при язвенной болезни, в двенадцатиперстной кишке возникает избыточное закисление. Возникает спазм мышцы, предотвращающий дальнейшее продвижение пищи из желудка, что и вызывает боль.

Вторым симптомом, характерным для язвенной болезни, является изжога. Она может сопровождаться отрыжкой. Эти симптомы встречаются час-

то, но не являются столь специфичными, как «голодные» или ночные боли.

Следует упомянуть, что обострение язвенной болезни часто сопровождается запорами. Этот симптом имеет вспомогательное значение.

Заболевание имеет ярко выраженную цикличность: обостряется весной и осенью. Возможны и зимние обострения, но они встречаются реже. Летом, как правило, больные чувствуют себя хорошо. Обострения могут возникать на фоне полного здоровья и тщательного соблюдения диеты. Интересно, что в период благополучия даже грубые нарушения диеты обычно не вызывают отрицательных последствий.

Врачи говорят: «Язвенная болезнь хорошо лечится, но плохо вылечивается». Действительно, снять обострение не сложно.

Несколько простых рекомендаций по диете и режиму в сочетании с современными лекарствами быстро улучшают состояние пациента. Однако через полгода обострение обычно повторяется вновь.

Правда, в последние годы появились средства, позволяющие давать более оптимистичные прогнозы. Но не будем забегать вперед. Начнем с диеты.

Общепринято, что в первые 2 недели заболевания пациент должен соблюдать строгую диету. Общие ее принципы таковы:

**1. Частое дробное питание.** Необходимо принимать небольшие порции пищи 4–7 раз в день. Оптимальные интервалы между приемами пищи — 3 часа. Нельзя принимать одномоментно большие объемы пищи, особенно перед сном (так называе-

мые «гостевые перегрузки»). Правильный ритм питания нормализует моторику желудка и кишечника и быстро снимает болевой синдром.

**2. Повышение калорийности рациона.** Это необходимо для уменьшения кислотности желудочного сока (он разбавляется пищей) и снабжает организм необходимыми веществами для заживления язвы. Энергетическая ценность пищи должна составлять не менее 2000–2500 ккал в зависимости от интенсивности физической нагрузки. Необходимо увеличить потребление мясных и рыбных продуктов. Они увеличивают продолжительность желудочной фазы переваривания и предотвращают преждевременный выброс пищи в двенадцатиперстную кишку. Мясо и рыба способствуют выработке слизи, которая защищает слизистую от повреждающего действия соляной кислоты.

**3. Ограничение потребления продуктов, стимулирующих выработку желудочного сока.** На этом пункте необходимо остановиться подробнее. Нередко пациенты под диетическим питанием понимают употребление бульонов. В действительности бульон ведет к резкому увеличению выработки желудочного сока и соляной кислоты, что может существенно замедлить процесс выздоровления.

Итак, в период обострения язвенной болезни запрещены бульоны, свежие хлебобулочные изделия, кислые творог и сметана, жареные продукты, грибы, огурцы, помидоры, капуста во всех видах, кислые фрукты и ягоды, пряности, мороженое, шоколад, газированные напитки, алкоголь, крепкий чай, кофе, квас, виноградный сок.

Можно употреблять: вчерашний хлеб (лучше белый), картофельное пюре, вареный рис, овсяную кашу, вареное или обработанное на пару мясо или рыбу, яйца всмятку, слизистые супы, некислый творог, неострый сыр. Можно и даже желательно добавлять в пищу подсолнечное или оливковое масло, но жарить на них нельзя. Сладкими лучше не увлекаться, в небольших количествах допустимы мармелад и зефир. Постепенно по мере улучшения самочувствия диету можно осторожно расширять. К этому процессу нет единого подхода. Кто-то лучше переносит одни продукты, кто-то другие. Считается, что по прошествии 10–14 дней могут быть разрешены любые продукты, которые пациент хорошо переносит. В рационе должна преобладать отварная пища до 4–6 недель от начала обострения. По истечении этого срока при хорошем самочувствии можно вернуться к своему обычному рациону и ритму питания.

Несколько слов о курении. Давно замечено, что курящие пациенты чаще и тяжелее болеют язвенной болезнью. Обострения у курильщиков излечиваются сложнее. В некоторых странах лечение курящего пациента, страдающего язвенной болезнью, обходится ему дороже, чем лечение некурящего человека с таким же заболеванием. Никотин является сильным стимулятором выделения желудочного сока, а продукты горения, попадающие в желудок со слюной, замедляют заживление язвы. Вывод прост — курить надо бросать. К сожалению, это легче сказать, чем сделать.

*Один из моих пациентов, 56-летний мужчина, обратился ко мне с жалобами на голодные боли, от-*



*рыжку кислым, запор. За полгода до обращения он три раза побывал в больнице по поводу обострения язвенной болезни. Одно из них случилось даже летом, что бывает нечасто.*

*После подробного опроса и осмотра было диагностировано обострение язвенной болезни, четвертое за текущий год.*

*Пациент страдал также гипертонической болезнью, стенокардией и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, в связи с которым обе ноги были ампутированы на уровне таза. Пациент внимательно выслушал и принял к сведению все мои рекомендации по диете и медикаментозному лечению. Но совет бросить курить он воспринял иронично. «Вы посмотрите на меня, доктор, — усмехнулся он, — я в 27 лет стал инвалидом, перенес семь операций на ногах. Сначала ампутировали ступни, потом все выше и выше. Каждый раз мне говорили, что надо бросить курить, это позволит сохранить ноги. Но я не бросил. Неужели из-за какой-то язвы я откажусь от сигарет?»*

Для медикаментозного лечения язвенной болезни применяются следующие группы препаратов:

- 1. Антацидные средства.** К ним относят альмагель, фосфалюгель, маалокс. Основное их действие — нейтрализация кислого желудочного содержимого. Они употребляются за 20–40 минут до еды и на ночь в количестве 1–2 столовых ложек. Следует помнить, что антациды затрудняют всасывание некоторых лекарственных средств. Перед их применением посо-

ветуйтесь с врачом! К антацидам можно отнести и пищевую соду. При приеме нескольких глотков раствора соды наступает быстрое, но кратковременное улучшение состояния. Пузырьки, которые вырабатываются при соединении соды с соляной кислотой, раздражают желудок и вызывают усиление выделения сока. Поэтому регулярный прием соды нежелателен.

2. **Гастропротекторы.** Это вентер и препараты висмута — де-нол, трибимол. Вентер — препарат, связывающийся с белками дна язвы и образующий защитный слой в виде подушки над ее кратером. Он обычно назначается по 2 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды и на ночь. Препараты висмута тоже образуют защитный слой в виде пленки над язвой. Они назначаются в дозе 2 таблетки 2 раза в день за 30–40 минут до еды перед завтраком и ужином. Необходимо помнить, что эти препараты окрашивают стул в черный цвет.
3. **Антисекреторные средства.** В эту группу входят H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы — ранитидин (гистак, ранисан, зантак), фамотидин (ульфамид, квамател) и блокаторы протонной помпы — омепразол (гастрозол, ультоп, лосек, омез) и некоторые новые препараты, не получившие пока широкого распространения. Антисекреторные средства замедляют синтез соляной кислоты, чем способствуют заживлению язвы. Роль этих препаратов весьма существенна, они входят в состав практически всех схем

лечения язвенной болезни. Дозировка, ритм и продолжительность приема определяются лечащим врачом. Надо отметить, что при длительном применении их эффект заметно ослабевает.

4. **Антибактериальные средства.** В 1983 году австралийскими учеными открыт микроб *Helicobacter pylori*. В настоящее время он считается одной из причин возникновения язвенной болезни. Он с высокой частотой (до 80 %) обнаруживается в слизистой оболочке желудка больных, страдающих этим заболеванием. Доказано, что применение антибактериальных средств вызывает более успешное рубцевание язв и заметно снижает число рецидивов. Правда, ведущая роль *Helicobacter pylori* признается не всеми авторами. Против этого говорит регулярная смена рецидивов и периодов благополучия. Микроб присутствует в организме постоянно — почему же тогда обострение проходит? Довольно часто язва заживает и без антибактериальной терапии, что тоже не говорит в пользу инфекционной теории. Но все же очевидно, что какую-то роль в развитии заболевания микроб играет. При применении антибиотиков в комплексной терапии результаты бывают лучше. Поэтому в схему лечения обострения язвенной болезни нередко добавляют антибактериальные средства. Обычно это амоксициллин, кларитромицин, метронидазол. Антибактериальные средства назначает только врач.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Язвенная болезнь — заболевание, возникающее у генетически предрасположенных к нему людей. Ее причинами являются также эмоциональный стресс, курение, нарушение режима питания, злоупотребление алкоголем.
- ☑ Главный симптом язвенной болезни — голодные боли. Они возникают вверху живота после больших промежутков между приемами пищи или ночью и проходят после приема небольшого количества еды.
- ☑ Как правило, рецидивы язвенной болезни возникают весной и осенью.
- ☑ Содержимое желудка при язвенной болезни имеет избыточно кислую реакцию. На этом основаны принципы лечения и диеты. Диета состоит из продуктов, нейтрализующих кислоту и не допускающих избыточного выделения желудочного сока. Препараты разными способами снижают кислотность или образуют защитный слой над язвой.

## Глава 24

### Осложнения язвенной болезни

Неосложненная язвенная болезнь доставляет много неприятностей пациентам, но все же им удается приспособиться к этому заболеванию и жить с ним долгие годы, не теряя при этом трудоспособности. Осложнения возникают внезапно и резко ухудшают прогноз.

#### Кровотечение

Это осложнение возникает из-за разрушения стенки сосудов в области язвы. Постепенно увеличиваясь, язва может разъесть более или менее крупный сосуд, и в какой-то момент кровь начинает поступать в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки. Соединяясь с соляной кислотой, кровь становится темно-коричневой, похожей по цвету на кофейную гущу. Возникает рвота темно-коричневым желудочным содержимым. О кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки можно судить по появлению стула черной окраски. Такой цвет возникает из-за соединения железа с серой и образуется при прохождении крови через кишечник.

Рвота алой кровью для желудочного кровотечения нехарактерна — она обычно бывает при кровотечении из пищевода. Умеренно выраженное желудочное кровотечение не вызывает рвоты, тогда кровь из желудка проникает в двенадцатиперстную

кишку, вызывая так называемую мелену — жидкий стул интенсивно черного цвета с характерным зловонным запахом.

В типичном случае массивного кровотечения у больного появляется бледность, на коже выступает липкий холодный пот, учащается сердцебиение. Важным симптомом является полное исчезновение боли в животе в момент начала кровотечения. Это вызвано нейтрализацией кислого содержимого желудка излившейся в него кровью, имеющей щелочную реакцию.

Оказать помощь такому больному можно только в стационаре. Поэтому при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение следует немедленно вызывать «скорую помощь». Пока бригада не приехала, надо уложить больного, обеспечив ему полный покой. Лекарства, еду и питье давать не надо, можно лишь приложить пузырь со льдом к области желудка. Если пузыря со льдом нет, подойдет любой замороженный продукт из холодильника, например, кусок мяса или пачка пельменей.

После госпитализации (а она совершенно необходима) больному экстренно проводят фиброгастроскопию, которая является не только диагностическим, но и лечебным мероприятием, с ее помощью можно остановить кровотечение, введя лекарства через эндоскоп. Если все же кровотечение продолжается, приходится прибегнуть к оперативному вмешательству, что требуется не так уж часто — не более чем в 15 % случаев.

Незначительные язвенные кровотечения распознать не так просто. Если поражен сосуд небольшого калибра, общее состояние больного может ухуд-

шаться незаметно — не будет ни рвоты, ни внезапной бледности. Могут отсутствовать даже боли в животе — так называемая «немая» язва.

*Одна из моих пациенток, наблюдающаяся по поводу стенокардии и постинфарктного кардиосклероза, обратилась за помощью в связи со слабостью, возникшей постепенно в течение последних 10–12 дней. В течение этого же времени отмечался более темный, чем обычно, но не черный стул. Боли в животе не беспокоили. В течение последнего месяца больная заменила прием аспирина кардио (покрытого кишечнорастворимой оболочкой, предотвращающей повреждающее воздействие аспирина на слизистую желудка) на обычный аспирин. При осмотре выявлена слабовыраженная бледность кожных покровов. Живот безболезненный. На УЗИ патологии не выявлено. На выполненной в тот же день фиброгастродуоденоскопии обнаружена гигантская — более 2 см в диаметре язва желудка. Больная госпитализирована в тот же день. На фоне консервативной терапии наступило рубцевание язвы, подтвержденное контрольной ФГДС.*

## Перфорация

Перфорация, или прободение язвы, встречается реже, чем кровотечение, но протекает обычно тяжелее и всегда требует оперативного вмешательства — ушивания язвенного дефекта. Это осложнение чаще поражает молодых пациентов. После еды, особенно обильной, возникает интенсивная «кинжальная» боль в верхней части живота. Она вызвана поступ-

лением содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость. Боль настолько сильная, что между началом заболевания и вызовом «скорой помощи» проходит совсем немного времени, какие-то минуты. Тут не до размышлений — даже самые «самостоятельные» пациенты не пробуют лечиться самостоятельно. Методов самопомощи не существует. Пока не приехала «скорая помощь», надо обеспечить больному полный покой, не давать никаких лекарств, в том числе и обезболивающих, любой прием лекарств может вызвать только ухудшение состояния.

Мой личный опыт наблюдения таких больных невелик. Работая на «скорой помощи», я 4–5 раз выезжал к больным с перфоративной язвой. Разнообразия не было — это заболевание всегда протекает однотипно, с классическими симптомами. После переедания возникает внезапная сильная боль вверху живота, иногда бывает рвота. Больные всегда лежат с приведенными к животу ногами, живот напряжен. Ни у кого из больных не возникает сомнений по поводу необходимости госпитализации.

## Пенетрация

Под этим термином понимают проникновение язвы в окружающие органы — обычно в поджелудочную железу или печень. Диагноз бывает поставить не просто. Главное, что наводит на мысль о пенетрации, — утяжеление болевого синдрома, боли усиливаются и становятся постоянными. Пенетрация часто возникает у больных с длительно существующей язвой и обострениями, возникающими каждый сезон. Лечение, как правило, оперативное, но



в некоторых случаях возможно выздоровление на фоне консервативной терапии.

О том, как сложно выявить это заболевание, можно судить по следующему случаю:

*Больная 76 лет была госпитализирована в связи с болями в верхней части живота и правом подреберье, беспокоящими в течение последней недели практически непрерывно. Ранее она страдала язвенной болезнью, многократно проходила курсы лечения по поводу обострений. ФГДС, выполненная при поступлении, не выявила язвенного дефекта слизистой, обнаружен лишь эрозивный гастрит.*

*На УЗИ явной патологии также обнаружено не было. Проводилась даже лапароскопия — введение эндоскопа в брюшную полость для осмотра состояния внутренних органов. Это исследование также ничего подозрительного не выявило. В течение 4 дней проводилось лечение препаратами обезболивающего действия, а также препаратами, снижающими кислотность. Заметного улучшения не наблюдалось. На 5-й день состояние больной внезапно ухудшилось, появились симптомы перитонита, и, несмотря на интенсивную терапию, больная умерла. На вскрытии была обнаружена пенетрация язвы двенадцатиперстной кишки в поджелудочную железу.*

## **Рубцовый стеноз и малигнизация язвы**

Эти осложнения язвенной болезни обычно не служат поводом для экстренного обращения к врачу. Поэтому остановимся на них лишь вкратце.

Рубцовый стеноз возникает в результате частых и плохо леченных обострений язвенной болезни. На месте язвенного дефекта постепенно возникает сужение просвета кишечника, что затрудняет или даже делает невозможным прохождение пищи. Наступает истощение больного, а на последних этапах болезни и обезвоживание. В настоящее время это состояние встречается редко, лечится оперативно.

Малигнизация — это злокачественное перерождение, возникающее на месте язвы. Лечение тоже только оперативное, если процесс не слишком запущен.

## РЕЗЮМЕ

---

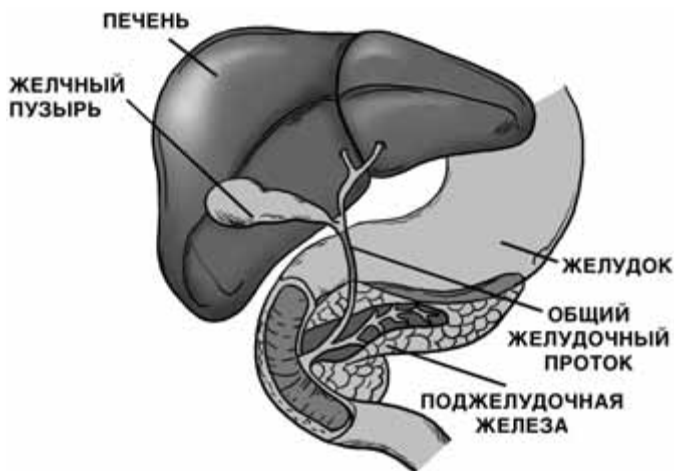
- ☑ Главными симптомами желудочного кровотечения являются рвота коричневым желудочным содержимым или мелена — жидкий черный стул. Массивное кровотечение проявляет себя также бледностью, тахикардией, появлением холодного пота. Меры доврачебной помощи — покой, холод на живот, срочный вызов «скорой помощи».
- ☑ Перфорация язвы проявляет себя возникновением резкой очень сильной «кинжальной» боли в верхней части живота после переиздания. Как правило, такие больные ранее болели язвенной болезнью.
- ☑ Заподозрить пенетрацию язвы можно, если боли, до этого проходящие после приема лекарственных препаратов или еды, что характерно для обострения язвенной болезни, становятся постоянными и более интенсивными. Диагноз ставится в условиях стационара после тщательного обследования.

## Глава 25

### Острый панкреатит

Острый панкреатит — это воспаление поджелудочной железы.

Прежде чем описывать симптомы панкреатита, я считаю необходимым дать читателям основные сведения об анатомии этого органа и нормальном его функционировании. Поджелудочная железа — это продолговатое образование, расположенное в брюшной полости позади желудка, а если человек лежит, то под желудком, из-за чего она и получила свое название. Она условно делится на головку, тело и хвост. Поджелудочная железа выполняет две функции.



Поджелудочная железа

Во-первых, она выделяет в просвет двенадцатиперстной кишки панкреатический сок, содержащий ферменты, расщепляющие белки, жиры и углеводы пищи.

