

## ЭКЗЕМА

Экзема (Э.) — незаразное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся длительным течением и разнообразными кожными высыпаниями и связанное с нарушениями со стороны нервной системы.

Э. — одно из наиболее часто встречающихся кожных заболеваний. Больные Э. составляют около 10-15% от общего количества больных кожными заболеваниями.

Причины и механизмы развития Э. недостаточно выяснены. Э. возникает в результате изменения нормальной реактивности организма, ведущего к повышению чувствительности кожи и всего организма к различным внешним и внутренним раздражителям. К внешним раздражителям относятся различные химические вещества (кислоты, щелочи, краски, лаки, скипидар, лекарственные средства), физические агенты (холод, тепло, свет), вещества растительного и животного происхождения, механические факторы. Эти раздражители могут оказывать свое действие на организм как в бытовой, так и в производственной обстановке.

К внутренним раздражителям относятся вещества, возникающие в организме в результате нарушений обмена веществ, деятельности желудочно-кишечного тракта, желез внутренней секреции. Особенно велика роль нарушений деятельности нервной системы. Нередко у больных Э., как и у их родственников, отмечаются аллергические реакции на некоторые сорта рыбы, яйца, цитрусовые и другие продукты, домашнюю пыль, цветочную пыльцу и запах цветов, химические вещества (стиральные порошки, краски), медикаменты, которые могут явиться толчком к развитию Э. или очередному обострению болезни.

Э. наблюдается в любом возрасте, на любом участке кожного покрова (чаще на лице и верхних конечностях). Заболевание Э. начинается обычно с появления яркой красноты на участке кожи, на фоне которой возникают мелкие узелки, а затем пузырьки величиной с булавочную головку, наполненные прозрачной жидкостью. Пузырьки вскрываются, образуя поверхностные дефекты кожи (эрозии), из которых сочится прозрачная жидкость. Это так называемая стадия мокнутия, которая может продолжаться длительное время с различной интенсивностью. В период наибольшего развития экзематозного процесса наблюдаются разнообразные высыпания: пятна, узелки, пузырьки, корочки, иногда гнойнички. Постепенно, обычно под влиянием лечения, воспалительные явления начинают стихать, уменьшаются краснота, отечность кожи, исчезают пузырьки, прекращается мокнутие. Очаг Э. покрывается корочками, а затем развивается шелушение и происходит восстановление нормальной кожи.

Однако благоприятное течение Э. нередко может смениться новым обострением воспалительных явлений. Снова усиливаются покраснение, отечность кожи, появляются мокнутия и зуд. Такие обострения могут повторяться несколько раз, прежде чем наступит выздоровление. Эти обострения (рецидивы) болезни возникают от различных причин: от раздражения очагов Э. нерациональным лечением, трением одежды, повязок, в результате нервно-психических потрясений, нарушений пищеварения, погрешностей в диете, употребления алкоголя.

У некоторых больных Э. с самого начала может протекать хронически, без яркой красноты, отечности кожи и

мокнущия. В таких случаях кожа на пораженном участке становится плотной, утолщенной, покрывается чешуйками. На этих местах отмечается сильный зуд. Довольно часто наблюдается обострение очага хронической экземы: усиливается краснота, появляются отечность, пузырьки, мокнутие. Больные Э. обычно жалуются на зуд, раздражительность, бессонницу.

Различают отдельные разновидности Э.: микробная Э., в возникновении которой играют роль микробы, характеризуется резкими границами очагов, асимметрией высыпаний, наличием гнойничковых элементов, расположением Э. вокруг гноящейся раны, язвы, свища. Себорейная экзема появляется преимущественно на волосистой части головы, на лице, груди, спине и в складках кожи и состоит из пятен и узелков, покрытых мелкими чешуйками. Для этой разновидности Э. характерны отсутствие склонности к мокнутию и более резкий зуд.

Э. может быть связана с профессией и может носить характер профессиональной болезни. Профессиональная Э. поражает открытые участки кожи (кисти, предплечье, шею и лицо), в первую очередь подвергающиеся вредному воздействию химических раздражителей в условиях производства, и имеет не столь упорное течение, так как сенсibilизация при ней носит не поливалентный, а моновалентный характер (сенсibilизация касается одного конкретного вещества).