Во-вторых, в этой железе вырабатываются гормоны, главными из которых являются инсулин и глюкагон, влияющие на концентрацию сахара в крови и другие обменные процессы. Проток, по которому выделяется панкреатический сок, проходит вдоль всей железы и примыкает к общему желчному протоку, вместе с которым открывается в двенадцатиперстную кишку.

Выделение панкреатического сока происходит только тогда, когда пища поступает в желудок и кишечник.

Наиболее сильный стимулятор выделения панкреатического сока — соляная кислота желудка. Вторым по силе стимулирующим фактором являются желчные кислоты, содержащиеся в желчи, следовательно, все желчегонные продукты вызывают и выделение сока поджелудочной железы. Выраженным сокогонным действием обладают бульоны, овощные отвары, соки, особенно кислые — лимонный, клюквенный, яблочный. Алкоголь тоже стимулирует выработку панкреатического сока.

Запомним эти факты. В дальнейшем они пригодятся для понимания действия диеты при остром панкреатите.

Причины острого панкреатита — нарушение оттока панкреатического сока из протоков. В медицине существует универсальное правило Иванова, которое звучит так же просто, как фамилия врача, его

сформулировавшего: застой содержимого в любом органе ведет к его воспалению.

Поджелудочная железа не является исключением. До 80 % панкреатитов возникает у людей, страдающих заболеваниями желчных путей, и чаще всего это желчекаменная болезнь. При попадании мелкого камня в проток, объединяющий выводящие пути поджелудочной железы и желчного пузыря, выделение панкреатического сока затрудняется или даже прекращается совсем, и возникает воспаление.

Еще хуже, если затруднение оттока совпадает со стимуляцией секреции, как бывает при злоупотреблении алкоголем и переедании. Кстати, алкоголь служит причиной панкреатита в 75 % от всех случаев. Не только камень может быть причиной закупорки протока. Иногда воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки ведет к отеку ткани вокруг выходного отверстия общего протока, что резко затрудняет отток.

Более редкие причины панкреатита — язвенная болезнь, травмы живота, поздние сроки беременности. К экзотическим в нашем регионе причинам относятся заражение глистами с попаданием паразита в общий проток.

Итак, отток панкреатического сока по каким-либо причинам нарушен. Что происходит дальше? Ферменты, не найдя выхода, начинают работать в самой поджелудочной железе, повреждая ее клетки и ткани. Это ведет к высвобождению ферментов из разрушающихся клеток.

Запускается цепная реакция: разрушение клеток — выход из них ферментов — разрушение новых

клеток. В результате поджелудочная железа начинает переваривать сама себя!

Главным симптомом острого панкреатита является **чрезвычайно сильная боль в верхней половине живота**, начинающаяся довольно остро. Переход от благополучия до максимального развития болезни может составлять буквально несколько минут. Боль может быть разлитая или сверлящая. Выраженность ее различна, но чаще всего она очень интенсивна. Обычно она носит опоясывающий характер, это очень типичный для панкреатита симптом. Температура тела остается нормальной или незначительно повышается. Второй важнейший симптом панкреатита — **многократная, не приносящая облегчения рвота**.

*В начале 90-х годов, когда получили широкое распространение суррогаты алкоголя и газированные слабоалкогольные коктейли, кривая заболеваемости острым панкреатитом резко пошла вверх. Пожалуй, нет более опасного для поджелудочной железы напитка, чем газированный алкоголь.*

*Однажды ранним утром я приехал на вызов к 29-летнему пациенту, который накануне вечером выпил с друзьями несколько банок джин-тоника. Уже ночью он почувствовал сильные боли, а к 7 часам утра они стали невыносимыми. Когда я приехал, больной пожаловался на сильнейшие боли во всех отделах живота, больше в верхней его части, распространявшиеся в спину. За ночь рвота повторялась более 10 раз, облегчения после нее не наступало. Больной был очень бледен, конечности холодные и влажные. Язык*

*сухой, с коричневатым налетом. Кожа живота приняла мраморный оттенок. Давление снизилось до 80/60. Состояние пациента было столь серьезным, что самостоятельно госпитализировать его я не решился. Я поставил капельницу и вызвал специализированную бригаду для перевозки больного в стационар. Вечером того же дня он скончался в реанимационном отделении больницы. На вскрытии подтвержден острый панкреатит с практически полным разрушением ткани поджелудочной железы и многочисленными кровоизлияниями во внутренние органы.*

Не всегда панкреатит протекает столь фатально и стремительно. Течение заболевания в значительной степени зависит от правильности действий больного и его родственников. Экстренный вызов бригады скорой или неотложной помощи позволит начать лечение раньше, а это существенно улучшает прогноз.

**Действия при подозрении на острый панкреатит должны быть следующими:**

- ♦ Немедленно вызвать скорую или неотложную помощь.
- ♦ Не есть и не пить.
- ♦ Принять 1–2 таблетки но-шпы или папаверина или, что лучше, ввести внутримышечно 1 ампулу одного из этих лекарств. Эти лекарства в 2 раза облегчают течение панкреатита, причем чем раньше они введены, тем сильнее эффект. Дополнительным плюсом является высокая безопасность этих лекарств. Если вы ошибетесь в диагнозе, вреда они не принесут, польза же может быть огромна.
- ♦ Положить на область желудка (верхняя треть живота) пузырь со льдом. При его отсутствии подойдет любой продукт из морозильной камеры — кусок мяса, рыбы или пачка

пельменей. Если применение холода ухудшает состояние, можно отказаться от этого мероприятия, но грелку нельзя прикладывать в любом случае.

- ♦ Не пытаться «промыть» желудок за счет обильного питья и искусственно вызываемой рвоты. Эта мера уместна только при пищевом отравлении, а при панкреатите может принести вред.

В стационаре — а необходимость госпитализации даже при подозрении на острый панкреатит не вызывает сомнения — помимо осмотра проводят дополнительные диагностические мероприятия. Выполняются анализы крови и мочи, ЭКГ (иногда острый панкреатит возникает одновременно с инфарктом миокарда), а также УЗИ брюшной полости.

В биохимическом анализе крови обычно повышена активность амилазы — фермента поджелудочной железы, который при ее воспалении проникает в кровь. Этот же фермент может проникать в мочу, причем концентрация его будет в разы превышать норму. Для острого панкреатита характерно увеличение и отек поджелудочной железы, что обычно хорошо видно на УЗИ и при выполнении компьютерной томографии.

Лечение острого панкреатита проводится только в стационаре под наблюдением врача. Все нюансы лечения определяются индивидуально, поэтому остановимся лишь на основных правилах.

Основа лечения — классическая триада: **холод на живот, голод и покой**. Эти мероприятия подавляют выделение панкреатического сока и создают тем самым условия для выздоровления. Такой режим продолжается не менее 3–4 дней. Одновременно проводится медикаментозное лечение, объем кото-



рого определяет лечащий врач. Подробное изложение методов лечения не входит в мою задачу. Гораздо важнее, на мой взгляд, разъяснить читателю, как себя вести после выписки.

Минимальная продолжительность соблюдения диеты после приступа — полгода. В течение этого времени нельзя употреблять алкоголь, газированные напитки, сдобные выпечные изделия, жирное мясо и рыбу, сметану, сливки, растительное масло. Ограничиваются соленья, копчености, маринады, консервы, бульоны. Крайне нежелательно курение, употребление крепкого чая и кофе.

Важно соблюдать ритм питания с одинаковыми промежутками между приемами пищи. Четырехразовое питание наиболее функционально. Оптимальной температурой пищи является близкая к температуре тела.

Употребление холодных продуктов может вызвать спазм мышц с нарушением оттока панкреатического сока, а горячие блюда (60 градусов) вызывают излишнее выделение пищеварительных соков и раздражают слизистую оболочку.

*Одновременное употребление вредных продуктов может быть фатальным даже для исходно здорового человека. Несколько лет назад медики Санкт-Петербурга широко обсуждали случай заболевания 3-летнего ребенка. Бабушка решила угостить его пищей из ресторана фаст-фуда. После того как ребенок съел жирный горячий гамбургер и запил холодной фантой, у него начался приступ панкреатита, в результате которого он скончался в машине «скорой помощи» менее чем через час от возникновения симптомов.*

В первые дни после выписки из больницы рекомендуется составлять свое рацион таким образом, чтобы в нем присутствовали нежирный творог, протертое мясо, овсяная и гречневая каша, белковые омлеты, картофельное пюре, слизистые овсяные супы. Из фруктов рекомендуются печеные яблоки. Вместо хлеба надо употреблять белые сухари.

Постепенно диета может расширяться: разрешается употреблять отварное мясо, нежирную рыбу (можно куском), вчерашний хлеб, ягодные нектары, кефир, ряженку, простоквашу, вермишель, разрешается добавление небольшого количества сливочного (но не растительного!) масла.

Не разрешается употребление капусты, редьки, редиса, репы, лука, чеснока, грибов, бобовых, мороженого, винограда, жирного мяса, пряностей, консервов. В первые дни после выписки из больницы могут быть назначены препараты, понижающие желудочную секрецию (подробнее о них можно прочитать в главе, посвященной язвенной болезни), спазмолитики (но-шпа, дюспаталин), а также ферменты — мезим, креон и другие.

В заключение хочется предостеречь читателей от типичной ошибки, совершаемой больными, страдающими хроническим панкреатитом.

Нередко при обострениях заболевания, которые клинически протекают как острый панкреатит, они считают, что обострение можно «подлечить» с помощью ферментных препаратов, ведь «они же назначаются при панкреатите». Чаще всего для этой цели применяют фестал и мезим. Такие действия связаны с непониманием механизма действия препаратов этой группы. Ферментные препараты

не снимают обострения. Они нужны лишь для того, чтобы улучшить переваривание пищи. Более того, в инструкциях по применению этих препаратов четко написано, что при остром панкреатите и обострениях хронического панкреатита они противопоказаны. Их прием может привести к ухудшению течения заболевания — они активизируют ферменты панкреатического сока и усиливают процесс самопереваривания поджелудочной железы. Поэтому помните — при болях в верхней части живота ферменты противопоказаны. Вред от их приема может быть очень велик.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Панкреатит — это острое воспаление поджелудочной железы, главные симптомы этого заболевания — сильная боль в верхних отделах живота, иногда носящая опоясывающий характер и многократная не приносящая облегчения рвота.
- ☑ Причина панкреатита — нарушение оттока панкреатического сока, вызванное либо закупоркой общего желчного протока желчным камнем, либо отеком участка кишки, в который открывается этот проток. Провоцирующие факторы — употребление обильной жирной пищи и алкоголя.
- ☑ До прибытия врача «скорой помощи» можно положить на живот холод и ввести внутримышечно но-шпу или папаверин. Еда, питье, грелка на живот, искусственное вызывание рвоты противопоказаны.
- ☑ В первые дни лечения показаны холод на живот, голод и покой. Затем разрешается употребление небольшого количества диетической пищи.

- ☑ После выписки из стационара диета назначается как минимум на полгода. Запрещаются продукты, стимулирующие выделение желудочного сока и желчи. Питание осуществляется не менее 4 раз в день, в одно и то же время. В первые дни после выписки пища должна быть теплой и протертой.
- ☑ Из лекарственных средств могут назначаться препараты для снижения кислотности желудочного сока, спазмолитики, ферменты (которые категорически противопоказаны при появлении болей).

## Глава 26

### Желчнокаменная болезнь

Желчнокаменная болезнь — это заболевание печени и желчевыводящих путей, при котором образуются камни в желчном пузыре и желчевыводящих протоках. Она поражает каждого шестого жителя планеты, чаще встречается у женщин. Лишь в 10–15 % случаев имеются проявления этого заболевания, в остальных случаях имеет место бессимптомное камненосительство.

К предрасполагающим факторам относят наследственность, избыточное питание с развитием ожирения, сахарный диабет, беременности, особенно многократные, прием контрацептивов. С возрастом вероятность возникновения этого заболевания возрастает.

Клинические проявления желчнокаменной болезни многообразны. Чаще всего заболевание проявляет себя тяжестью в правом подреберье, тошнотой, отрыжкой, вздутием живота. Больные плохо переносят жирную и жареную пищу, отмечают горечь во рту. Эти симптомы неприятны, но не всегда служат поводом для обращения к врачу.

Соблюдение диеты ведет к улучшению самочувствия, и визит к врачу, как правило, откладывается. Такое течение заболевания может продолжаться много лет, пока не возникнет желчная колика. Ее причиной является остро возникшая закупорка

желчного протока, что вызывает прекращение оттока желчи из желчного пузыря.

Следствием этого является жесточайшая боль в правом подреберье, распространяющаяся в правую лопатку, плечо, ключицу, челюсть. Боль настолько сильна, что больные мечутся в постели, не находя себе места. Присоединяется рвота желчью, вздутие живота, затем повышается температура тела и возникает желтуха.

У пожилых людей желчная колика может вызывать нарушения сердечного ритма, приступ стенокардии и даже в некоторых случаях явиться толчком к развитию инфаркта миокарда.

Продолжительность колики различна. Она может пройти через несколько минут, а иногда растягивается на несколько суток, вызывая тяжелые осложнения — острый холецистит, механическую желтуху. Чаще всего приступ длится 3–6 часов.

Диагностика желчнокаменной болезни в настоящее время не вызывает затруднений. В любой поликлинике и больнице есть аппараты УЗИ-диагностики, которые позволяют легко обнаружить камни желчевыводящих путей, определить их размеры, местонахождение и подвижность. Необходимо упомянуть, что мелкие камни чаще, чем крупные, вызывают колику и желтуху. Это связано с тем, что они более подвижны и могут вклиниться в просвет желчного протока.

Крупные камни тоже не сулят своему владельцу ничего хорошего. Благодаря своей округлой форме и большим размерам они долго могут не вызывать никаких симптомов.

Но наличие таких камней провоцирует пролежни желчного пузыря — постепенное истончение его стенки с последующим прорывом и развитием желчного перитонита. Кроме того, считается, что длительно существующие камни желчного пузыря способствуют возникновению рака этого органа.

Теперь пришло время поговорить о методах лечения. К сожалению, в отношении этого заболевания терапевтические возможности невелики. Поэтому подавляющему большинству пациентов показана операция, причем откладывать ее «на потом» нельзя. Слишком велика возможность развития осложнений, да и возраст играет роль — чем старше человек, тем больше сопутствующих заболеваний, а значит, увеличивается риск операции.

Любые камни желчевыводящих путей — это мина замедленного действия. Никто не может предсказать, когда они проявят себя коликой, желтухой или даже перитонитом.

В настоящее время накоплен большой опыт лечения желчекаменной болезни с помощью лапароскопических операций.

Этот метод позволяет удалить желчный пузырь без разреза брюшной полости. Операция заключается в том, что через небольшое отверстие в брюшную полость вводят трубку, через которую и проводят все манипуляции. Вмешательство проходит довольно быстро и переносится легко. Как правило, меньше, чем через неделю, больные выписываются домой. Опыт наблюдения за такими больными показывает, что не позже чем через полгода происходит адаптация к новому состоянию, а затем они начинают вести привычный образ жизни.

66-летний пациент, которого я наблюдал по поводу постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни и стенокардии напряжения, обратился ко мне в апреле 2005 года в связи с впервые возникшей болью в области желудка и правого подреберья. Боль возникла ночью (кстати, это характерное время для желчной колики) и прошла после приема 2 таблеток но-шпы. Приступ длился около часа. В момент осмотра живот был мягкий и безболезненный, на ЭКГ не появилось новых изменений.

Через несколько дней выполнено УЗИ брюшной полости, которое выявило подвижный камень желчного пузыря диаметром 2,5 см. В тот же день больной осмотрен хирургом. Рекомендовано проведение плановой лапароскопической операции по удалению желчного пузыря. Я, как лечащий кардиолог, противопоказаний для операции не находил. Однако больной предпочел занять выжидательную позицию. Он начал соблюдать диету с ограничением жирных, жареных, копченых продуктов, уменьшил интервалы между приемами пищи. В течение двух недель боли не повторялись, но затем за два дня случились три кратковременных приступа. Сочтя их последствиями нарушения диеты, больной (в прошлом инженер) начал вести подробный дневник, куда записывал все съеденные продукты и свои ощущения — тошноту или боль. Он пытался найти какую-либо закономерность в течение 4 месяцев. За это время он пережил около 15 сильных болевых приступов и похудел на 15 кг. Наконец он сдался. В сентябре 2005 года была успешно проведена лапароскопическая операция. С тех пор боли не повторялись.



*Первые слова, которые я услышал от моего пациента после операции, были такие: «Если бы я знал, что все так просто, я согласился бы на операцию сразу».*

Необходимо упомянуть, что терапевтическое лечение желчекаменной болезни применяется менее чем в 10 % случаев. В основном для этого используют препараты уросан и хенофальк. Иногда они вызывают растворение мелких (не более 5 мм в диаметре) камней. Длительность лечения составляет от 6 месяцев до 2 лет. Диета при желчекаменной болезни предусматривает отказ от шоколада, мороженого, газированных напитков, алкоголя, особенно пива, жирных сортов мяса и птицы, пряностей, грибов, капусты, изделий из сдобного теста, жареных блюд. Рекомендуются употребление низкоминерализованных минеральных вод — эссентуки № 4 и № 17, нарзан, «смирновская» в теплом виде по 100–200 мл перед едой.

### **Действия при приступе желчной колики**

- ♦ Принять удобную позу.
- ♦ Не есть и не пить.
- ♦ Не принимать обезболивающих средств. Можно принять спазмолитики — но-шпу, папаверин.
- ♦ Не вызывать рвоту. Это не принесет облегчения состояния.
- ♦ Измерить температуру. Ее повышение, даже незначительное, может быть признаком начинающегося холецистита.
- ♦ При возникновении болей впервые, повышении температуры, затянувшемся приступе и в любой сомнительной ситуации немедленно вызывайте «скорую помощь».

## **РЕЗЮМЕ**

---

- ☑ Желчекаменная болезнь — заболевание, проявляющееся образованием камней в желчном пузыре и желчных протоках.
- ☑ Главным признаком этого заболевания является приступ желчной колики — интенсивные боли в правом подреберье, распространяющиеся в правую лопатку, плечо, ключицу, сопровождающиеся рвотой желчью.
- ☑ В подавляющем большинстве случаев камни желчевыводящих путей хорошо видны при УЗИ-исследовании.
- ☑ Почти все больные ЖКБ подлежат оперативному лечению. В настоящее время лапароскопические операции широко распространены и доступны. Процент осложнений при их проведении минимален.

## Глава 27

### Острый холецистит

Острый холецистит — это одно из самых распространенных хирургических заболеваний и по частоте встречаемости занимает второе место после аппендицита. Его причина — попадание инфекции в желчный пузырь в условиях нарушенного оттока желчи. В подавляющем большинстве случаев (до 95 %) холециститом болеют люди, страдающие желчекаменной болезнью, на долю остальных 5 % приходятся случаи перегибов желчного пузыря, извитость его или сужение. Чаще болеют пожилые люди, но иногда приходится сталкиваться с возникновением этого заболевания и у молодых.

В медицине существует так называемое правило пяти F, которое позволяет определить наиболее уязвимый для острого холецистита контингент. Оно гласит, что чаще всего холециститом болеют:

- 1) fat — страдающие ожирением;
- 2) female — женщины;
- 3) fair — светловолосые;
- 4) fertility — многократно рожавшие;
- 5) forty — после сорока лет.

Чем больше факторов риска, начинающихся в англоязычном варианте на букву F, тем выше риск заболевания. Первый и главный симптом острого холецистита — боль в животе. Она располагается, как правило, в правом подреберье, но может распространяться и в проекцию желудка. Боль практиче-

ски всегда начинается внезапно, среди полного здоровья. Провоцирующим фактором может быть нарушение диеты: употребление жирных или жареных продуктов, обильная еда, прием алкоголя. Иногда холецистит возникает и без видимых причин. Отличительной особенностью боли является ее постоянный (а не схваткообразный или волнообразный) характер. Может присутствовать распространение боли в правые отделы грудной клетки, правую ключицу, правую поясничную область, но этого симптома может и не быть. Боль может распространяться и в область сердца и вызывать иногда приступ стенокардии, но бывает это, к счастью, довольно редко.

Второй симптом, который присутствует почти всегда, — повышение температуры. Она повышается в первые часы заболевания, но не одновременно с появлением боли. Иногда она поднимается не очень высоко, но все же для холецистита типично ее повышение до 39 градусов и выше. Только пожилые и ослабленные люди могут переносить холецистит без высокой температуры. Эта особенность течения болезни у таких пациентов сочетается с другой не менее коварной — у них очень быстро происходит «созревание» холецистита от простого до гангренозного, который опасен для жизни.

*Однажды, когда я работал на неотложной помощи, на конференции сотрудников разбирался характерный случай. 83-летний пациент вызвал неотложную помощь в связи с болью в животе. Такие боли бывали и раньше, но в этот раз больного два раза вырвало, поэтому он решил посоветоваться с врачом. Начало заболевания он связывал*

*с недоброкачественной пищей — съел вчерашнюю котлету, которая лежала не в холодильнике. При осмотре живот был чувствительный в проекции желчного пузыря, но не очень болезненный. Температура 36,8. Язык сухой, немного желтоватый. Диагностирован гастрит. Принято решение оставить больного дома, назначены спазмолитики. Через шесть часов бригада приехала для активного посещения больного, чтобы оценить динамику состояния. Состояние пациента к этому времени существенно ухудшилось — усилились боли, повторялась рвота, увеличилась частота пульса до 130 ударов в минуту. Температура по-прежнему оставалась в пределах нормы. Больной госпитализирован с диагнозом острый холецистит. В тот же день больной прооперирован, во время операции диагностирован гангренозный холецистит, осложненный перитонитом.*

Третий симптом — рвота. Она возникает практически одновременно с болями в животе. Вначале наблюдается рвота съеденной пищей, затем появляется обильная примесь желчи. Это связано с тем, что в рвотные массы попадает содержимое двенадцатиперстной кишки, где желчь присутствует в норме. Рвота не приносит облегчения и плохо поддается лечению противорвотными средствами.

Четвертый симптом — желтуха. Этот симптом возникает позже всех и связан с нарушением оттока желчи из желчного пузыря, который частично или полностью закупоривается желчным камнем. Может появиться также желтушность склер («белков» глаз) и слизистых оболочек.

Как правило, чем больше тяжесть воспаления, тем чаще пульс. Тахикардия типична для острого

холецистита, и пульс при этом заболевании всегда повышен. Боли в животе, рвота, высокое повышение температуры — вот триада наиболее характерных для острого холецистита симптомов. Естественно, при их появлении обязательны вызов «скорой помощи» и госпитализация. Промедление может привести к прогрессированию воспаления и возникновению осложнений, прежде всего, перитонита при нарушении целостности стенки желчного пузыря. До прибытия врача надо лечь, заняв удобное положение, приложить к области печени холод. Есть и пить нельзя. Прием обезболивающих средств также противопоказан — они могут стереть клиническую картину, результатом чего может явиться неправильная врачебная тактика.

После госпитализации решается вопрос о способе лечения. Нередко консервативное лечение оказывается успешным, и операцию удастся отложить. Хирурги всегда предпочитают оперировать не в острый период заболевания, когда велик риск осложнений, а в так называемом «холодном» периоде, когда больной не ослаблен, а значит, лучше перенесет операцию.

Консервативное лечение включает в себя полный голод на 2–3 дня, а иногда и больше, назначение спазмолитиков — но-шпы, папаверина, дюспаталина. Продолжается применение холода. Назначаются антибиотики — только врачом, и в стационаре, причем предпочтение отдается тем препаратам, которые накапливаются в желчи.

Диета при остром холецистите очень важна. В первые 2–3 дня, как уже упоминалось, больным назначают голод. Разрешается питье теплой жид-

кости — некрепкий сладкий чай, соки из фруктов и ягод, разведенные водой, отвары шиповника, минеральная вода «Боржоми» небольшими порциями до 3–6 стаканов в день. Перед употреблением минеральной воды обязательно надо удалить из нее газы путем длительного, до полусуток, хранения в незакрытом виде. Затем по мере улучшения состояния и уменьшения боли назначается в ограниченном количестве протертая пища: слизистые и протертые супы (овсяный, рисовый, манный), каши (манная, овсяная, рисовая), кисели, желе, муссы. Далее включаются нежирный творог, нежирная отварная рыба, протертое мясо, белые сухари. Пища принимается 5–6 раз в день.

После купирования обострения хронического холецистита назначается диета, которая помогает предотвратить рецидив воспаления и, возможно, избежать операции. Прием пищи осуществляется 5–6 раз в день, чтобы улучшить отток желчи. Большим полезны такие продукты, как отрубевый хлеб, нежирный творог, белок яйца, овсяная каша, треска, нежирное мясо. Из животных жиров можно употреблять только сливочное масло в небольшом количестве. Сало запрещено. Очень полезны растительные масла — кукурузное, подсолнечное, оливковое. Их можно добавлять в винегрет, который при хроническом холецистите рекомендуется к частому употреблению. Необходимо полностью исключить из рациона грибы, репу, капусту. Остальные положения диеты в общих чертах сходны с диетой при желчнокаменной болезни. Исключают жареные блюда, очень холодные напитки и блюда — мороженое, продукты из холодильника, приправы (уксус,

перец, чеснок, лук, коренья, горчица, хрен), все колбасы, ветчину, копчености, консервы, кроме консервов, на этикетках которых есть обозначение: «Для детского питания», сдобное тесто, пирожные с кремом, любые жареные пирожки, блины, кофе и какао. Оперативное лечение, как уже упоминалось, желательно проводить в «холодном» периоде заболевания. При наличии камней в желчном пузыре оно необходимо почти всегда, а при бескаменном холецистите (что встречается не так уж часто) можно обойтись и без операции, но соблюдение диеты необходимо в любом случае.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Острый холецистит — это воспаление желчного пузыря, которое характеризуется триадой главных симптомов: боль в проекции печени или вверху живота, многократная рвота, не приносящая облегчения, повышение температуры до высоких цифр, возможно, до 39 градусов и более. Типично повышение частоты пульса. На поздних стадиях присоединяется желтизна кожных покровов, слизистых оболочек и глаз.
- ☑ Пожилые и ослабленные люди могут переносить заболевание в стертой форме, но осложнения у них развиваются чаще.
- ☑ Холецистит лечится только в больнице. При появлении симптомов холецистита необходим срочный вызов «скорой помощи». До прибытия врача можно положить холод на живот, нельзя есть, пить и принимать обезболивающие препараты.



## Глава 28

### Острые кишечные инфекции

Острые кишечные инфекции — это собирательное понятие, включающее в себя 3 варианта заболевания:

- ♦ острую кишечную инфекцию, вызванную вирусами (например, ротавирусная или норовирусная инфекция);
- ♦ острую кишечную инфекцию, вызванную бактериями (например, сальмонеллез, дизентерия);
- ♦ пищевую токсикоинфекцию (незаразное заболевание, которое вызывается употреблением пищевых продуктов, содержащих токсичные продукты жизнедеятельности микробов).

Для всех вариантов заболевания характерны следующие симптомы в порядке убывания значимости для постановки диагноза:

- 1) жидкий стул;
- 2) повышенная температура;
- 3) вздутие и урчание живота;
- 4) боли в животе, обычно не очень сильные;
- 5) тошнота и рвота.

В подавляющем большинстве случаев при острой кишечной инфекции врач не может поставить точный диагноз, учитывающий название возбудителя заболевания. Поэтому при первичном осмотре обычно лишь формулируется название основного

синдрома (например, острый гастроэнтерит — воспаление желудка и тонкой кишки), а не точное название болезни. В этом нет необходимости, ведь для того, чтобы определиться с тактикой, достаточно знать основные симптомы и степень выраженности заболевания.

## Вирусная кишечная инфекция

Вирусный гастроэнтерит обычно вызывается ротавирусами, норовирусами, энтеровирусами и некоторыми другими разновидностями вирусов. Основной путь передачи — фекально-оральный, таким образом, можно считать, что это **болезнь грязных рук**. Вирусы могут также находиться на плохо вымытых фруктах, в овощных салатах, грязной воде, в том числе и водопроводной. Для этого заболевания характерна массовость. Многие заболевшие вспоминают, что их знакомые и родственники незадолго до них переносили кишечную инфекцию.

Болезнь обычно начинается с появления поноса и иногда рвоты, сопровождающихся умеренно выраженными болями в животе. В начале заболевания часто отмечается урчание в животе. Иногда этому могут предшествовать явления заложенности носа, из-за чего вирусную кишечную инфекцию иногда ошибочно называют «кишечный грипп». В действительности грипп — это самостоятельное заболевание, и для него совершенно нетипично возникновение жидкого стула.

Для легкого течения вирусной кишечной инфекции характерно появление жидкого или кашицеоб-

разного стула до 5 раз в сутки, повышение температуры до субфебрильных цифр, как правило, не выше 37,3 градуса, общее недомогание, которое даже не всегда мешает ходить на работу. Это способствует распространению инфекции в рабочем коллективе. К врачу такие больные обычно не обращаются и лекарств не принимают. Их можно понять, ведь болезнь сама проходит через 3–5 дней.

При средней тяжести заболевания стул бывает до 15 раз в сутки, может наблюдаться рвота. Как правило, стул обильный, с пеной и неприятным запахом. Данная ситуация может спровоцировать даже обезвоживание организма.

Оно проявляет себя жаждой и уменьшением количества выделяемой мочи, которая становится темной и мутноватой. Температура может повышаться до 38 и более градусов. Характерно большое количество кишечных газов. Больные жалуются на сильную слабость и на работу обычно не выходят.

Тяжелое течение болезни характеризуется очень частым стулом (более 16 раз в сутки, иногда до 50 раз), резким снижением артериального давления, выраженной обезвоженностью (иногда даже неспециалист заметит сухость и дряблость кожи, свидетельствующие о нехватке воды в организме). Количество мочи резко снижается и не превышает 300–500 мл в сутки.

Надо сказать, что в подавляющем большинстве случаев — до 75 % болезнь протекает в легкой степени, а тяжелое течение встречается не более чем у каждого 20-го заболевшего. Как правило, тяжело болеют ослабленные и пожилые люди.

*Однажды я приехал на вызов к пожилой женщине, которая в течение 2 дней ощущала умеренно повышенную температуру — до 37,8 градуса, общую слабость, которая к моменту моего приезда стала такой сильной, что больная не могла даже сесть в постели без посторонней помощи. В течение первого дня стул был около 15 раз. За вторые сутки он беспокоил несколько реже, но все же более 10 раз. Больная считала, что заразилась от соседки по коммунальной квартире, которая несколько дней назад перенесла подобное заболевание, но быстро поправилась.*

*Когда я осматривал больную, бросилась в глаза тяжелая обезвоженность. Язык был сухой настолько, что речь стала неразборчивой, кожная складка на руке, которая в норме должна расправляться сразу, не расправилась в течение нескольких минут! За последние 12 часов мочеиспускания не было ни разу. Давление снизилось до 90/60. Больная госпитализирована в инфекционную больницу. По дороге осуществлялось быстрое капельное введение солевых растворов, которое на глазах улучшило самочувствие больной. Вскоре я позвонил родственникам больной по телефону и узнал, что больная поправилась и выписана из больницы через несколько дней после госпитализации.*

Существует три направления лечения кишечной вирусной инфекции. Это борьба с обезвоженностью, дезинтоксикация с помощью сорбентов и назначение ферментных препаратов. Показанием для назначения препаратов, восполняющих количество жидкости в организме, являются симптомы обезвоживания — жажда, уменьшение количества и по-

темнение мочи, сухость кожи и слизистых. Таким образом, они приносят пользу лишь при среднем и тяжелом течении заболевания. Обычно назначают регидрон — порошок, который разводится в 1 литре воды. Прием такого раствора не просто снабжает организм необходимой ему водой, но и восполняет минеральные вещества — калий, натрий, хлор. Неплохое действие оказывает и цитроглюкосалан, его состав схож с регидроном.

Если вы не смогли купить в аптеке эти лекарства, смесь для приготовления солевого раствора можно приготовить и в домашних условиях: на 1 литр кипяченой воды взять 20,0–40,0 г сахара, 3,5 г поваренной соли и 2,5 г пищевой соды, а для добавления калия  $1/3$ – $1/2$  часть воды заменить изюмным или морковным отваром. Для приготовления морковного отвара необходимо взять 200 г очищенной моркови, измельчить, залить 1 литром холодной воды, довести до кипения и варить на медленном огне 20 минут. Затем протереть морковь сквозь сито, влить морковный отвар и довести объем полученной смеси до 1 литра кипяченой водой, остудить.

Если этот способ показался вам слишком сложным, можно ограничиться лишь сахаром, солью и содой и дополнительно принимать по 1–2 таблетки аспаркама 3 раза в день. Этот препарат должен быть в домашней аптечке. Помните, что солевые растворы не останавливают понос — они лишь восполняют потери воды и солей.

Вторая группа препаратов — сорбенты. Они всасывают и таким образом удаляют из кишечника вредные вещества, защищают слизистую оболочку кишечника и полезны при любом заболевании, протекающим с поносом, в том числе и при кишечных

инфекциях. Наилучшим действием обладают современные препараты — смекта, неосмектин. Активированный уголь и полифепан гораздо слабее, но и они могут помочь. Типичной ошибкой при приеме активированного угля является прием слишком маленькой дозы. Помните, что вреда он не приносит, а заметное действие оказывает лишь при приеме не менее 10 таблеток. Следует помнить: прием препаратов этой группы не должен совпадать с приемом пищи и других лекарственных препаратов, чтобы не мешать их действию. Интервал между приемом сорбентов и приемом пищи должен составлять не менее полутора часов.

Третья группа — ферменты. Они способствуют лучшему перевариванию пищи и назначаются по 1 таблетке 3 раза в день во время каждой еды. Для этой цели используются мезим, фестал, креон, панцитрат.

Четвертая группа — препараты для лечения дисбактериоза. Начинать их прием можно уже в острой стадии заболевания. Подробно они описаны в главе про дисбактериоз. Могут быть назначены жаропонижающие средства — анальгин, парацетамол. Самостоятельно их лучше не принимать, хотя бы до осмотра врача. Если вы переносите острое хирургическое заболевание, протекающее с симптомами острой кишечной инфекции (бывает и такое!), это затруднит постановку диагноза.

В первые дни заболевания следует соблюдать строгую диету: резко ограничить количество пищи. Запрещаются молоко, жирные и консервированные продукты, все сладости, макаронные изделия. Можно есть белые сухари, мясо в виде паровых кот-

лет и фрикаделек, свежий пресный творог, рисовую кашу на воде, тертые или печеные яблоки (не более одного в день), черничный кисель, омлет, отварную нежирную рыбу, сухое несдобное печенье. Пищу принимают через каждые 3–4 часа в небольших объемах. Сроки соблюдения диеты индивидуальны, но не менее 3–5 дней. Переход на обычное питание осуществляется постепенно в течение 2–3 дней.

Хочу предостеречь читателей от «лечения» препаратами, тормозящими моторику кишечника. Это имодиум и лоперамид. Их прием допустим лишь в том случае, если заболевание застигло вас в дороге (например, в поезде), когда посещение туалета представляет сложную проблему. Они не устраняют заболевание, а лишь временно убирают симптомы, усложняя дальнейшее лечение.

## **Бактериальная кишечная инфекция**

Кишечные инфекции могут вызываться кишечными палочками, стафилококками, сальмонеллами и другими видами бактерий. Механизмы передачи инфекции и симптомы такие же, как при вирусных инфекциях. Как правило, это заболевание протекает более тяжело, чем вирусная кишечная инфекция, но не всегда. Единственным достоверным признаком, позволяющим отличить вирусную инфекцию от бактериальной, является посев кишечного содержимого и анализ крови на антитела против различных возбудителей. Полноценными возможностями для этого обладает только инфекционная больница.

Если в течение первых 1–2 дней состояние больного не улучшается, то лечащий врач может добавить к лечению антибиотик, предполагая, что инфекция вызвана бактериями. В более тяжелых случаях больные госпитализируются, и антибиотики назначаются уже в стационаре после проведения бактериологического исследования, позволяющего выявить возбудителя заболевания и чувствительность его к различным препаратам. Золотым стандартом для лечения бактериальных кишечных инфекций является ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день. Могут использоваться также другие препараты — норфлоксацин, фуразолидон. После использования антибиотиков посев не даст никакой информации, поэтому к их приему надо отнестись ответственно. По крайней мере, назначать их должен врач. Недопустим прием этих препаратов при первых симптомах расстройства стула.

Остальные направления лечения этого вида кишечной инфекции совпадают с описанными в предыдущем разделе. Назначаются солевые растворы для питья, а при частой рвоте или тяжелой обезвоженности соли вводятся в виде капельниц. По схеме принимаются сорбенты. Для улучшения переваривания пищи принимают ферментные препараты. При высокой температуре вводятся жаропонижающие. Соблюдается диета, идентичная той, которая назначается при вирусной кишечной инфекции.