Лечение Э. сложно и требует индивидуального подхода. Необходимо тщательное обследование с целью выявления заболеваний нервной системы, внутренних органов и лечения в первую очередь их. Большое значение имеет устранение раздражающих факторов. Рекомендуется нераздражающая диета, преимущественно молочно-растительная с ограничением солей и большим количеством витаминов. Рекомендуется исключить из рациона питания острые, соленые, копченые блюда, шоколад, яйца, цитрусовые, алкоголь. Ограничить употребление пищи, содержащей большое количество углеводов (сладкие, мучные блюда). В разгар заболевания рекомендуется воздерживаться от водных процедур, не мочить водой, особенно с мылом или стиральным порошком, пораженные участки кожи. Больным необходимы достаточный сон, прогулки, соблюдение предписанного врачом режима питания. Общее лечение включает различные методы, снижающие повышенную чувствительность организма. Наружное (местное) лечение проводится в зависимости от характера процесса и по указанию врача (противовоспалительные примочки, пасты и мази).

### Антигистаминные препараты

Применяют при аллергических дерматитах и других видах зуда, связанных с аллергией, как наружно, так и внутрь.

**Азеластин (Azelastine):** Азеластин, Аллергодил.

**Акривастин (Acrivastine):** Семпрекс.

**Алименазин (Alimemazine):** Алименазин.

**Астемизол (Astemizole):** Алстен, Астелонг, Астемизол, Астемисан, Гисманал, Гисталонг, Мибирон, Стелерт, Стемиз.

**Бамипин (Bamipine):** Бамипин, Совентол.

**Деслоратадин (Desloratadine):** Эриус.

**Димебон:** Димебон.

**Диметинден (Dimetindene):** Фенистил, Фенистил 24.

**Дифенгидрамин (Diphenhydramine):** Аллергин, Димедрол, Псило-бальзам.

**Доксиламин (Doxylamine):** Доксиламин.

**Кетотифен (Ketotifen):** Астафен, Денерел, Задитен, Зети-фен, Зеросма, Кетасма, Кетотифен, Кетотифен-Ривофарм, Кетоф, Налкром, Позитан, Привент, Стафен.

**Клемастин (Clemastine):** Тавегил, Тавегил-сироп, Клемастин, Ривтагил.

**Кромоглицевая кислота (Cromoglicic acid):** Ифирал, Кромогексал, Кромоглин, Лекролин, Хай-кром, Талеум, Бикромат, Интал, Интал Плюс (+сальбутамол), Кромолин, Оптикром, Кромогексал Комби, Ломузол, Кромосол.

**Левакабастин (Levocabastine):** Левакабастин, Гистимет.

**Лодоксамид (Lodoxamide):** Аломид.

**Лоратадин (Loratadine):** Кларготил, Кларитин, Ломилан, Эролин, Кларотадин, Лорагексал, Лоридин, Флонидан.

**Меггидролин (Mebhydroline):** Диазолин, Омерил.

**Меквитазин (Mequitazine):** Прималан.

**Меклозин (Meclozine):** Бонин.

**Недокромил (Nedocromil):** Недокромил, Тайлед, Тайлед Минт.

**Оксатомид (Oxatomide):** Тинсет.

**Сетастин:** Лодерикс.

**Фексофенадин:** Телфаст.

**Фенирамин:** Авил.

**Фенспирид:** Эреспал.

**Хифенадин:** Фенкарол.

**Хлоропирамин (Chloropyramine):** Супрастин.

**Прометазин (Promethazine):** Пипольфен, Дипразин, Диферган.

**Тиэтилпразин (Thiethylperazine):** Торекан.

**Терфенадин (Terfenadine):** Терфенадин, Бронал, Гистадин, Карадонел, Тамагон, Телдан, Теридин, Тофрин, Трексил, Селдан.

**Оксатомид (Oxatomide):** Оксатомид.

**Фексофенадин (Fexofenadine):** Тесфаст, Фексадин.

**Цетиризин (Cetirizine):** Аллертек, Аналергин, Зиртек, Летизен, Цетрин, Аллерцет.

**Ципрогептадин (Ciproheptadine):** Перитол.

**Эбастин (Ebastine):** Кестин.

#### Энтеросорбенты

Обладают способностью связывать в кишечнике аллергены и желчные кислоты, оказывая тем самым противозудное действие. Описаны в разделе Зуд.