В этом разделе необходимо упомянуть дизентерию. В отличие от других кишечных инфекций, при этой болезни стул хоть и частый, но не обильный и содержит примесь крови и слизи. Боли носят схваткообразный характер и располагаются внизу



живота. Могут отмечаться ложные позывы. Дизентерия до сих пор остается грозным заболеванием, иногда уносящим жизни больных. Поэтому при появлении симптомов, позволяющих заподозрить дизентерию, настоятельно рекомендуется госпитализация. Она поможет легче перенести заболевание и не допустить развития осложнений и перехода болезни в хроническую форму.

## Пищевая токсикоинфекция

Пищевая токсикоинфекция — это болезнь, связанная с употреблением пищевых продуктов, содержащих токсические продукты жизнедеятельности бактерий. Главное отличие от первых двух заболеваний, рассмотренных в этой главе, заключается в том, что в случае бактериальных или вирусных инфекций в организм попадают микробы или вирусы, которые способны размножаться в кишечнике и жить в нем. При токсикоинфекции в организм попадают только продукты, которые выработаны микробами. Отсюда следует четыре вывода.

1. Это заболевание никогда не лечится антибиотиками. В организме нет возбудителя заболевания.
2. Тяжесть заболевания напрямую связана с количеством съеденной недоброкачественной пищи.
3. Все, кто ел испорченный продукт, заболевают, причем практически одновременно.
4. Заболевшие не являются источником распространения инфекции. Заразиться этим заболеванием от больного человека невозможно.

Чаще всего источником инфекции являются мясо и мясные продукты, кулинарные изделия с использованием сырых яиц, торты, кремы, мороженое. Одного бактериального заражения недостаточно. Чтобы микробы успели выработать токсины, необходимо длительное, от нескольких часов, хранение при комнатной температуре, причем чем дольше хранились продукты, тем более они опасны. В большинстве случаев вкус, запах и внешний вид продукта не изменяются, хотя при очень больших количествах микробного токсина инфицированность может быть заметна.

*Недавно по телевизору я видел программу, в которой ведущий «Поля чудес» Леонид Якубович рассказывал о том, как он отравился продуктами. «В тот день, а это было летом, в сильную жару, на программу приехала женщина с Украины. Пока она передавала многочисленные приветствия своим односельчанам, я решил попробовать продукты, которые она привезла в подарок программе. С самого начала я почувствовал, что вкус у колбасы какой-то боржомистый. Но останавливаться не стал и съел довольно много. Прямо во время съемок мне стало плохо. Вызвали «скорую помощь», сделали какие-то уколы, толку от них никакого. С трудом доработал до конца, а потом два дня лежал».*

Эта история очень точно иллюстрирует пищевую токсикоинфекцию. Действительно, если в колбасу попало небольшое количество микробов, то по дороге в Москву в жаркую погоду они могли размножиться — условия для этого были самые благоприятные. Судя по тому, что колбаса даже имела неприятный

привкус, бактерии размножились и выработали огромное количество токсина. Время от употребления в пищу зараженного продукта до появления симптомов обычно зависит от количества токсина — чем его больше, тем он раньше начинает действовать, поэтому ведущему и стало плохо почти сразу. Ну и, наконец, естественно, что уколы не помогли — нет таких уколов, которые могут снять интоксикацию. Пищевая токсикоинфекция обычно начинается с болей в животе. Они располагаются обычно вокруг пупка и носят схваткообразный характер. Одновременно или чуть позже появляются рвота, жидкий стул. По мере прогрессирования заболевания повышается температура тела. Правда, это бывает только при тяжелом течении заболевания. При среднем и легком отравлении болезнь проходит быстро, и уже через сутки состояние больного может нормализоваться. Обезвоживание наблюдается редко. В подавляющем большинстве случаев заболевание имеет благоприятное течение и проходит без последствий. Хуже всего переносят пищевую токсикоинфекцию пожилые люди, алкоголики и больные с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Руководства по инфекционным заболеваниям рекомендуют начинать лечение этого заболевания с промывания желудка. Опыт показывает, что к моменту осмотра врача время для этой процедуры бывает упущено. Самостоятельное проведение промывания путем питья большого количества воды и вызывания рвоты может быть опасно, особенно если вы ошиблись в диагнозе, и к тому же не обеспечивает полного удаления содержимого желудка. Вообще я за свою практику ни разу не видел, чтобы

эта процедура помогла в лечении, а вред от нее наблюдаю регулярно. Но все же, при быстром вызове «скорой помощи» может быть проведено зондовое промывание желудка, которое устранит причину заболевания и приведет к выздоровлению. Пищевая токсикоинфекция — пожалуй, единственное заболевание, кроме острых отравлений, при котором показано промывание желудка.

Из других мер, позволяющих улучшить состояние больного, применяются назначение солевых растворов — регидрон, цитроглюкосолан и сорбентов — смекты, полифепана. Не всегда бывает просто отличить пищевую токсикоинфекцию от другой формы кишечного расстройства. Обычно на помощь приходит массовость и одновременность заболевания (это нетипично для других заболеваний этой группы) и четкая связь с употреблением продуктов с нарушением соблюдения сроков и условий хранения.

### **Гигиенические правила, позволяющие сократить вероятность заболевания острыми кишечными инфекциями**

- ♦ Не покупайте продукты в местах, не предназначенных для торговли (вокзалы, уличные рынки), у лиц, не имеющих разрешения на торговлю пищевыми продуктами.
- ♦ Не покупайте овощи и фрукты с признаками порчи. Небольшая экономия может обернуться потерей здоровья.
- ♦ Не покупайте арбузы «на вырез». Это распространенный способ заражения кишечной инфекцией.
- ♦ Тщательно мойте фрукты и овощи под струей проточной воды.
- ♦ Пейте только кипяченую воду.

- ♦ Соблюдайте срок и условия хранения мясных, молочных и рыбных продуктов.
- ♦ Мойте руки перед едой.

## РЕЗЮМЕ

---

- ✓ Бактериальные и вирусные кишечные инфекции передаются в основном через грязные руки.
- ✓ Симптомы острой кишечной инфекции — жидкий стул, повышение температуры, вздутие и урчание живота, умеренные боли в животе, тошнота и рвота.
- ✓ Лечение острых кишечных инфекций заключается в восполнении потерь жидкости с помощью солевых растворов, назначении сорбентов (смекта, полифепан), ферментных препаратов (мезим, фестал), а также средств, нормализующих состав микробной флоры кишечника. При бактериальных инфекциях могут быть добавлены антибиотики.
- ✓ Госпитализация осуществляется при тяжелом течении заболевания и выраженной обезвоженности.
- ✓ Диета во время острого периода заболевания заключается в уменьшении объема питания, механическом щажении желудка и кишечника. Назначаются каши, слизистые супы, белые сухари, несдобное печенье, нежирный творог и другие диетические продукты.
- ✓ В отличие от вирусной и бактериальной кишечной инфекции, пищевая токсикоинфекция вызывается не заражением микроорганизмами, а употреблением продуктов, содержащих продукты их жизнедеятельности. Заболевание начинается одновременно и у всех людей, которые ели зараженный продукт. Это единственное состояние, при котором может быть полезно промывание желудка, которое назначается и выполняется только врачом.

## Глава 29

### Дисбактериоз

Дисбактериоз — это нарушение баланса микроорганизмов, обитающих в кишечнике.

В норме толстая кишка человека содержит более 500 видов различных микроорганизмов, которые приносят нам ощутимую пользу. Они завершают переваривание пищи, препятствуют возникновению инфекционных заболеваний и даже снабжают нас витаминами. Витамин К, который необходим для обеспечения образования кровяных сгустков при кровотечении, синтезируется только микробами, живущими в толстой кишке. Кстати, желудок и тонкий отдел кишечника не содержат микроорганизмов, все они сосредоточены в нижних частях кишечника. Микробная флора очень чувствительна к любым неблагоприятным влияниям на наш организм. Неполноценное питание, различные заболевания, применение антибиотиков и других медикаментов, хирургические вмешательства могут вызвать нарушение нормального микробного состава толстой кишки. В результате там начинают размножаться болезнетворные микроорганизмы, а количество полезных уменьшается. Это и называется дисбактериозом.

Проблема лечения этого состояния непростая. Достаточно сказать, что факторы, влияющие на микробный состав кишечника, действуют на человека постоянно — плохая экологическая обстановка, употребление недоброкачественных продуктов,

стрессы. До определенного времени организм успешно противостоит заболеванию, но в какой-то момент дополнительный фактор, например прием антибиотиков при остром инфекционном заболевании или сильный стресс, разрушают защиту, и появляются симптомы дисбактериоза.

У взрослых дисбактериоз проявляется следующим образом.

1. Снижение или отсутствие аппетита.
2. Тошнота, рвота, неприятный привкус во рту.
3. Вздутие живота, обильное отхождение газов.
4. Нарушения стула: запоры, поносы и их чередование.
5. Умеренные боли в животе.
6. Гиповитаминоз — сухость кожи, трещины в углах рта.
7. Кожный зуд, высыпания на коже.

Как видите, ярких и внезапных проявлений у дисбактериоза нет. Это заболевание может хронически протекать долгие месяцы и годы. Обострения возникают нечасто и по своему течению напоминают острую кишечную инфекцию: повышение температуры до 38 градусов и выше, частый жидкий стул, боли в животе. После того как обострение вылечивается, болезнь вновь переходит в хроническую фазу. Тяжелые случаи дисбактериоза лечатся под наблюдением врача. При легких симптомах дисбактериоза можно попробовать справиться своими силами. Особенно это касается людей, которые подверглись лечению антибактериальными средствами или перенесли кишечное расстройство.

Лечение дисбактериоза включает в себя назначение препаратов из группы пребиотиков и пробиотиков, а также диету.

**Пребиотики** — это вещества, которые стимулируют рост нормальной микрофлоры кишечника. Нам известно, что вредные для организма микробы питаются, в основном, белками, а полезные — углеводами. Следовательно, мы должны насыщать организм такими углеводами, которые в переваренном виде доходят до толстой кишки. С этой целью употребляются фрукты и овощи. Они содержат много фруктосахаридов, которые почти не всасываются, и снабжают нормальную флору толстой кишки питательными веществами. Целлюлоза, которой также богаты овощи и фрукты, вообще не всасывается организмом и доходит до толстой кишки в неизменном виде. Помимо питания полезных микробов она связывает и удаляет из организма вредные вещества и стимулирует нормальную работу всего кишечника. Больше всего целлюлозы содержится в хлебе с отрубями и в пищевых добавках, которые так и называются — «Отруби пшеничные» и «Отруби ржаные». Их можно купить в аптеке. Существуют такие препараты, как сироп фитолон, рекицен РД. Они могут применяться для подготовки условий для заселения кишечника нормальной флорой. Однако без пробиотиков дело, скорее всего, не обойдется.

**Пробиотики** — это препараты, содержащие нормальные формы микроорганизмов. Они выращены на основе флоры, взятой у здоровых людей, и невосприимчивы к большинству современных антибиотиков. Это значит, что прием антибактериальных



средств не препятствует их действию. Попадая в кишечник, особенно подготовленный предварительным назначением пребиотиков, они активно размножаются и постепенно вытесняют патогенных микробов из организма. Существуют сухие пробиотики, содержащие споры микроорганизмов, к ним относятся, например, бактисубтил, линекс, пробифор, бифилиз, и жидкие, которые содержат живые микробы. К ним относятся бифидумбактерин, лактобактерин, наринэ-форте, биовестин-лакто, хилак-форте. Считается, что жидкие пробиотики лучше усваиваются организмом, быстрее начинают действовать и, следовательно, более полезны. С другой стороны они очень чувствительны к температуре хранения, к атмосферному воздуху, который убивает полезные микробы и заметно снижает эффективность этих препаратов. К тому же они менее удобны для работающего человека — гораздо проще взять с собой на работу упаковку капсул, которая может лежать в кармане, чем 200-граммовый флакон, который нельзя хранить нигде, кроме холодильника. Исходя из этого и надо выбирать препарат.

Мне часто приходится назначать препараты для лечения дисбактериоза. Обычно я рекомендую их прием на фоне лечения антибиотиками, а также в случаях не очень грубого нарушения функции кишечника. Если у пациента достаточно времени для лечения жидкими пробиотиками, я рекомендую такую схему.

1. Сироп Фитолон по 1 столовой ложке 1 раз в день независимо от приема пищи. Продолжительность приема 1 месяц.

2. Наринэ-Форте 20–30 мл 2 раза в день после еды. Прием начать через три дня после начала лечения сиропом Фитолон. Препарат хранить в холодильнике, плотно закрывать пробкой во избежание контакта с воздухом! Продолжительность приема 20 дней.

При загруженности работой можно принимать сухие пробиотики в сочетании с пребиотиками в удобной расфасовке.

1. Рекицен РД по 1 столовой ложке 3 раза в день во время еды, запивая водой. Продолжительность приема 10–30 дней.
2. Линекс по 1 капсуле 3 раза в день после еды. Продолжительность приема от 7 дней до 3 недель.

*Одна из моих пациенток, постоянно получающая гормональный препарат преднизолон по поводу бронхиальной астмы, длительно страдала дисбактериозом. Она жаловалась на 1–3-кратный жидкий стул, отсутствие аппетита, слабость, похудение. Больная обследована в стационаре, тяжелых заболеваний, могущих вызывать подобную симптоматику, не выявлено. Неоднократно принимала короткие курсы пробиотиков (до 5 дней) без существенного эффекта. После назначения 25-дневного курса рекицена РД и линекса самочувствие улучшилось: полностью нормализовался стул, появился аппетит, увеличился вес, улучшилась работоспособность. Предыдущие курсы лечения не увенчались успехом, в основном, из-за их небольшой продолжительности. Кроме того, ранее она не принимала пребиотики. К настоящему времени наблюдение продолжается около трех лет. Симптомы дисбактериоза не рецидивировали, продолжается назначение профилактических*

*курсов 1 раз в три месяца в связи с постоянно действующим неблагоприятным фактором — гормональной терапией.*

Что касается диеты, то основные ее компоненты — продукты, содержащие пищевые волокна и фруктосахариды. Полезно употребление яблочного пюре по одному 250-граммовому стакану 3 раза в день. Назначаются каши, молочнокислые продукты, в основном, кефир и простокваша. Белый хлеб заменяется хлебом с отрубями.

Следует избегать копченостей, маринадов и продуктов, содержащих специи, а также грибов, лука, чеснока. Надо заметить, что все приведенные в этой главе препараты и диетические рекомендации никогда не приносят вреда. Единственным относительным противопоказанием для назначения препаратов, содержащих пищевые волокна, является обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Опыт показывает, что в этих случаях они иногда могут замедлить процесс выздоровления от этой болезни, но не очень значительно.

Пробиотики полезны всегда. Поэтому, если вы начнете прием препаратов этой группы, вреда себе наверняка не принесете, а польза может быть очень существенна.

В заключение отметим, что сложные случаи дисбактериоза могут лечиться с помощью бактериофагов (в том числе индивидуально выращенных), антибиотиков, энтеросорбентов. Самолечение такими препаратами не производится, их назначает только гастроэнтеролог.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ При дисбактериозе в толстой кишке человека увеличивается количество вредных микробов и уменьшается количество полезных.
- ☑ Дисбактериоз вызывается любыми неблагоприятными факторами, действующими на организм: стрессами, неправильным питанием, но главная причина — прием антибиотиков.
- ☑ Симптомы дисбактериоза неспецифичны: неустойчивость стула, снижение аппетита, вздутие живота и другие. Заболевание протекает хронически.
- ☑ Выделяются три направления лечения дисбактериоза: диета (фруктосахариды, пищевые волокна, молочнокислые продукты), пребиотики (биодобавки, содержащие пищевые волокна) и пробиотики (препараты, содержащие нормальные для кишечника микроорганизмы).
- ☑ Лечение осуществляется не менее 10 дней, а обычно дольше.
- ☑ При постоянно воздействующих факторах риска развития дисбактериоза курсы необходимо повторять. Описанные в этой главе препараты безопасны.

## Глава 30

### Почечная колика

Основным симптомом почечной колики является крайне интенсивная боль в поясничной области. Боль настолько сильна, особенно в первые минуты, что может сравниться лишь с инфарктом миокарда или травматическим шоком. Правда, некоторые больные, у которых была возможность сравнить, утверждают, что почечная колика все-таки сильнее. Боль может распространяться (иррадиировать) в живот, бедро, половые органы, но все-таки основной очаг боли расположен в пояснице. Очень часто у таких пациентов возникает желание положить ладонь на поясницу, что, как правило, не приносит облегчения. Кроме того, почечная колика нередко проявляет себя учащенным болезненным мочеиспусканием и рвотой, возникающей на высоте болей и не улучшающей состояния. Между возникновением боли и обращением к врачу проходят лишь минуты — настолько нестерпима эта боль.

*Однажды ночью я был разбужен телефонным звонком. Звонил пациент, которого я ранее наблюдал по поводу гипертонической болезни. Страдальческим голосом он рассказал мне, что минут пять назад у него возник непреодолимый позыв на мочеиспускание, сразу после которого у него возникла сильнейшая боль в левой поясничной области. Подобной боли он не испытывал ни разу в жизни. Была 2-кратная рвота, не принесящая облегчения. Услышанных мной сведений было вполне доста-*

*точно для постановки предварительного диагноза. Столь сильная боль, которая заставляет сразу после ее возникновения забыть о приличиях и позвонить ночью, сопровождающаяся рвотой и позывом на мочеиспускание, возникшая у относительно молодого и не страдающего тяжелыми хроническими заболеваниями пациента, да еще и слева (не с той стороны, где расположен аппендикс) — это, скорее всего, почечная колика.*

*Рекомендовано приложить к пояснице теплую грелку и срочно вызывать неотложную помощь. Больной был госпитализирован, диагноз подтвержден УЗИ и внутривенной урографией. Камень вышел на следующий день. С тех пор прошло 4 года, боли не возобновлялись.*

Чтобы разобраться в причинах этого заболевания, надо представить себе анатомическое строение мочевыводящих путей. Моча, образовавшаяся в плотном веществе почки, выходит в почечную лоханку, затем по узкому мочеточнику попадает в мочевой пузырь, после чего выводится из организма через мочеиспускательный канал.

Мочекаменная болезнь — это наследственное заболевание, проявляющееся в образовании в мочевыводящих путях камней. Они состоят из кальция и солей — фосфатов, оксалатов или уратов. Образуясь в почечных лоханках, они могут мигрировать из них в мочеточник, преграждая путь оттоку мочи и вызывая боль.

Кстати, интенсивность боли не зависит от того, гладкая поверхность у камня или шероховатая. Слизистая оболочка мочеточника нечувствительна к боли. Выраженность болевого синдрома зависит

лишь от того, в какой степени перекрыт просвет мочеточника. Наиболее сильная боль возникает при так называемом блоке почки — полном прекращении оттока мочи. Продвигаясь по направлению к мочевому пузырю, камень может вызывать режущие боли внизу живота. Это благоприятный симптом, свидетельствующий о том, что заболевание близко к завершению.



Мочевыводящие пути: 1 — почка, 2 — мочеточник,  
3 — мочевой пузырь, 4 — мочеиспускательный канал

При возникновении какого-либо препятствия на пути ее следования через мочеточник происходит переполнение мочой почечной лоханки, что приводит к растяжению почечной капсулы — тонкой оболочки, покрывающей почку снаружи. Это приводит к ухудшению кровообращения в капсуле, что и вызывает боль.

Главными причинами почечной колики являются мочекаменная болезнь и пиелонефрит.

При пиелонефрите причины, вызывающие боль, те же самые, за исключением того, что просвет мочеточника преграждается не камнем, а сгустком слизи.

Наиболее эффективным методом лечения почечной колики является согревание поясничной области. Как правило, это мероприятие позволяет в считанные минуты уменьшить или даже полностью снять боль. Правда, для того, чтобы применять этот метод, надо быть уверенным в том, что боль вызвана именно почечной коликой, а не какой-либо другой болезнью, так как при многих воспалительных заболеваниях органов брюшной полости грелка противопоказана. Поэтому следует пользоваться грелкой только в случае, если почечная колика возникла не впервые и возникшие симптомы вам уже хорошо знакомы либо после осмотра врача. Вместо грелки можно использовать даже теплую ванну. Кстати, в урологических отделениях некоторых больниц используется такой метод лечения: если не удастся снять боль различными лекарственными средствами, больного погружают в специально приготовленную ванну с теплой водой, что нередко приносит существенное облегчение. Надо заметить, что после прекращения действия тепла болевой синдром быстро возобновляется.

Механизм действия тепла при почечной колике прост. Как мы знаем, боли при этом заболевании связаны с ухудшением кровоснабжения почечной капсулы. Тепло вызывает расширение сосудов, пи-



тающих ее, что и уменьшает боль. Кстати, на этом же основан современный метод обезболивания родов: роженица поливает живот теплой водой из душа, что улучшает кровоснабжение матки и уменьшает боль.

Второй метод лечения — назначение препаратов, способствующих выведению камня из мочеточника. Таким действием обладает индийский препарат цистон. Он стимулирует «змееобразные» движения мочеточника, что продвигает камень в направлении к мочевому пузырю, в результате чего сокращается продолжительность болевого приступа. Кроме того, этот препарат обладает спазмолитическим и обезболивающим действием. Во время приступа его назначают по 3 таблетки 3–4 раза в день. В межприступный период цистон принимают по 1 таблетке 3 раза в день для профилактики камнеобразования и выведения мелких камней и песка.

Немедикаментозным методом, направленным на выведение камня, являются физическая активность и употребление больших количеств теплой воды. Правда, эти способы могут вызвать значительное усиление боли, поэтому всем подряд их рекомендовать нельзя. Но, по крайней мере, надо учитывать, что неподвижное положение тела не способствует скорейшему отхождению камня — двигаться все-таки надо, несмотря на боль.

Движения — ходьба, бег и прыжки — «вытряхивают» камень из мочевыводящих путей, а теплое питье увеличивает выделение мочи, что создает давление на камень и тоже ведет к его быстрейшему продвижению.

Конечно, при почечной колике используются и обычные обезболивающие средства — анальгетики и спазмолитики: баралгин, но-шпа и другие.

В стационаре проводится введение наркотических анальгетиков, а в случае особо упорного болевого синдрома может применяться новокаиновая блокада. Если почечная колика вызвана пиелонефритом, проводят лечение этого заболевания, что также способствует прекращению болей и препятствует их повторению.

Продолжительность приступов почечной колики различна. Иногда приступ проходит еще до прибытия врача — за каких-то 15–20 минут. В худшем случае он длится не один день и проходит лишь после применения специальных методов лечения, которые можно осуществить лишь в стационаре.

При возникновении симптомов почечной колики, особенно если они возникли впервые, необходимо срочное обращение к врачу. В Санкт-Петербурге в таких случаях вызывается неотложная помощь из районной поликлиники. В других городах и в Ленинградской области вызывают «скорую помощь» по телефону 03.

Целью вызова является постановка точного диагноза и введение обезболивающих средств. Во время ожидания врачебной бригады надо соблюдать постельный режим, приложить теплую грелку к пояснице (только если есть уверенность, что это именно почечная колика!). Мочиться следует в банку, это поможет обнаружить вышедший камень.

Если обезболивающие средства не помогли и боль по-прежнему сильна, следует ехать в стационар.

При уменьшении боли можно остаться дома и продолжать лечение до выхода камня. Повышение температуры, усиление болей и появление каких-либо новых симптомов являются поводом для повторного вызова врача и госпитализации.

Основная причина почечной колики — мочекаменная болезнь, которая относится к заболеваниям, сопровождающим человека в течение всей его жизни. Поэтому профилактика камнеобразования должна проводиться постоянно.

Диета, рекомендуемая при мочекаменной болезни, заключается в ограничении продуктов и веществ, усиливающих выделение кальция с мочой. К таким продуктам относят любое мясо, его лучше заменить растительными белками — например, продуктами из сои.

Поваренная соль в больших количествах также вредна. Вместо нее можно использовать приправы, придающие острый вкус пище, но не содержащие большого количества соли — например, красный перец, чеснок. Надо ограничивать кофе, алкогольные напитки, сласти.

Полезны продукты, содержащие большое количество пищевых волокон: овощи, фрукты, хлеб с отрубями. Эстрогенные препараты, принимаемые женщинами в качестве заместительной терапии при климаксе или как контрацептивы, могут приводить к камнеобразованию.

Опыт показывает, что люди, перенесшие в жизни один или несколько приступов почечной колики (а таких, к счастью, большинство), не очень строго соблюдают диету. Врачи относятся к этому с пони-

манием. Но если у человека есть предрасположенность к камнеобразованию и приступы возникают часто, роль диеты возрастает, и пренебрегать ею нельзя.

Высокая концентрация мочи способствует камнеобразованию, следовательно, надо употреблять большое количество воды для механического «промывания» мочевыводящих путей. Достаточным количеством является 2–2,5 литра. Обильное питье противопоказано больным, страдающим сердечной недостаточностью, гипертонической болезнью, при некоторых других состояниях.

Существуют лекарственные препараты для профилактики образования камней в почках. К ним относятся цистон, фитолизин, уралит-У, различные сборы трав. Вопрос об их применении должен решать специалист. Подбираются они индивидуально.

## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Почечная колика — это заболевание, возникающее в результате нарушения оттока мочи от почки. Главные ее причины — мочекаменная болезнь и острый пиелонефрит.
- ☑ Отличительными симптомом боли при почечной колике являются ее локализация в поясничной области, крайняя интенсивность, позывы на мочеиспускание (не обязательно) и рвота на высоте болей, не приносящая облегчения.
- ☑ Лечение почечной колики в домашних условиях проводится с помощью согревания поясничной области грелкой (либо принятием теплой ванны), обезболивающими препаратами и препаратом цистон, который стимули-

рует отхождение камня. Неподвижное положение тела нежелательно — боль в таком случае длится дольше.

Для профилактики камнеобразования применяют диету, заключающуюся в ограничении соленых, сладких продуктов, ограничении мяса и увеличении количества потребляемой жидкости.

## Глава 31

### Острый пиелонефрит

Острый пиелонефрит — острое воспаление почек и почечных лоханок.

Для этого заболевания характерна триада симптомов: повышение температуры, боль в поясничной области и расстройства мочеиспускания. Чаще всего заболевание связано с простудой. После переохлаждения больные жалуются на ломоту в пояснице, жжение при мочеиспускании и частые позывы. Температура повышается до высоких цифр — 39–40 градусов. Могут наблюдаться тошнота, рвота, слабость, снижение аппетита.

Не всегда заболевание протекает с классическими симптомами. Нередко единственным проявлением пиелонефрита бывает лихорадка. В этом случае поставить диагноз бывает непросто. На помощь приходит знание того факта, что пиелонефрит является часто повторяющимся заболеванием. И если вы раньше болели пиелонефритом со всеми характерными симптомами, то в случае повышения температуры, не сопровождающегося никакими другими жалобами, вероятность этого заболевания весьма высока. Надо отметить, что примерно в половине случаев высокой неясной лихорадки при обследовании выявляется острый пиелонефрит.

В молодом возрасте большинство заболевших составляют женщины. Объясняется это просто — длина мочеиспускательного канала у них неболь-

шая, и инфекция легко попадает в мочевой пузырь, а затем и дальше — в почечные лоханки.

Кроме того, при беременности отток мочи от почек затрудняется, что тоже способствует развитию пиелонефрита.

После 40–50 лет пиелонефрит все чаще поражает мужчин. Это связано с гипертрофией предстательной железы, затрудняющей отток мочи. После 70 лет пиелонефрит у мужчин — весьма распространенная патология.

Для постановки диагноза необходимо сдать анализы крови и мочи, а в сложных случаях дополнительно проводится УЗИ почек и внутривенная урография. Для правильной оценки анализа мочи надо правильно ее собрать, чтобы избежать ложных результатов, а бывает это довольно часто. Запомните, что собирать надо среднюю порцию. То есть сначала надо помочиться в унитаз, затем в банку для анализа, а затем опять помочиться в унитаз. Кроме того, анализ должен быть свежим. Собирать его надо непосредственно перед сдачей.

Лечение острого пиелонефрита идет по трем направлениям.

1. Назначение большого количества жидкости. Ускорение выведения мочи ведет к механическому смыванию инфекции из мочевыводящих путей и к тому же снимает интоксикацию. Могут быть назначены мочегонные фитопрепараты, наиболее известным из которых является лист брусники. Его положительное действие усиливается при назначении вместе с ним раствора соды 1/4 ложки на 1/2 стакана

воды. Хорошим мочегонным и антисептическим действием обладает фитолизин. Его можно использовать даже в случае тяжелых воспалений.

2. Местное тепло. Не вызывает сомнений факт, что теплое укутывание поясницы облегчает течение пиелонефрита и препятствует возникновению рецидивов. Даже после снятия острых симптомов желательно носить теплое белье и избегать простуд. Неблагоприятное действие оказывает охлаждение ног.
3. Антибактериальная терапия. В большинстве случаев пиелонефрита не удастся обойтись без этих препаратов. Существует две группы антибактериальных средств, которые назначаются при пиелонефрите. Первая группа — нитрофураны, к которым относятся фурадонин, фуразолидон и некоторые другие. Они высокоэффективны и дешевы, но относительно тяжело переносятся, часто вызывая тошноту, рвоту и аллергические реакции. Обычно они назначаются по 100 мг 4 раза в день. Нитрофураны окрашивают мочу в интенсивно желтый цвет, не пугайтесь этого. Вторая группа — антибиотики. Чаще всего назначают препараты из группы фторхинолонов, например, ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день. Может назначаться палин по 1 капсуле 2 раза в день. Есть препарат 5-НОК, который состоит из двух компонентов — препарата группы нитрофуранов и антибиотика. Он назначается по 100 мг 4 раза в день.



## РЕЗЮМЕ

---

- ☑ Для пиелонефрита типична триада симптомов: повышение температуры, боль в поясничной области и расстройства мочеиспускания.
- ☑ Пиелонефрит может иногда проявляться только повышением температуры. В этих случаях поставить диагноз можно, используя лабораторную и инструментальную диагностику: анализы крови, мочи, УЗИ, внутривенную урографию.
- ☑ Для получения правильных результатов анализа мочи собирайте среднюю ее порцию при мочеиспускании и сдавайте мочу сразу после ее сбора.
- ☑ Основные направления лечения: назначение большого количества жидкости, местное тепло и антибиотики. Соблюдайте правила приема антибиотиков, приведенные в главе про пневмонию!

## Приложение 1

### Первая помощь при травмах

В загородных поездках, походах, да и просто дома возможно получение травм, для лечения которых необходимо обладать навыками по оказанию самопомощи и помощи окружающим. Конечно, тяжелые травмы подразумевают вызов врача, но в большинстве случаев правильные действия могут облегчить боль и, главное, улучшить прогноз. Программу помощи при различных травмах и несчастных случаях надо изучить заранее, чтобы в ситуации, требующей четких и спокойных действий, не растеряться и сделать все возможное для облегчения состояния пострадавшего. Естественно, для оказания помощи надо запастись аптечкой, примерный состав которой приведен в отдельной главе.

#### Ушибы

Ушибы — наиболее частый вид повреждений, который может как встречаться самостоятельно, так и сопутствовать другим более тяжелым травмам (вывихи, переломы, повреждения внутренних органов). Ушиб обычно является следствием падения с небольшой высоты или удара, нанесенного тупым предметом. Наиболее часто мы встречаемся с ушибами кожи и подкожной клетчатки. Основными симптомами ушиба являются боль, припухлость, гематома (синяк, кровоизлияние в ткани), наруше-

ние функции. Боль возникает сразу в момент получения травмы и может быть весьма значительной, в течение нескольких часов боль стихает. Практически сразу после повреждения появляется болезненная припухлость, которая нарастает в течение нескольких часов (до конца первых суток).

Время проявления гематомы (кровоизлияния) зависит от ее глубины. При ушибе кожи и подкожной клетчатки гематома становится видна практически сразу. При более глубоком расположении гематома проявится снаружи в виде кровоподтека лишь на 2–3-е сутки. Цвет кровоподтека меняется с течением времени. Свежий кровоподтек красного цвета, затем его окраска становится багровой, а через 3–4 дня он синее. На 5–6-й день кровоподтеки становятся зелеными, а затем желтыми, после чего постепенно исчезают.

Таким образом, по цвету кровоподтека можно определить давность повреждений. Нарушение функции при ушибе происходит обычно не сразу, а по мере нарастания гематомы и отека. Страдают обычно активные движения: человек, например, не может самостоятельно согнуть поврежденную руку или ногу из-за сильной боли, но конечность может сгибаться пассивно (с помощью другого человека), хотя это тоже весьма болезненно. Этим ушибы отличаются от переломов и вывихов, при которых уменьшение объема движений возникает сразу после травмы и касается как активных, так и пассивных движений.

Лечение ушибов довольно простое. Для уменьшения развития гематомы и травматического отека как можно раньше следует местно применить холод

и покой. Ушибленное место можно поместить под холодную проточную воду, приложить снег или лед, забинтовать мокрым полотенцем. Для уменьшения движений при ушибах в области суставов накладывают давящую повязку (как можно раньше от момента получения травмы). Для уменьшения отека применяют возвышенное положение конечности. Холод приносит пользу больному в течение первых 12–24 часов, а затем для рассасывания гематомы и уменьшения отека можно использовать тепло — местные согревающие компрессы или фастум-гель, мазь «Капсикам» или мазь индовазин, которая содержит обезболивающий компонент и средство для рассасывания отека. Продолжительность лечения зависит от тяжести ушиба, но обычно не превышает 10 дней.

## Растяжения

Растяжения обычно возникают при движениях в суставе, превышающих его физиологический объем, или при движении в не свойственном суставу направлении. Чаще повреждаются связки суставов, особенно голеностопного (при подворачивании стопы). Клиническая картина при растяжении напоминает ушиб с локализацией в области суставов. Здесь также наблюдаются боль, припухлость и гематома, а нарушение функции сустава выражено еще в большей степени, чем при ушибе.

При появлении симптомов растяжения необходимо наложить давящую повязку и применить холод на место повреждения.

Перелом костей может протекать с симптомами, похожими на растяжение, поэтому в ближайшее время необходимо обратиться в травмпункт, где рентгеновский снимок поможет снять сомнения в диагнозе.

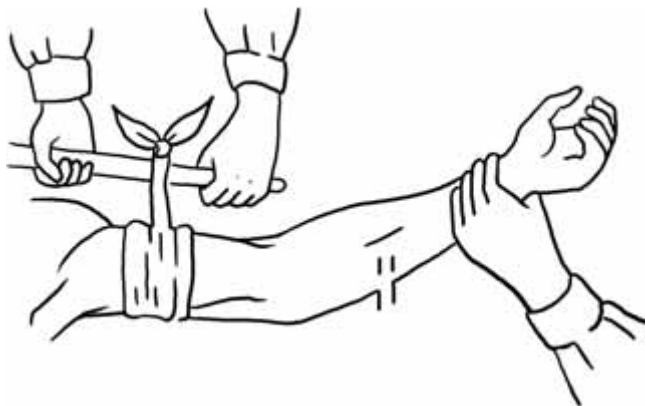
Лечение в случае растяжения в общем такое же, как при ушибах.

## Кровотечения

Первое, что необходимо установить при кровотечениях, — какие кровеносные сосуды повреждены: вены, артерии, капилляры. Именно от этого будет зависеть первая помощь.

**Артериальное кровотечение** характеризуется ярко-алым цветом крови, вытекающим из раны толчкообразными движениями. Это наиболее опасный вид кровотечения, так как скорость кровопотери обычно очень велика даже при повреждении небольших по размеру сосудов, например, артерий кисти. Для экстренной остановки кровотечения необходимо прижать артерию к кости пальцами либо, если это бедренная артерия, — кулаком. Однако долго удерживать пальцы с таким усилием не удастся, поэтому пока вы удерживаете артерию пальцами, кому-то надо срочно приготовить резиновый жгут. Его надо наложить выше места повреждения на бедро или плечо, причем первые 2–3 оборота вокруг конечности производить с максимальным растяжением, чтобы, сжимаясь, он пережал артерию. Перед его наложением оберните конечность тканью и немного ее приподнимите. Если резинового жгута нет, можно воспользоваться закруткой — нало-

жить на конечность выше места повреждения кусок ткани, затем закрутив его, как показано на рисунке, до полной остановки кровотечения.



Наложение жгута

Слабо наложенный жгут может усилить кровотечение. Критерием правильности наложения жгута является побледнение конечности, полная остановка кровотечения и отсутствие пульса на конечности. Жгут может быть наложен не больше, чем на 2 часа летом и на 1 час зимой, поэтому под жгут необходимо вложить записку, где будет указано время наложения жгута. После этого необходимо как можно скорее доставить пострадавшего в больницу. Лучше, если это будет сделано в условиях машины «скорой помощи», но если время ее ожидания будет слишком велико, например, в загородной поездке, допустима госпитализация своим транспортом.