#### Витаминные препараты

Витаминотерапия повышает эффективность лечения зудящих кожных заболеваний. Подробнее см. в разделе Авитаминоз.

#### Антисептические и антибактериальные средства

Используют для профилактики и лечения вторичного инфицирования, часто сопровождающего зудящие поражения кожи.

Следует помнить, что антибиотики должны назначаться врачом с учетом причины заболевания. Описания некоторых антибиотиков см. в разделе Зуд.

#### Препараты для местного применения

Препараты местного применения подбирают с учетом причины экземы.

**Декспантенол:** Бепантен, Д-Пантенол, Бепантен Плюс (комбинированный).

**Регенерирующие препараты:** Актовегин, Метилурациловая мазь, Солкосерил.

**Противомикробные:** Куриозин, Бепантен Плюс (комбинированный), Трофодермин,

**Противовоспалительные и противоаллергические:** Фенистил-гель, Флер-энзим, Ирикар, Биопин, Лакричный, Нафта-ланная мазь, Псориаген, Флер-Энзим крем.

**Вяжущие и подсушивающие средства:** Мазь цинковая, Мазь цинко-нафталианная с анестезином, Паста цинковая, Паста Лассара, Паста цинко-ихтиоловая, Линимент окиси цинка, Деситин.

#### Местные глюкокортикоиды

В некоторых случаях упорных Э. назначают стероидные противовоспалительные средства. Эффективность стероидных средств для местного применения можно увеличить, наложив на участок кожи компресс с препаратом. Такой способ используют для лечения тяжелых устойчивых поражений. Необходимо учитывать, что компресс затрудняет испарение пота, что часто вызывает атрофию, мацерацию кожи и фолликулит. Если компресс накладывают на слишком обширные участки кожи, может возникнуть угнетение функции надпочечников и гипопиза. Поэтому компрессы следует использовать с осторожностью, назначать (и отменять) эти препараты должен только врач. Классифицируются эти препараты по активности.

#### Слабые

**Гидрокортизон:** Гидрокортизоновая мазь, Кортейд.

#### Средней силы

**Преднизолон:** Мазь преднизолоновая, Дермозолон, Денер-золон.

**Аклометазон:** Афлодерм.

#### Сильные

**Бетаметазон:** Целестодерм В, Белодерм, Бетновейт, Кутерид.

**Дексаметазон:** Травокорт.

**Будезонид:** Анулеин.

**Триацинолон:** Фторокорт, Триакорт, Палькортолон, Кеналог.

**Флуометазон:** Лоринден, Локакортен.

**Флуоцинолона ацетонид:** Флуцинар, Синаflan, Синалар, Флукорид.

**Флутиказон:** Кутивейт.

**Флуокортолон:** Ультралан.

**Гидрокортизона 17-бутират:** Локоид, Латикорт.

**Мометазона фураат:** Элоком.

**Метилпреднизолона ацепонат:** Авантан.

#### Очень сильные

**Клобетазол:** Дермовейт.

**Хальцинонид:** Хальцидерм.

#### Комбинированные с антисептиками

Целестодерм В с гарамидином, Дипрогент, Флуокорт Н, Белогент, Оксикорт, Фуцидин Г, Фуцикорт, Дермозолон, Кутерид, Софрадекс, Кортимицетин, Гиоксикорт, Лоринден С.

#### Комбинированные с противогрибковыми

Флуокорт Ц, Кандид Б, Микозолон.

**Комбинированные с антибиотиком и противогрибковым препаратом**

Тридерм, Пимафукорт, Травокорт.

## ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ

Эмфизема легких (от греч. *emphysema* — вздутие) (ЭЛ) — заболевание легких, характеризующееся расширением легочных пузырьков (альвеол). Различают ограниченную (охватывающую отдельные участки легкого) и диффузную (общую) ЭЛ. В развитии ЭЛ играют роль понижение эластичности легочной ткани и атрофические процессы в стенках альвеол. При растяжении альвеол сдавливаются капилляры, проходящие в межальвеолярных перегородках; сосуды делаются тоньше, и просвет их, в конце концов, может полностью исчезнуть, они запустевают (облитерируются). Наступающее при этом уменьшение кровоснабжения легких ведет к еще большей атрофии легочных альвеол, ухудшению газообмена. Вследствие запустевания большого количества легочных капилляров повышается кровяное давление в легких, что значительно затрудняет работу сердца, его правого желудочка, из которого кровь поступает в легкие. Мышца правого желудочка сердца утолщается (гипертрофируется). В дальнейшем развивается сердечная недостаточность.