Если транспортировка затягивается на срок, превышающий максимально допустимый, жгут

можно ослабить на 10 минут, применяя при этом пальцевое прижатие артерии. В противном случае возможно омертвление конечности.

При **венозном кровотечении** кровь более темная, чем при артериальном, и течет из раны медленнее и равномерно. Для его остановки давящая повязка накладывается ниже раны, поскольку венозная кровь поднимается от периферических сосудов к сердцу. Такая повязка состоит из нескольких стерильных марлевых салфеток или неразмотанного бинта, на которые накладывают жгут или эластичный бинт. О правильности наложения венозного жгута свидетельствует остановка кровотечения, но сохранение пульсации ниже места прижатия. На место кровотечения после наложения повязки надо наложить пузырь со льдом или грелку, наполненную холодной водой. Не забывайте, что через 30–40 минут холод необходимо убрать на 10 минут, чтобы восстановить общий кровоток в этой области. Если кровотечение происходит из конечности, ей следует придать возвышенное положение.

**Капиллярное кровотечение** характеризуется медленным истечением крови со всей поверхности раны. Такое кровотечение наименее опасно, но все же требует экстренной помощи. В таких случаях рану надо промыть перекисью водорода, удалить все инородные тела из нее, а затем обработать ее края настойкой йода, следя, чтобы она не попала в саму рану. Вместо перекиси водорода можно использовать раствор хлоргексидина, который лучше обеззараживает, но не обладает кровоостанавливающим действием. Затем на рану накладывают несколько слоев марлевых салфеток, которые фиксируют

давящей повязкой. Затем к месту кровотечения прикладывают холод, а если рана находится на конечности, ей придают возвышенное положение.

## Переломы

Признаки перелома — это нарушение формы и функции конечности, отек и боль в точке перелома. Переломы делятся на открытые (сопровождавшиеся появлением раны) и закрытые. Открытые переломы значительно опаснее, так как рана служит «входными воротами» для инфекции.

Если перелом произошел дома, следует немедленно вызвать бригаду «скорой помощи» и не пытаться оказать никакую помощь, кроме приема обезболивающих средств (например, анальгина) и придания поврежденной конечности максимального покоя. Не забудьте только снять все кольца с пальцев — при возникновении отека из-за травмы, что встречается почти всегда, кольцо потом снять будет тяжело, и оно может нарушить кровообращение пальца, на который оно надето.

### В случае получения травмы за городом или в походе

- ♦ Если есть рана и кровотечение (при открытом переломе), прежде всего остановите кровотечение.
- ♦ Дайте пострадавшему обезболивающее (анальгин или кеторол). Допустимо введение этих препаратов внутримышечно при наличии навыков.
- ♦ Обеспечьте иммобилизацию поврежденной конечности. Для этого надо наложить шину. При отсутствии фабрично изготовленной шины вместо нее можно использовать любой подручный материал — прочные палки, доски, лыжные палки, детали каркаса рюкзака.



- ♦ Постарайтесь как можно быстрее доставить пострадавшего в больницу. По дороге не давайте пить и есть, при усилении болей можно повторно ввести обезболивающие.

### **Правила наложения шины**

- ♦ Шина должна фиксировать не менее двух суставов, а при переломе бедра — все суставы нижней конечности. Это правило часто нарушают даже практикующие врачи, но следствием подобной ошибки является обычно смещение отломков во время транспортировки пациента. Если у пострадавшего перелом голени, то шина должна фиксировать голеностопный и коленный суставы. Если сломано бедро — то голеностопный, коленный и тазобедренный суставы. При переломах предплечья фиксируют лучезапястный и локтевой суставы, плеча — локтевой и плечевой суставы.
- ♦ Перед наложением шины ее необходимо подогнать под размер поврежденной конечности. Подгонку шины проводят на себе, чтобы не нарушать положение травмированной части тела.
- ♦ Шину накладывают поверх одежды и обуви, которые при необходимости разрезают.
- ♦ Для предупреждения сдавливания тканей в местах костных выступов накладывают мягкий материал.
- ♦ Шину нельзя накладывать с той стороны, где выступает сломанная кость.

Иммобилизацию обычно проводят вдвоем — один из оказывающих помощь осторожно приподнимает конечность, не допуская смещения отломков, а другой — плотно и равномерно прибинтовывает шину к конечности, начиная от периферии. Концы пальцев, если они не повреждены, оставляют открытыми для контроля за кровообращением. При ограни-

ченном количестве перевязочных средств шины фиксируют кусками бинта, веревки, ремнями.

И последнее. Если вы сомневаетесь в существовании перелома, надо действовать так, как будто он есть. Лучше напрасно провести наложение шины, чем оставить перелом незашинированным. Транспортировка без шины может существенно увеличить тяжесть перелома, вызвав тяжелейшие, иногда смертельные осложнения.

## Ожоги

Ожогами называют повреждения тканей организма, возникшие в результате местного воздействия высокой температуры (термические ожоги), химических веществ (химические ожоги), электрического тока (электрические ожоги), ионизирующего излучения (лучевые ожоги). Термические ожоги вызываются пламенем, горячими жидкостями и паром, воздействием раскаленных предметов. Химические ожоги — действием едких щелочей, крепких растворов кислот, йода, марганцовокислого калия и т. д.

Особенностью электрических ожогов является дополнительное поражение электромагнитным полем внутренних органов (электротравма). Лучевые ожоги могут быть вызваны инфракрасным, ультрафиолетовым и ионизирующим излучением, при этом всегда есть и общие изменения в организме (лучевая болезнь).

Тяжесть ожога зависит от глубины и площади поражения тела. По глубине ожоги делятся на четыре степени.

**I степень** характеризуется повреждением самого поверхностного слоя кожи (эпидермиса), состоящего из эпителиальных клеток. При этом появляется покраснение кожи, небольшая припухлость, сопровождающаяся болезненностью. Через два-три дня эти явления самостоятельно проходят, и после ожога не остается никаких следов, исключая незначительный зуд и шелушение кожи.

**II степень** отличается образованием пузырей с желтоватой жидкостью на фоне покраснения кожи. Пузыри могут образовываться сразу после ожога или спустя некоторое время. Если пузыри лопаются, то обнажается ярко-красная эрозия. Заживление при этой степени происходит обычно к 10–12-му дню без образования рубцов.

**III степень** ожогов характеризуется большей глубиной поражения с омертвением тканей (некроз) и образованием ожогового струпа. Струп представляет собой сухую корку от светло-коричневого до почти черного цвета; при ошпаривании же струп бывает мягким, влажным, белесовато-серого цвета. Выделяют IIIА степень, при которой сохраняются эпителиальные элементы кожи, являющиеся исходным материалом для самостоятельного заживления раны, и IIIБ степень, при которой все слои кожи полностью погибают и образовавшаяся ожоговая рана заживает посредством рубцевания.

**IV степень** ожогов сопровождается обугливанием кожи и поражением глубжележащих тканей — подкожной жировой клетчатки, мышц и костей.

Ожоги I–IIIА степени считаются поверхностными, а ожоги IIIБ–IV степени — глубокими. Точно определить степень ожога (особенно отличить IIIА

от IIIБ) можно только в медицинском учреждении при использовании специальных диагностических проб.

Для приблизительного определения площади пораженной поверхности пользуются «правилом ладони»: площадь ладони пострадавшего приблизительно равна 1% от площади поверхности его тела. Для взрослых людей критическим состоянием считается тотальный ожог I степени, ожоги II–IIIА степени более 30% поверхности тела (хотя при правильном лечении спасают жизнь и при ожогах более 60%). Опасен для жизни глубокий ожог 10–15% поверхности тела, а также ожоги лица, верхних дыхательных путей и промежности. При обширных поверхностных ожогах и глубоких ожогах более 10% поверхности тела высока вероятность развития ожогового шока, причинами которого являются сильный болевой синдром и большая потеря жидкости через ожоговую поверхность. Для этого состояния характерно нарастание заторможенности вслед за кратковременной стадией возбуждения, человек зябнет, его мучает жажда, пульс учащается, артериальное давление падает, уменьшается мочеотделение. В особо тяжелых случаях пострадавший теряет сознание, моча становится темно-коричневого цвета. Ожоговый шок является первой стадией ожоговой болезни и всегда представляет опасность для жизни пострадавшего, лечить его можно только в условиях стационара.

Ориентировочно определить прогноз для жизни при ожоге можно с помощью сложения возраста и площади ожога. При этом если сумма составляет до 65 единиц, прогноз благоприятный, до 90 — сомни-

тельный, а более 90 единиц — неблагоприятный. Как видите, даже небольшой ожог для пожилых людей может иметь фатальные последствия, а молодые пациенты выздоравливают даже при относительно большой площади повреждения.

В первую очередь необходимо срочно потушить горящую на пострадавшем одежду. Это можно сделать с помощью воды или накрыв пострадавшего плотной тканью — брезентом, курткой, чтобы прекратить доступ кислорода к горящей поверхности. Мечущегося или бегущего человека нужно остановить, так как при движении пламя усиливается. Необходимо немедленно сбросить горящую или тлеющую одежду. Не сбивайте пламя незащищенными руками! Такие действия приводят к ожогу ладоней. Они заживают медленно, и, самое главное, если кожа ладоней будет повреждена настолько, что потребует пересадки, пересаженная кожа не будет обладать такой же толщиной, как изначальная. Это приведет к повышенной травматизации ладоней в дальнейшем.

Повреждение обожженных тканей продолжается еще некоторое время после устранения термического агента, что связано с действием самих обожженных тканей, нагретых до высокой температуры. Поэтому на этом этапе самой необходимой помощью является охлаждение. Оно достигается с помощью проточной холодной воды, льда или снега и должно проводиться в течение 12–15 минут.

Опыт показывает, что наиболее распространенной ошибкой пострадавших от ожогов является слишком малая продолжительность охлаждения обожженной поверхности, а также отказ от этой про-

цедуры из-за отсутствия чистой воды. Помните, что охлаждение любой водой, даже грязной, приносит неоценимую помощь при ожогах, помогая уменьшить степень поражения при любой их тяжести. Нельзя сразу после воздействия поражающего фактора использовать мази, так как они уменьшают теплоотдачу, что увеличит глубину поражения.

После охлаждения с обожженных частей тела нужно аккуратно срезать одежду, наложить на ожоговую поверхность асептическую повязку (стерильная салфетка, бинт) и отправить пострадавшего в медицинское учреждение. При ожоге паром пострадавшего нужно сразу же облить холодной водой, а затем очень осторожно снять одежду, так как вместе с ней можно «содрать» поврежденную кожу и ткани. Одежду же лучше разрезать ножницами и удалять по частям. При ожогах первой степени, которые характеризуются только покраснением и болью, достаточно после охлаждения смочить обожженное место водкой, наложение повязки не обязательно. При глубоких и обширных ожогах необходимо дать пострадавшему обезболивающее, укутать, дать теплое питье, желательно — щелочное (минеральную воду или раствор 1/2 чайной ложки соды и 1 чайной ложки поваренной соли на литр воды). Транспортировка в стационар осуществляется как можно скорее, по дороге надо наложить на ожоговую поверхность стерильную повязку, смочить ее раствором новокаина.

При химических ожогах требуется обильно промыть ожоговую поверхность водой (лучше проточной) в течение 10–15 минут, а лучше дольше (до получаса).

Это позволит полностью удалить воздействующий агент, уменьшив степень поражения. Единственный случай, когда проточная вода может повредить, — это ожог негашеной известью. В этом случае необходимо механическое удаление кусочков извести либо смывание их растительным маслом. После этого надо наложить стерильную повязку и доставить пострадавшего в больницу.

Ожоги лечатся только в стационаре либо под наблюдением специалиста. Исключение составляют ожоги, имеющие небольшую поверхность и глубину (I–II степень). Небольшие ожоги первой степени лечатся с помощью повязок с препаратами «Пантенол» или «Олазол», способствующими быстрому заживлению и снятию боли. При II степени ожога в первые 1–2 дня целостность пузыря нарушать не надо, на поверхность раны накладывают повязку, которую постоянно смачивают раствором фурацилина. На 3-й день пузырь рассекают, после чего жидкость из пузыря вытекает. Наложение влажно-высыхающих повязок продолжают до 7–12-го дня, в зависимости от состояния.

## Обморожения

Отморожение представляет собой омертвление и реактивное воспаление тканей, возникающее в результате нарушений кровообращения под действием низких температур. Чаще всего подвержены отморожениям плохо защищенные от мороза периферические части тела — пальцы рук и ног, нос, уши, щеки. Обратите внимание, что отморожение может

наступить не обязательно при воздействии отрицательных значений температуры, но и при температуре, близкой к нулевой отметке, при наличии высокой влажности и ветра (частые отморожения стоп у рыбаков, отморожения у моряков во время кораблекрушений).

Способствует отморожению сдавление ног тесной обувью, лыжными креплениями или длительное сжатие чего-либо в руках (оружия, рычагов управления и т. д.), в результате чего нарушается кровообращение. Факторами, предрасполагающими к отморожению, являются общее ослабление организма вследствие кровопотери, голодания, авитаминоза и утомления.

Более 60 % пострадавших получают отморожения в состоянии алкогольного опьянения. Значительно выше риск отморожений у людей, страдающих облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, заболеваниями вен, сахарным диабетом. Кроме того, плохо сказывается повторное воздействие низких температур (повторные отморожения).

Продолжающееся действие холода приводит вначале к расширению (щеки — румяные, уши — красные), а затем к спазму кровеносных сосудов, в результате чего нарушается питание тканей, и мы видим побеление участка кожи.

Человек при этом может чувствовать боль, онемение, а может и не чувствовать ничего («Ой, у тебя на щеках белые пятна!»).

Внешне на этом этапе определить степень отморожения невозможно: можно только предположить, что чем ниже была температура и длительнее воздей-



ствие, тем хуже. При согревании сосудистый спазм сменяется паралитическим расширением сосудов (так называемый реактивный период). Именно в этот период и идет основное разрушение тканей. Специфические симптомы, позволяющие определить степень отморожения, обычно появляются в полном объеме к концу первых суток.

В зависимости от глубины поражения выделяют 4 степени отморожения.

**I степень** отличается поражением кожи в виде обратимых расстройств кровообращения. После согревания бледная кожа становится синюшно-красной, болезненной и отечной. Болезненные явления проходят через несколько дней, но отмороженная часть тела еще долго остается чувствительной к низким температурам.

**II степень** характеризуется появлением на пораженном участке на фоне красно-синюшной кожи пузырьков, наполненных мутной жидкостью. Выражен болевой синдром. Восстановление наступает через 2–3 недели.

**III степень** выделяется омертвением всей толщи кожи. На красно-синюшной, отечной, уплотнившейся коже появляются очаги некроза (омертвения тканей), пузыри, заполненные темной жидкостью. После отторжения погибших тканей раневая поверхность восстанавливается рубцеванием (через 1–2 месяца), при обширном поражении необходима кожная пластика.

**IV степень** характеризуется поражением толщи мягких тканей и кости с развитием гангрены. Лечение заключается в хирургическом удалении омертвевших тканей (при обширном поражении — ампутация). При

естественном течении процесса омертвевшие ткани постепенно отторгаются, образуя ампутационные культи, заживающие очень длительное время с образованием грубых деформирующих рубцов. Наряду с местными симптомами отморожения почти всегда есть изменения общего характера, которые связаны как с непосредственным влиянием низких температур на все системы организма (общее замерзание), так и со всасыванием в кровь продуктов распада поврежденных тканей и присоединением инфекции.

Общее замерзание возникает при длительном пребывании при низких температурах, особенно быстро оно развивается в воде. Пребывание в ледяной воде в течение получаса может быть смертельно опасно, а при внезапном погружении в такую воду может наступить холодовой шок. Общему замерзанию способствуют предрасполагающие факторы, такие как утомление, голодание, алкогольное опьянение, неподвижность и т. д.

Начинается общее замерзание при снижении температуры тела до 34 градусов и протекает в виде следующих трех фаз.

**1. Приспособительная реакция** — все изменения в центральной нервной системе и в системе кровообращения носят обратимый характер. На этой стадии появляется мышечная дрожь, учащаются дыхание и пульс, кожные покровы становятся бледными.

**2. Ступорозная фаза** — происходит угнетение функций центральной нервной системы, возникает сонливость, мышечная дрожь исчезает, а расширенные периферические сосуды создают обманчивое ощущение тепла. Частота сердечных сокраще-

ний уменьшается, артериальное давление падает, дыхание становится поверхностным.

**3. Фаза угасания жизненных функций** — продолжается угнетение всех основных функций организма, пострадавший теряет сознание, наступают судороги, окоченение и, при отсутствии помощи, — смерть. Необходимо знать, что наступление смерти при замерзании происходит очень медленно, а продолжительность клинической смерти (то есть периода, когда реанимационные мероприятия еще могут быть эффективными) значительно превосходит такую при других состояниях и сильно зависит от температуры тела и температуры окружающей среды. Если вы оказываете помощь человеку с отморожениями, как можно раньше постарайтесь восстановить кровообращение в пораженных тканях. В легких случаях это удастся сделать путем растирания и постепенного согревания. Пострадавшему желательно войти (или, если он не в состоянии передвигаться сам, — внести его) в теплое помещение или положить его у костра, продолжая растирать. Обувь с пораженной конечности необходимо снимать осторожно и без усилий, чтобы не повредить отмороженные пальцы. Если без усилия это не удастся, то лучше разрезать обувь. Очень важна постепенность согревания: оно идет при комнатной температуре, ни в коем случае нельзя согревать конечность в горячей ванне, возле печки или близко от костра! При этом ткани прогреваются неравномерно, что вызывает тромбоз спазмированных сосудов и увеличивает глубину омертвения тканей.

Растирать побелевшие части тела достаточно чистой сухой рукой до покраснения кожи и появле-

ния чувства покалывания. Лучше растирание проводить спиртом, одеколоном или водкой, а при их отсутствии — мягкой перчаткой, меховым воротником или сухой чистой фланелью. Нельзя использовать для растирания снег, грубую ткань, рукавицу с намерзшим снегом и льдом, так как все это еще больше травмирует поврежденные ткани, а образующиеся царапинки позволяют проникнуть инфекции.