Различают первичную (идиопатическую) ЭЛ, развивающуюся без предшествующего заболевания легких, и вторичную (обструктивную) ЭЛ. При первичной ЭЛ под воздействием внутренних (врожденная предрасположенность) и внешних факторов (загрязнение воздуха, курение) стенки альвеол истончаются, возникают их надрывы, альвеолы объединяются в более крупные воздушные полости, и их общая поверхность уменьшается. Одновременно снижаются эластические свойства легочной ткани.

Причиной вторичной ЭЛ чаще всего бывают длительные, хронические заболевания: бронхит, бронхоэктазия, бронхиальная астма, туберкулез.

ЭЛ наблюдается преимущественно в пожилом возрасте. Мужчины болеют в 2-3 раза чаще, чем женщины. Болезнь развивается медленно и постепенно. Вначале больные мало страдают и трудоспособность их не нарушена. В дальнейшем проявления болезни обусловлены изменениями в бронхах и легких (кашель сухой или с выделением слизистой мокроты, умеренная одышка при физическом напряжении), а на более поздних стадиях на первый план выступают изменения со стороны сердца. Характерен внешний вид больного: лицо одутловатое, синюшно, шея укорочена, на ней видны набухшие, пульсирующие вены. Грудная клетка бочкообразно расширена во всех направлениях. Со временем одышка становится более выраженной; она беспокоит больных не только при физическом напряжении, но и в покое. Увеличивается печень, появляются отеки на ногах, а потом и по всему телу, развивается водянка полостей тела. Этот период болезни характеризуется расстройством кровообращения, которое может привести к смерти больного.

Течение болезни длительное. Усиление симптомов ЭЛ часто связано с обострением хронического бронхита. Лечение назначается врачом и зависит от основного заболевания.

### Муколитические препараты

Эти препараты способствуют разжижению густой мокроты. Не рекомендуется применять с противокашлевыми препаратами, которые сдерживают кашель, во избежание застоя мокроты.

**Ацетилицистеин (Acetylcystein):** Ацетилицистеин Седико, АЦЦ, АЦЦ 100, АЦЦ 200, АЦЦ Инъект, АЦЦ-Лонг, Флуимуцил, Флуимуцил антибиотик ИТ, Экзомок 200.

**Бромгексин (Bromhexine):** Бромгексин-Акри, Бромгексин, Бромгексин 4, Бромгексин 8, Бромгексин Никомед, Бромгексин-Ратиофарм, Бронхосан, Солвин, Флегамин.

**Карбоцистеин (Carbocistein):** Бронхобос, Мукодин, Фицифорт, Флюдитек, Бронкатар, Дрилл, Флюофорт.

**Месна (Mesna):** Местаброн, Мукофлуид.

**Амброксол (Ambroxol):** Бронховерн капли, Лазолван, Халиксол, Амробене, Амброгексал, Амбросан, Амбросол, Медовент, Амброксол.

### КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

**Кодеин и отхаркивающий препарат:** Нео-кодион, Кодеин-лак.

#### Муколитический и противокашлевой эффект

**Подорожник большой (Plantago major):** Сироп подорожника, Эвкалибал, Гербион сироп подорожника, Фолитил, Зедекс.

**Отхаркивающий и противокашлевой эффект:** Стоптуссин, Туссин плюс.

**Муколитические, противовоспалительные, антисептические и отхаркивающие**

**Эвкалиптовое масло (Eucalyptus oil):** Бронхикум, Септогал, Каметон, Септолете, Эвкалиптовый бальзам д-ра Тайсса, Ментоклар, Транспульмин Бальзам С.

**Плюща вьющегося листья (Hedera folium):** Бронхикум, Геделикс, Проспан.

#### Муколитический и отхаркивающий эффект

**Деясила корневище (Helenii rhizoma):** Содекор.

**Перуанский бальзам (Peru balsam).**

**Бронхолитический, отхаркивающий и муколитический эффект**

**Тимьян, чабрец (Thymе):** Бронхикум, Ментоклар, Стоптуссин-фито.

#### Муколитическое и антимикробное действие

**Тиамфеникол, глицинат ацетилицистеинат (Thiamphenicol, Glycinate acetylcysteinate):** Флуимуцил-антибиотик.

### Бронхолитические препараты

Могут иметь кратковременное и длительное действие. В основном используются в ингаляторах (иногда в инъекциях). В комбинированные препараты дополнительно входит противовоспалительный компонент.

#### С пролонгированным действием

**Сальбутамол:** Алопрол, Вентолин, Вентодиск, Вольмакс, Ген-Сальбутамол, Саламол Эко, Саламол Эко Легкое Дыхание, Сальбен, Сальбутамол, Сальгим, Сальтос, СтериНеб Саламол.

**Кленбутерол:** Кленбутерол, Спиропент.

**Сальметерол:** Серевент.

**Формотерол:** Форадил, Оксис турбухалер.

**Тербуталин:** Бриканил, Бриканил турбухалер, Тербуталин.

**Фенотерол:** Беротек Н, Беротек, Беродуал (комбинированный), Беродуал Н (комбинированный), Дитек (комбинированный).

Для подавления инфекционно-воспалительного процесса в бронхах используются **антибиотики**, которые должны быть назначены врачом в соответствии с чувствительностью бактериальной флоры.

## ЭНТЕРИТ

Энтерит, энтероколит (Э.) — воспаление слизистой оболочки кишки. Обычно процесс протекает в виде одновременного воспаления слизистой оболочки тонких и толстых кишок (энтероколит), или желудка и тонких кишок (гастроэнтерит), или всего желудочно-кишечного тракта (гастроэнтероколит). Различают острые и хронические Э.

Причинами Э. являются пищевые токсикоинфекции, связанные с употреблением мясных и рыбных продуктов, зараженных определенного вида микроорганизмами, плохо промытых и непроваренных овощей и фруктов, некипяченого молока. Причинами развития Э. могут также быть отравления промышленными ядами (свинец, ртуть, фосфор), повышенная чувствительность (аллергия) организма к некоторым пищевым веществам, перегрузка кишечника раздражающими, неусвояемыми, трудно совместимыми пищевыми продуктами. Резкое перегревание организма (особенно у детей), а также охлаждение его могут способствовать развитию Э., так же как и наличие в кишечнике глистов. Большое значение в развитии хронического Э. имеют неполноценное питание (недостаток белка, витаминов В<sub>1</sub> и А), а также вегетативные неврозы. Острые Э. могут быть вызваны также специфическими инфекциями (брюшной тиф, паратиф, холера, дизентерия, сальмонеллез). К причинам хронического Э. относятся врожденный недостаток ферментов, ответственных за всасывание пищевых продуктов, эндокринные влияния (поносы при тиреотоксикозе), заболевания других органов пищеварения (желудок, печень, поджелудочная железа), радиоактивное облучение, злоупотребление алкоголем.

Острый Э. характеризуется чаще внезапным началом, болями в середине живота, рвотой (особенно при одновременном гастрите). Иногда этим симптомам предшествуют недомогание, потеря аппетита, тошнота, повышение температуры тела.

Характер поноса зависит от преимущественного поражения той или иной части кишечника. При преобладании поражения тонкого отдела кишечника (энтерит) испражнения обильные, сперва кашицеобразные, затем водянистые, пенные, иногда с кислым запахом. Частота стула 4-7 раз в сутки, обычно более при этом нет. При поражении толстого отдела кишечника (энтероколит) понос учащается до 10-15 раз в сутки, сопровождается схваткообразными болями. В испражнениях много слизи, а иногда имеется кровь. Характерны тенезмы. В тяжелых случаях Э. от рвоты и поноса наступают обезвоживание организма (сухость во рту, жажда, сухость кожи, уменьшение количества мочи), упадок сердечной деятельности, понижение температуры тела, общая интоксикация, судороги.

При правильном лечении острый Э. (энтероколит) проходит в течение 3-5 дней, иногда затягивается до 2-3 недель. Возможны осложнения (воспаление желчных путей с желтухой, воспаление почечных лоханок, мочевого пузыря) и переход в хроническую форму.