Для стимуляции кровообращения при растирании необходимо попросить пострадавшего двигать пораженной конечностью. Если кровообращение восстанавливается медленно, и кожа остается синюшной, возникает подозрение, что имеет место глубокое поражение тканей, и поэтому необходимо ускорить отправку пострадавшего в лечебное учреждение. Одновременно с растиранием пострадавшему желательно дать выпить горячего чая или кофе, при необходимости — обезболивающее. При общем замерзании следует немедленно любым способом согреть пострадавшего. Делать это необходимо постепенно. Пострадавшего необходимо внести в умеренно теплое помещение, раздеть его, а при затруднении с раздеванием — разрезать одежду по швам. При отсутствии дыхания — срочно приступить к реанимационным мероприятиям. Немедленно приступить к растиранию тела чистыми руками, теплой мягкой тканью, пока кожа не покраснеет. При возможности опустить пострадавшего в ванну с водой комнатной температуры, постепенно увеличивая температуру воды, которая в течение часа доводится до 36–37 градусов. Можно согревать человека, укутывая его теплыми одеялами. Согревая,

нужно постоянно измерять температуру тела, и когда температура станет нормальной, можно прекратить активное согревание и уложить пострадавшего в теплую постель. Когда замерзший начнет приходить в чувство, надо дать ему выпить горячего чая или кофе. Алкоголь может навредить, так как сам обладает способностью угнетать жизненно важные мозговые центры. Если пострадавший долго не приходит в сознание, необходимо дать ему понюхать ватку с нашатырным спиртом.

Только необширные отморожения I степени не требуют обращения в медицинское учреждение. При более глубоких отморожениях, а также во всех случаях общего замерзания помощь врачей необходима. Помните, что временное улучшение, возникшее после согревания, обычно сменяется ухудшением общего состояния, связанным с поступлением в кровь продуктов распада обмороженных тканей.

В медицинском учреждении для восстановления кровообращения используют спазмолитики (но-шпа, папаверин), дезагреганты (аспирин, трентал), препараты, улучшающие реологические свойства крови (реополиглюкин), гепарин; проводят дезинтоксикационную терапию (внутривенное введение солевых растворов, кровезаменителей); используют антибиотики для профилактики и лечения инфекционных осложнений; проводят меры по профилактике столбняка.

Местное лечение для отморожений I, II степени и большинства случаев III степени — консервативное и сходно с лечением ожогов.

После первичной обработки на место отморожения накладывают влажно-высыхающие повязки

с антисептиками. При наличии некрозов (участков омертвения тканей) используют ферментные препараты. перевязки делают через 2–3 дня. После очищения ран переходят на мазовые повязки, ускоряющие заживление.

При отморожениях IV степени и в некоторых случаях при III степени применяется хирургическое лечение.

## Укусы насекомых и змей

**Укус пчелы** характеризуется возникновением отека вокруг оставленного в ранке жала. При ужалении в шею или ротовую полость последствия укуса могут быть опасны из-за отека гортани с нарушением проходимости дыхательных путей. Еще хуже, если пострадавший страдает аллергией на яд пчелы, тогда отек гортани развивается бурно и может возникнуть при любой локализации укуса.

### При укусе пчелы необходимо:

- ♦ осторожно удалить жало;
- ♦ приложить холод к месту укуса;
- ♦ при начинающемся отеке гортани (охриплость голоса, затруднения дыхания) срочно ввести 4–5 ампул преднизолона внутривенно, внутримышечно или подкожно, в зависимости от имеющихся навыков;
- ♦ в случае менее выраженной аллергической реакции назначается кларитин или супрастин по 1 таблетке.

**Укус клеща** максимально опасен с мая по конец июня — именно в это время они могут быть переносчиками клещевого энцефалита. В случае присасывания клеща его необходимо как можно быстрее удалить.

Это делают с помощью пинцета или нитяной петли, которую затягивают на хоботке насекомого как можно ближе к коже. При этом постарайтесь тянуть его не прямо на себя, а осторожно раскачивая из стороны в сторону.

Если пытаться вытащить клеща руками, вероятность оторвать ему головку будет намного больше. Процедура упростится, если перед удалением на клеща капнуть растительным маслом и подождать несколько минут. После удаления насекомого ранку смажьте йодом или зеленкой.

В эпидемически опасных областях, а Санкт-Петербург и Ленинградская область относятся к ним, удаленное насекомое надо сохранить и срочно прийти с ним в медицинское учреждение, где его проверят на инфицированность вирусом. В нашем городе это инфекционная больница имени Боткина. Для экстренной профилактики энцефалита там проводят введение специфического противоклещевого иммуноглобулина.

**Укусы змей.** В Северо-Западном регионе ядовитые змеи не водятся, но некоторые любители содержат ядовитых змей в террариумах. Чаще всего в нашем регионе приходится встречаться с укусами полоза, гадюки и медянки.

Человека нужно уложить сразу после укуса и обеспечить ему полный покой, так как чем больше он будет шевелиться, тем быстрее яд распространится по организму. В первые минуты после укуса из ранки можно выдавить часть змеиного яда, если сдавить кожную складку так, что из ранки появится капля жидкости, которую сразу удаляют. В течение следующих 15–20 минут нужно отсасывать из раны яд.

Кровоостанавливающий жгут накладывать категорически нельзя, так как нарушение кровообращения усилит распад тканей в зоне укуса, а продукты этого распада отравляют организм укушенного. Змеиный яд распространяется по лимфатическим путям, поэтому имеет смысл выше места укуса наложить тугую повязку: полоска любой ткани завязывается достаточно плотно, но так, чтобы между тканью и кожей можно было просунуть два пальца. Такая повязка не мешает кровотоку, но несколько замедляет распространение яда.

По мере нарастания отека повязку нужно ослаблять, чтобы она не врезалась в ткани. Повязка накладывается на то время, пока отсасывают яд. Это может делать сам пострадавший или тот, кто ему помогает.

### **Отсасывание яда**

Процедура отсасывания яда представляет некоторую опасность для оказывающего помощь, если на слизистой его рта есть повреждения, но доза яда, которую можно получить таким образом, несоизмеримо меньше той, что получил укушенный змеей человек, поэтому риск в данной ситуации оправдан. Старайтесь как можно чаще сплевывать.

Человек, оказывающий таким образом помощь, рискует также заразиться всеми заболеваниями, передающимися через кровь.

Если какие-то причины вас останавливают, пользуйтесь не собственным ртом, а подручными средствами. Лучше всего подойдет какой-нибудь аналог медицинской банки: стеклянная стопка, стакан и пр.

Сначала поместите в нее горящий фитиль, а потом поставьте на кожу так, чтобы след от укуса оказался в центре банки. Кровь из ранки будет насасываться в банку.



Ранку нельзя прижигать, надрезать и заливать йодом, прикладывать траву. Пострадавшему нельзя давать спиртное, так как алкогольная интоксикация усиливает всасывание яда и ослабляет действие противозмеиной сыворотки. Закончив отсасывать яд, обработайте ранку антисептиком и наложите чистую повязку. Чтобы уменьшить интоксикацию, яд нужно как можно сильнее развести. Поэтому обязательно обеспечьте пострадавшему обильное теплое питье. Внутримышечно вводится 4–5 ампул преднизолона, затем пострадавший как можно скорее доставляется в медицинское учреждение, где есть возможность введения противозмеиной сыворотки.

## Тепловые и солнечные удары

Это состояние, которое связано с воздействием внешних тепловых факторов и обусловлено общим перегреванием организма. Тепловой удар может возникнуть в результате пребывания в помещении с высокой температурой и влажностью, во время длительных пеших переходов в условиях жаркого климата и при интенсивной работе в условиях жаркого климата.

Начальными признаками удара являются слабость, головокружение, тошнота, рвота, головная боль, затем наступают потеря сознания, судороги, возможна остановка дыхания и сердца.

Следует немедленно поместить пострадавшего в прохладное место (в тень), обеспечить доступ свежего воздуха, затем положить мокрое полотенце или бутылки с холодной водой на шею, в пах и под-

мышки — места прохождения крупных сосудов. Протереть тело мокрым холодным полотенцем, обмахивая пострадавшего. Дать жаропонижающие — парацетамол или анальгин, напоить подсоленной и подслащенной водой.

При потере сознания надо проводить охлаждение больного, но не опускать его в холодную воду (это может привести к остановке сердца). После возвращения сознания — напоить и дать лекарственные препараты. При нарушении дыхания — проводить стандартные реанимационные мероприятия. Алкоголь не давать!

## Инородное тело в ухе

Дети из любопытства часто засовывают в наружный слуховой проход бусины, пуговицы, мелкие детали игрушек. Взрослые нередко оставляют в ушах вату, которую потом не удается быстро удалить. В любом возрасте может наблюдаться попадание в ухо насекомых, что приносит обычно большой дискомфорт. Самостоятельных действий при инородных телах уха лучше не предпринимать.

Это состояние не угрожает жизни, а при неумелых действиях риск травмы барабанной перепонки достаточно велик. Лучше обратиться в поликлинику, где ЛОР-врач с помощью промывания профессионально удалит инородное тело. В случае попадания насекомого целесообразно введение в наружный слуховой проход 2–3 мл растительного или вазелинового масла в подогретом виде, что приведет к гибели насекомого.

## Инородное тело в глазу

При попадании в глаз инородных тел (песчинки, соринки, металлические стружки) надо попробовать удалить его самостоятельно — с помощью ватного тампона или кусочка чистой ткани. При неэффективности самостоятельных действий показано срочное обращение в травмпункт. В Санкт-Петербурге круглосуточный глазной травмпункт находится на Литейном проспекте, д. 25.

Если невозможно посетить окулиста, надо закапывать в глаз альбуцид по 3 капли 3 раза в день.

## Носовые кровотечения

Носовое кровотечение может быть при гипертоническом кризе, перегревании организма, болезнях крови, травмах носа.

При появлении носового кровотечения надо усадить больного, не разрешать ему сморкаться и разговаривать. На область носа и переносицы накладыва­ется холодная примочка — полотенце, смоченное холодной водой, или пузырь со льдом. В полость носа вводится ватный шарик, смоченный 3-процентным раствором перекиси водорода.

Если кровотечение не останавливается в течение 10–15 минут, показан вызов «скорой помощи».

## Приложение 2

### **Техника выполнения простейших медицинских манипуляций**

#### **Наложение холодных примочек и пузыря со льдом**

Холод применяется, когда надо уменьшить кровенаполнение тканей или уменьшить их отек. Применение холода может помочь при ушибах, растяжениях, укусах насекомых и змей, кровотечениях, в том числе и внутренних, острых заболеваниях органов брюшной полости.

Для использования холодных примочек необходимо иметь холодную воду со льдом и любую мягкую ткань. Ее смачивают в холодной воде и накладывают на больное место, а когда ткань высыхает, необходимо повторное смачивание.

Применение резинового пузыря более удобно. Обычно его хранят в морозильной камере холодильника и при возникновении необходимости прикладывают к телу. Между пузырем и кожей надо проложить кусок ткани, чтобы избежать обморожения. Пузырь со льдом держат не более двух часов.

При его отсутствии можно использовать любой продукт из морозильной камеры — кусок мяса, рыбы, пачку пельменей. Их необходимо хорошо завернуть в полиэтилен и использовать так же, как пузырь со льдом.

## Согревающий «полуспиртовой» компресс

Согревающий компресс применяют, когда надо усилить кровообращение в больной части тела, например, для лечения ушибов, когда проходит острая стадия и приложение холода больше не показано. Такие компрессы можно использовать для лечения синяков и уплотнений после внутривенных уколов и капельниц.

Для его постановки берут сложенную в несколько раз марлю, смачивают ее спиртом, а затем водой, прикладывают к больному месту и накрывают полиэтиленовой пленкой. Сверху компресс укрепляют бинтом. Накладывается он на длительное время — не менее 5–6 часов в день.

После снятия компресса это место нельзя быстро охлаждать, укройте его теплым шарфом.

## Как закапать капли в глаз

1. Мягко оттяните нижнее веко, образуя из него маленький карманчик.
2. Запрокиньте голову назад.
3. Введите каплю в карманчик, закройте глаз и мягко надавите средним пальцем на внутренний угол глаза. Таким способом вы закупориваете носовой слезный канал и удерживаете лекарство в глазу. Держите палец в таком положении 3–5 минут. Это поможет исключить побочные действия и увеличит эффективность лекарства.

4. Снимите палец, выпрямите голову и вытрите лишнее лекарство вокруг глаза.
5. Повторите те же действия для другого глаза, если это необходимо.

## Как закапать капли в ухо

1. Подогреть капли до температуры тела путем согревания флакона в руках или в емкости с теплой водой. При закапывании холодных капель возможно возникновение сильных болевых ощущений!
2. Больной ложится на бок, оттянув ухо назад и кверху.
3. Закапать капли в ухо.
4. Полежать на боку минут 10–15.

## Постановка очистительной клизмы

Чтобы поставить клизму, в кружку Эсмарха (она продается в аптеках) наливают около 1 литра кипяченой воды, подогретой до температуры тела. Больной ложится на левый бок с согнутыми в коленях ногами. Наконечник смазывают вазелином и осторожно, не применяя силы, вводят в задний проход на глубину 5–8 см. Кружку поднимают на высоту 1 метра, и вода самотеком поступает в кишечник больного. После того как вся вода поступит в кишечник, наконечник вынимают, а больной ложится на спину и старается удержать воду не менее 10 минут. Если удержать воду не удастся, ставят клизму меньшего объема — до 500 мл.

## Выполнение внутримышечной инъекции

Внутримышечное введение лекарственных средств является процедурой, которую должен выполнять человек с медицинским образованием, поэтому самостоятельно делать это можно только в самом крайнем случае, когда жизни угрожает опасность, например, при анафилактическом шоке после укуса пчелы. Но если все-таки вам придется провести эту процедуру, необходимо соблюдать следующие правила.

1. Перед началом процедуры тщательно вымойте руки.
2. Тщательно обработайте спиртом ампулы, чтобы избежать инфицирования находящегося в ней раствора при ее вскрытии.
3. Если мысленно разделить ягодицу на 4 равные части, то только верхнее-наружный квадрант безопасен для инъекций, в противном случае можно попасть в седалищный нерв или кровеносный сосуд. Именно в верхнее-наружный квадрант и надо вводить иглу. Второе безопасное место — передняя поверхность бедра.
4. Обработайте ваткой, смоченной 70-процентным спиртом, место инъекции. При отсутствии 70-процентного спирта можно его заменить 40-процентным, то есть водкой. Если и водки нет, допустима обработка чистой водой с мылом. Все же при такой обработке полной стерильности не удастся добиться, и риск заражения существует. Но если идет речь о спасении жизни, выбирать не приходится.

5. Резким движением введите иглу в предварительно обработанное место инъекции.
6. Потяните на себя поршень, чтобы убедиться, что вы не попали в кровеносный сосуд. Если вы не попали в сосуд, кровь в шприц не будет поступать.
7. Медленно введите раствор в мышцу.

Резким движением выньте иглу, прижав место инъекции ваткой на несколько минут.



## Приложение 3

### **Домашняя аптечка**

В заключение я хотел бы привести примерный состав домашней аптечки.

Большинство из этих препаратов необходимо держать дома, так как при внезапном заболевании или получении травмы может не быть времени для покупки их в аптеке, либо их там может просто не оказаться.

Имея запас лекарств, вы можете получить совет по телефону, позвонив в круглосуточную службу скорой или неотложной помощи. Минимальные пояснения по их назначению и использованию я поместил в таблицу.

Безусловно, состав аптечки для больных хроническими заболеваниями должен быть расширен.

Например, если вы страдаете мочекаменной болезнью, целесообразно иметь дома цистон для лечения почечной колики, а если у вас язвенная болезнь, должны быть антисекреторные препараты, описанные в соответствующей главе этой книги, или хотя бы альмагель.

Состав домашней аптечки можно обсудить с лечащим врачом, который посоветует необходимые при хроническом заболевании лекарства.

Строго соблюдайте условия хранения препаратов и без малейших сомнений их выкидывайте при истекшем сроке годности.