Для хронического Э. характерны поносы утром и вскоре после еды, урчание и переливание в кишечнике, нерезкие боли в животе. Поносы подчас меняются запорами, нередко тошнота и отрыжка. Больные обычно худеют. Отмечаются признаки полигиповитаминоза — сухость ко-

жи, ломкость и расслоение ногтей. Больные бледны, раздражительны, у них понижена работоспособность. Хронический Э. может осложниться в дальнейшем вовлечением в процесс поджелудочной железы, печени, толстой кишки, развитием гипохромной анемии.

В стуле обнаруживается слизь, при микроскопическом исследовании кала обнаруживаются капли нейтрального жира, мышечные волокна. Характерными рентгенологическими признаками являются гипотония, наличие газа и уровней жидкости в тонком кишечнике, нечеткость рельефа или же перистый рисунок слизистой оболочки тонкой кишки. При исследовании крови возможно понижение содержания калия, кальция, магния, железа, белка.

Лечение острого Э. проводится под наблюдением врача и начинается с приема слабительного средства, иногда промывания желудка (если имеются явления гастрита). Обязателен постельный режим в первые 2 дня, грелки на живот. При острых кишечных заболеваниях дают сульфаниламидные препараты, антибиотики. В первые 1-2 дня рекомендуются голодная диета, горячее питье (чай без сахара), немного белых сухарей, протертые сырые антоновские яблоки. В дальнейшем некоторое время только жидкая и полужидкая пища: слизистые супы, мясные бульоны, кисели, желе, хорошо протертые каши, приготовленные на воде. При хроническом Э. надо обязательно соблюдать пищевой режим, диета №4, №4а, №4в. В зависимости от тяжести заболевания прием пищи 5-7 раз в сутки с равными интервалами между ними. Вся пища должна быть протертой, в теплом виде. Необходимо ограничить количество животных жиров. Овощи и фрукты — лучше в пюре. В рацион питания больного хроническим Э. должны входить нежирные сорта говядины, телятина, кура, рыба, яйца и творог, слизистые супы, протертые каши. Необходимо исключить молоко, черный хлеб, газированные напитки, при поносах нельзя есть чернослив, виноград, капусту, орехи, свежеспеченные мучные изделия.

Для профилактики Э. (энтероколита) необходимо тщательное обследование и лечение больных с острыми кишечными заболеваниями, диспансерное наблюдение за населением (изгнание глистов, лечение запоров и других заболеваний пищеварительной системы, которые могут привести к возникновению патологических процессов в кишечнике). Необходимо употреблять в пищу только свежие, доброкачественные продукты, предохранять их от мух и других загрязнений. Перед употреблением необходима тщательная обработка продуктов (мытьё, кипячение, жарение). Необходимо соблюдение пищевого режима, а также правил личной гигиены (мытьё рук перед едой, чистая посуда).

Если требуется прием **антибиотиков**, то они должны непременно назначаться врачом на основании чувствительности флоры, вызвавшей заболевание.

Назначаются препараты для лечения **запора, поноса, диспепсии, дисбактериоза**. Описаны в соответствующих разделах.

Поскольку Э. часто приводит к **гиповитаминозам**, то необходимо назначение поливитаминных препаратов, включающих витамины группы В, аскорбиновую кислоту. Они описаны в разделе **Авитаминоз**.

Для лечения **Анемии** назначают препараты железа, витамин В<sub>12</sub>, фолиевую кислоту. Описаны в соответствующем разделе.

## ЭНУРЕЗ

Слово «enuresis» имеет греческое происхождение и означает «истечение мочи». На сегодняшний день существует множество определений энуреза, но все они неидеальны, т.к. не отражают всю сущность энуреза.

Энурез (Э.) — это один из видов недержания мочи у детей на фоне относительного благополучия (т.е. при отсутствии любой другой патологии), носящий функциональный характер, проявляющийся повторяющимися эпизодами недержания мочи в период сна, которые учащаются после «сухой» тенденции в несознательном возрасте ребенка или сохраняются/появляются в сознательном возрасте. В 85% случаев Э. не сопровождается другими клиническими проявлениями или заболеваниями.