№	Название	Количество	Назначение	Примечания
1	Ртутный термометр	1	Измерение температуры	Хранить в специальном футляре. Если термометр разбивается, надо собрать ртуть в маленький флакон, залить водой для предотвращения испарения и отнести в поликлинику на пункт сбора ртути
2	Резиновые перчатки	5 пар	Предохранение рук от загрязнения	Использовать при любом контакте с кровью
3	Ножницы	1	Для разрезания бинта, пластыря и т. д.	
4	Вата стерильная	1–2 упаковки по 100 г.	Смазывание растворами, протираание места укола, для компрессов	
5	Шприц 5 мл, 10 мл, 20 мл	По 5 штук	Для выполнения инъекций и измерения объема жидких лекарственных средств	
6	Спирт этиловый 70%	100 мл	Для компрессов, обеззараживания поверхности кожи перед инъекцией, для охлаждения обожженной поверхности кожи	Хранить в плотно закрывающейся таре.
7	Бинт медицинский стерильный	3 штуки	Для наложения повязок на раны	

№	Название	Количество	Назначение	Примечания
8	Бинт эластичный	1 штука	Для обездвиживания суставов после растяжения связок	Не затягивать бинт слишком сильно
9	Лейкопластырь бактерицидный	10–15 полосок	Для заклеивания мелких ранок, мозолей	
10	Лейкопластырь обычный	1 рулон	Для укрепления повязок	
11	Альбucid 30 %	5 флакончиков	Для закапывания в глаза при конъюнктивитах и после удаления инородных тел	
12	Перекись водорода	2 флакона по 100 мл	Для обеззараживания ран и остановки кровотечений	
13	Йод во флаконах или в виде карандаша «Леккер»	1 упаковка	Для обработки краев раны	Следить, чтобы раствор не попадал в рану!
14	Мазь «Левомеколь»	1 упаковка	Для нанесения на плохо заживающие небольшие раны	
15	Мазь «индовазин»	1 упаковка	Для обезболивания и скорейшего заживления ушибов и растяжений	
16	«Финалгон»	1 тюбик	Для растирания в случае боли в позвоночнике	

№	Название	Количество	Назначение	Примечания
17	Пантенол	1 аэрозольный флакон	Для обработки ожогов с небольшой поверхностью	
18	Фурацилин в растворимых таблетках	50 таблеток	Для приготовления раствора для обработки ожоговых поверхностей, для полоскания горла	
19	Анальгин	10 таблеток, 10 ампул	Обезболивающее и жаропонижающее средство	Не принимать одновременно с другими обезболивающими и жаропонижающими
20	Парацетамол	10 таблеток	Обезболивающее и жаропонижающее средство, менее эффективное, но более безопасное	Слухи о большом вреде от применения анальгина сильно преувеличены. Тем не менее, при небольшом повышении и несильной боли лучше давать парацетамол
21	Кетанов	5 ампул	Сильное обезболивающее средство	
22	Лидокаин 2 %	5 ампул	Местноанестезирующее средство	Для местного обезболивания. Хорошо помогает при зубной боли
23	Церебролизин	5 ампул по 5 мл	Один из наиболее эффективных препаратов для лечения инсульта	Вводится только по назначению врача и только внутривенно. Подробнее — в главе «Инсульт»
24	Софрадекс	1 флакон	Для лечения отита (боль в ухе)	Перед применением посоветоваться с врачом. Соблюдайте инструкцию

№	Название	Количество	Назначение	Примечания
25	Нитроглицерин или нитроминт	1 упаковка	Наиболее эффективное средство для лечения стенокардии	Открытые флаконы нитроглицерина быстро теряют эффективность
26	Валокордин	1 флакон	Эффективное и продающееся без рецепта успокаивающее средство	Применять по 40–60 капель при стрессах и для нормализации эмоционального фона при стенокардии, аритмиях и др. В состав этого лекарства входят ТОЛЬКО успокаивающие средства
27	Аспирин	10 таблеток	Препарат для снижения свертываемости крови	Подробно о его применении написано в главах про стенокардию и инфаркт миокарда. Как жаропонижающее обычно не применяется
28	Кларитин	1 упаковка	Противоаллергическое средство	
29	Преднизолон в ампулах	10 ампул	Противоаллергическое средство	Применяется при тяжелых аллергиях, укусах пчел и змей. Вводится внутримышечно или внутривенно (при наличии навыка)
30	Смекта	10 пакетиков	Энтеросорбент, применяемый для лечения жидкого стула	Один из самых эффективных препаратов при кишечных инфекциях

№	Название	Количество	Назначение	Примечания
31	Линекс	1 упаковка	Пробиотик для лечения жидкого стула	Подробно о его применении написано в главе «Острые кишечные инфекции»
32	Фестал	20 таблеток	Ферментный препарат, улучшающий пищеварение	Применяется при острых кишечных инфекциях, дисбактериозе и хроническом нарушении пищеварения
33	Регидрон	5 пакетиков	Препарат, содержащий соли для лечения обезвоживания	
34	Но-шпа	1 упаковка	Для лечения спазматических болей. Применяется при панкреатите (необходим!), коликах, болях в животе различного происхождения	Препарат практически безвреден при применении в терапевтической дозе. Несовместим с алкоголем!
35	Интераль	5 ампул по 1 мл единиц	Для профилактики гриппа при появлении первых его симптомов	Хранить только в холодильнике
36	Цитовир 3	1 упаковка	Для профилактики гриппа в период эпидемии и при первых его проявлениях	Более доступен, но менее эффективен, чем интераль
37	Эдас 150	1 флакон	Иммуностимулятор, применяемый для усиления иммунного ответа организма на любой инфекционный процесс	

№	Название	Количество	Назначение	Примечания
38	Ципрофлоксацин, таблетки по 500 мг	1 упаковка	Антибиотик широкого спектра действия	Применять только по назначению врача!
39	Глицин	1 упаковка	Для лечения инсульта (можно давать в первые минуты) и черепно-мозговых травм	В терапевтических дозах препарат абсолютно безопасен
40	Бромгексин	1 упаковка	Отхаркивающее средство	
41	Синекод	1 упаковка	Средство, безопасно тормозящее кашель	Применять только после консультации с врачом!
42	Коринфар 10 мг	1 упаковка	Препарат для снижения давления	Перед применением посоветоваться с врачом. Обычно лечение любого типа гипертонического криза начинают с этого препарата
43	Фуросемид 40 мг	10 таблеток	Мочегонный препарат для снижения давления	Применяют при водно-солевом типе гипертонического криза после консультации врача
44	Физиотенз 0,2 мг	10 таблеток	Препарат для снижения давления	Один из самых эффективных препаратов для снижения давления при любом типе криза

№	Название	Количество	Назначение	Примечания
45	Циннаризин	1 упаковка	Препарат для лечения головокружения	При приеме под язык эффект наступает быстро
46	Анаприлин 40 мг	1 упаковка	Препарат для снижения частоты сердечных сокращений и для лечения экстрасистолии	Противопоказан при бронхиальной астме и редком пульсе. Есть и другие противопоказания! Эффективно снижает частоту пульса и улучшает состояние при похмельном синдроме
47	Витамин С в драже по 50 мг	1 упаковка	Для профилактики авитаминоза, при инфекционных заболеваниях	



## Приложение 4

### Сводная таблица симптомов

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Боли в грудной клетке	Сжимающие или жгучие, возникающие на высоте физической или эмоциональной нагрузки, проходящие в покое или от нитроглицерина	Стенокардия	Глава 9. Стенокардия	77
	Такие же боли, возникшие впервые или более сильные и/или продолжительные, чем обычно	Нестабильная стенокардия	Глава 10. Нестабильная стенокардия	83
	Такие же боли, но нестерпимо сильные, не проходящие часами	Острый инфаркт миокарда	Глава 11. Острый инфаркт миокарда	89
	Колющие или режущие, усиливающиеся от глубокого дыхания, сопровождающиеся кашлем, высокой температурой, одышкой	Крупозная пневмония	Глава 20. Пневмония	171
	Колющие или режущие, усиливающиеся от глубокого дыхания, без повышения температуры	Остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника	Глава 16. Остеохондроз	132
Боль в животе	Хронический характер заболевания, улучшение от еды, усиление болей от голода	Язвенная болезнь	Глава 23. Язвенная болезнь	198

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Боль в животе	Очень сильная, внезапно возникшая «кинжальная» боль после переедания	Перфорация язвы желудка	Глава 24. Осложнения язвенной болезни	209
	Постоянная боль в верхней части живота в течение нескольких дней, которой предшествовали симптомы обострения язвенной болезни	Пенетрация язвы желудка	Глава 24. Осложнения язвенной болезни	209
	В верхней части живота, затем перемещающаяся вниз. Хуже при движении, улучшение в покое. Может сопровождаться однократной рвотой	Острый аппендицит	Глава 22. Аппендицит	193
	Очень сильная боль, сопровождающаяся многократной рвотой, не приносящей облегчения. После переедания и злоупотребления алкоголем	Острый панкреатит	Глава 25. Острый панкреатит	213
	Очень сильная боль в правом подреберье, часто появление ночью и без связи с едой. Возможна рвота	Желчная колика	Глава 26. Желчнокаменная болезнь	223
	В сочетании с частой рвотой желчью, высоким подъемом температуры	Острый холецистит	Глава 27. Острый холецистит	229
	Слабовыраженная боль с частым жидким стулом, вздутием и урчанием в животе, высоким подъемом температуры, возможно, тошнотой и рвотой	Острые кишечные инфекции	Глава 28. Острые кишечные инфекции	235

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Боль в животе	Слабовыраженная боль с частым жидким стулом, вздутием и урчанием в животе, без высокого подъема температуры, редко возникающей тошнотой и рвотой	Дисбактериоз	Глава 29. Дисбактериоз	248
	В поясничной области с повышением температуры, частым и болезненным мочеиспусканием	Острый пиелонефрит	Глава 31. Острый пиелонефрит	264
	В поясничной области крайне интенсивная, возможно, с болезненными позывами на мочеиспускание, без повышения температуры	Мочекаменная болезнь	Глава 30. Почечная колика	255
	В нижней части груди и верхней части живота без связи с едой, но с ухудшением при физической или эмоциональной нагрузке, улучшением в покое	Стенокардия	Глава 9. Стенокардия	77
	Сильная длительная боль в нижней части груди и верхней части живота без связи с едой, но с ухудшением при физической или эмоциональной нагрузке, улучшением в покое	Острый инфаркт миокарда	Глава 11. Острый инфаркт миокарда	89
	Боль в поясничном отделе позвоночника после резкого движения, падения, подъема тяжести	Остеохондроз	Глава 16. Остеохондроз	132

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Головная боль	Умеренно выраженная, тупая. Монотонная, сдавливающая	Головная боль напряжения	Глава 1. Головная боль	8
	Очень сильная, односторонняя, пульсирующая, ухудшение от яркого света, звуков, движений	Мигрень	Глава 1. Головная боль	9
	Умеренно выраженная, сопровождающаяся повышением диастолического (нижнего) давления	Гипертоническая болезнь	Глава 1. Головная боль. Глава 12. Гипертоническая болезнь	15 100
	Внезапно возникшая	Субарахноидальное кровоизлияние	Глава 1. Головная боль	17
	Внезапно возникшая на фоне очень высокого давления, сопровождающаяся рвотой, потерей сознания, онемением частей тела	Геморрагический инсульт	Глава 3. Инсульт	17
	Очень интенсивная, сопровождающаяся высокой температурой, рвотой без предшествующей тошноты	Менингит	Глава 1. Головная боль	19
	Возникшая после травмы головы	Сотрясение, ушиб головного мозга или внутричерепная гематома	Глава 4. Черепно-мозговая травма	46

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Головная боль	Умеренно выраженная, сочетающаяся с повышением температуры, ломотой в мышцах, сухим кашлем	Грипп	Глава 18. Грипп	157
Желтуха	Слабовыраженная с интенсивной болью в правом подреберье	Желчная колика	Глава 26. Желчнокаменная болезнь	223
	Слабовыраженная с повышением температуры и умеренной болью в правом подреберье	Острый холецистит	Глава 27. Острый холецистит	229
	Очень интенсивная без болевого синдрома	Инфекционный или токсический гепатит	В данной книге не рассматривается	
Жидкий стул	Множественный, обильный, сопровождающийся повышением температуры, иногда рвотой	Острые кишечные инфекции	Глава 28. Острые кишечные инфекции	235
	Множественный, скудный, сопровождающийся повышением температуры, с примесью крови, частыми позывами	Дизентерия	Глава 28. Острые кишечные инфекции	242
	Множественный, обильный или скудный, без высокого подъема температуры. Хронический характер заболевания	Дисбактериоз	Глава 29. Дисбактериоз	248
	Черного цвета, сопровождающийся бледностью кожных покровов, возможно, рвотой коричневым желудочным содержимым	Желудочно-кишечное кровотечение	Глава 24. Осложнения язвенной болезни	207

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Изжога — чувство жжения в пищеводе или в грудной клетке	Есть четкая связь с приемом пищи — улучшение или ухудшение от ее приема	Язвенная болезнь	Глава 23. Язвенная болезнь	198
	Нет связи с приемом пищи, но есть ухудшение от физической нагрузки и улучшение от ее прекращения	Стенокардия	Глава 9. Стенокардия	77
Нарушения сердечного ритма	С ощущением переворота в груди, замирания в области сердца, «выпадением» пульсовых волн при подсчете пульса	Экстрасистолия	Глава 14. Экстрасистолия	120
	Совершенно неритмичный пульс с ощущением учащенного неритмичного сердцебиения	Мерцательная аритмия	Глава 15. Мерцательная аритмия	126
Одышка	С затрудненным выдохом и многочисленными хрипами в легких	Бронхиальная астма	Глава 21. Приступ бронхиальной астмы	188
	С кашлем, повышением температуры, потливостью	Пневмония	Глава 20. Пневмония	171
	С кашлем, повышением температуры, потливостью	Острый бронхит	Глава 19. Острый бронхит	166
	С интенсивной длительной сжимающей болью в грудной клетке	Острый инфаркт миокарда	Глава 11. Острый инфаркт миокарда	89

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Одышка	С болью в грудной клетке, проходящей в покое и от приема нитроглицерина	Стенокардия	Глава 9. Стенокардия	77
Повышение температуры	Внезапное повышение до 40 и более градусов, ломота в мышцах, головная боль, сухой кашель, насморк	Грипп	Глава 18. Грипп	157
	Сопровождающаяся болью в горле, затруднением глотания, наличием налетов на миндалинах. Кашля и насморка при этом нет	Ангина	Глава 17. Ангина	147
	Сопровождающаяся отеком горла и шеи, плотными налетами, распространяющимися за пределы миндалин	Дифтерия	Глава 17. Ангина	154
	С кашлем со светлой мокротой	Вирусный бронхит	Глава 19. Острый бронхит	166
	С кашлем, гнойной мокротой, потливостью, иногда одышкой	Острый бронхит, вызванный бактериями	Глава 19. Острый бронхит	166
	С кашлем, гнойной мокротой, потливостью, одышкой, сильно выраженным общим недомоганием	Пневмония	Глава 20. Пневмония	171
	С тошнотой, рвотой, частым жидким стулом, урчанием в животе	Острые кишечные инфекции	Глава 28. Острые кишечные инфекции	235

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Повышение температуры	С болью в верхних отделах живота и правом подреберье, тошнотой, рвотой с примесью желчи	Острый холецистит	Глава 27. Острый холецистит	229
	С очень сильной головной болью, рвотой без предшествующей тошноты	Менингит	Глава 1. Головная боль	19
	Повышение температуры до субфебрильных цифр: 37,2–37,7 градуса, боли в животе различного характера, однократная рвота	Острый аппендицит	Глава 22. Аппендицит	193
	С частым мочеиспусканием и болью в поясничной области и при мочеиспускании	Острый пиелонефрит	Глава 31. Острый пиелонефрит	264
	С кожным зудом, высыпаниями, напоминающими ожог крапивой	Крапивница	Глава 7. Аллергические реакции	64
	После удара по голове	Ушиб головного мозга или внутричерепная гематома	Глава 4. Черепно-мозговая травма	46
	С потерей сознания	Геморрагический инсульт	Глава 3. Инсульт	35
	Не сопровождающаяся никакими симптомами	Кариес или пульпит	Глава 6. Зубная боль	60
	Не сопровождающаяся никакими симптомами	Хронический пиелонефрит в фазе обострения	Глава 31. Острый пиелонефрит	264



Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Повышение температуры	Не сопровождающаяся никакими симптомами, на протяжении большого промежутка времени	Туберкулез	В данной книге не рассматривается	
Потеря сознания	На фоне высокого подъема давления, внезапная	Геморрагический инсульт или субарахноидальное кровоизлияние	Глава 3. Инсульт. Глава 1. Головная боль	35 17
	После травмы головы	Сотрясение, ушиб головного мозга или внутричерепная гематома	Глава 4. Черепно-мозговая травма	46
	С предшествующими расстройствами поведения, чувством голода, бледностью, потливостью, судорогами	Гипогликемия	Глава 5. Гипогликемическое состояние	57
	После употребления алкоголя, наркотиков, токсических веществ	Острое отравление	В данной книге не рассматривается	
Рвота	Коричневым желудочным содержимым	Желудочное кровотечение	Глава 24. Осложнения язвенной болезни	207
	Однократная, в сочетании с болями в животе и умеренно повышенной температурой	Острый аппендицит	Глава 22. Аппендицит	193

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Рвота	Множественная, с примесью желчи с умеренной болью в печени и высокой температурой — до 39 и выше	Острый холецистит	Глава 27. Острый холецистит	229
	Множественная, не приносящая облегчения, с очень сильной болью в печени и распространением в плечо, шею, грудную клетку	Желчная колика	Глава 26. Желчнокаменная болезнь	223
	Множественная, не приносящая облегчения, с очень сильной болью в верхних отделах живота	Острый панкреатит	Глава 25. Острый панкреатит	213
	Сочетающаяся с многократным жидким стулом и повышением температуры	Острые кишечные инфекции	Глава 28. Острые кишечные инфекции	235
	Сочетающаяся с очень сильной болью в пояснице, не приносящая облегчения	Почечная колика	Глава 30. Почечная колика	255
	Сочетающаяся с головокружением	Вертебро-базилярная недостаточность	Глава 2. Головокружение	25
	Возникающая без предшествующей тошноты, с очень сильной головной болью и температурой до 40 градусов	Менингит	Глава 1. Головная боль	19
	Сочетающаяся с потерей сознания и резким повышением давления	Геморрагический инсульт	Глава 3. Инсульт	35

Симптом	Дополнительные характеристики	Заболевание	Глава в книге	Стр.
Рвота	После травмы головы, не сопровождающаяся потерей сознания	Сотрясение или ушиб головного мозга	Глава 4. Черепно-мозговая травма	46
	После травмы головы в сочетании с потерей сознания	Ушиб головного мозга или сдавление головного мозга гематомой или костными отломками	Глава 4. Черепно-мозговая травма	50, 53
	В сочетании с сильной болью в груди, одышкой	Острый инфаркт миокарда	Глава 11. Острый инфаркт миокарда	89

## Послесловие

Завершая книгу, я хотел бы рассказать о случае, который произошел с одним из моих пациентов более 70 лет назад.

*В середине 30-х годов он, будучи 16-летним подростком, сломал голень во время игры в футбол. Его госпитализировали, наложили гипсовую повязку, но к ожидаемому сроку костная мозоль не сформировалась. Лечащие врачи не знали, что предпринять для ускорения процесса выздоровления, и пригласили для консультации знаменитого профессора И. И. Джанелидзе. Профессор осмотрел больного и рентгеновские снимки, после чего между ними произошел диалог, который пациент запомнил на всю жизнь.*

*— Любишь помидоры, кацо? — с характерным грузинским акцентом спросил Джанелидзе.*

*— Не очень, — ответил больной.*

*— Жаль. Но все равно с сегодняшнего дня тебе надо есть по одному помидору в день. Опять здоровый будешь, срастется твоя нога.*

*С тех пор каждый день больной съедал по одному помидору, твердо веря, что они ему помогут. И действительно, вскоре после этого нога срослась. Травма не оставила после себя никаких последствий, хотя врачи предсказывали инвалидность. Во время войны он служил в пехоте, но о переломе и не вспоминал.*

*До сих пор больной уверен, что в помидорах содержались какие-то вещества, которых не хватало*

*его организму. Возможно, и так, но я думаю, что наибольшую роль сыграла уверенность, что помидоры его излечат. Пациент полностью доверял своему врачу, что помогло ему справиться с болезнью.*

Я хотел бы, чтобы читатели моей книги помнили, что излечение происходит не только под воздействием лекарств. Настрой, возникающий у больного после общения с врачом, тоже очень важен. Мне неоднократно приходилось замечать, что больные, доверяющие своему врачу, всегда поправляются быстрее тех, кто негативно настроен к лечению и лекарствам. Надеюсь, вы будете находить общий язык со своим лечащим врачом, а информация о болезнях, полученная из этой книги, поможет взаимопониманию.