Причины Э. до конца не понятны. Он может быть обусловлен такими факторами, как малая функциональная емкость мочевого пузыря, никтурия (ночная полиурия — увеличение количества мочи в ночные часы) и чрезмерно крепкий сон.

Недержание мочи во сне имеется у 82% детей в возрасте 2 лет, 40–50% детей в возрасте 3 лет, 25–30% детей в возрасте 4 лет, 15–25% детей в возрасте 5 лет, 10% детей в возрасте 6 лет, 7% детей в возрасте 8 лет, 4–5% детей в возрасте 10 лет и около 1% людей в возрасте 18 лет. Около 5–7 млн детей в США страдают Э. 10% дошкольников (6 лет) в США мочатся в постель, по крайней мере, один раз в месяц. Мальчики во всех возрастах в 2–3 раза более склонны к Э., чем девочки, в то время как недержание мочи в целом значительно преобладает в женской популяции.

Физиологически к возрасту 3–6 лет большинство детей достигает полного контроля мочеиспускания и днем, и ночью. Первым устанавливается контроль мочеиспускания в период бодрствования (в среднем в 2–3 года), а затем — в период сна (в среднем в 3–6 лет). Ночной контроль мочеиспускания может осуществляться двумя способами: с пробуждением и без пробуждения (когда подавляются первые же нервные импульсы до наполненного мочевого пузыря). В 2 года 25% детей остаются сухими днем и 10% — ночью. К трем годам днем контролируют мочевой пузырь уже 98% детей, а ночью — до 60%. Периодически «мокрые ночи» бывают у детей до 6–7 лет. Считается, что после этого возраста ребенок в состоянии полностью контролировать мочеиспускание по ночам. Если этого не происходит, то необходимо обследовать ребенка на предмет наличия патологии мочеполовой системы. Истинным Э. можно считать ситуацию, при которой у ребенка был период «сухих ночей», после которого в возрасте старше 6 лет вновь появилось ночное недержание мочи.

Общепринято деление Э. на первичный и вторичный, критериями которого являются возрастной фактор и отсутствие (при первичном) или наличие (при вторичном) «сухого» периода в анамнезе.

В качестве возрастного критерия предполагается конкретный возраст ребенка, в котором все дети в норме должны контролировать диурез во время сна. Большинство исследователей определяют этот возраст как 5 лет. Однако нервно-психическое созревание у каждого человека происходит в индивидуальные сроки, зависящие от множества факторов (наследственность, течение беременности, родов и послеродового периода, перенесенные заболева-

ния), вследствие чего время установления контроля над диурезом в период сна может варьировать в широких пределах (до нескольких лет).

Сухой период — наличие четкой положительной динамики контроля диуреза в период сна, заключающейся в уменьшении количества эпизодов недержания мочи во сне (вплоть до полного отсутствия) в течение предыдущей жизни ребенка или хотя бы в последние 6 месяцев. Необходимо добавить, что этот критерий применим лишь для детей несознательного возраста, т.к. недержание мочи во сне у детей сознательного возраста в любом случае будет рассматриваться как Э.

На сегодняшний день имеется тенденция делить Э. на ночной и дневной. Под ночным Э. подразумевается недержание мочи в период ночного сна, а под дневным — наличие таких эпизодов в период дневного бодрствования.

Поскольку дети с возрастом становятся более задействованными в социальной сфере (лагерь, ночевки в гостях, длительные поездки) и глубже осознают свое состояние, то Э. может стать для них большой проблемой в жизни, привести к снижению самооценки и замыканию в себе.

Вероятность возникновения психологических проблем из-за Э. зависит от многих обстоятельств:

- 1) степени ограничения действий ребенка;
- 2) состояния чувства собственного достоинства ребенка;
- 3) отношения к проблеме в обществе и, особенно, на уровне сверстников;
- 4) отношения к проблеме родителей или опекунов (наказание, отращивание).

Распространенность душевных, умственных и физических отклонений в популяции детей с Э. значительно (в 2–4 раза) выше, чем в общем населении. Часто встречаются недержание кала (вторичное по отношению к Э.), нарушения сна и ночные кошмары.

Некоторые авторы указывают на функциональный характер Э., но в то же время говорят, что в 1–3% случаев причиной его является органическая патология (эктопия мочеочечника, маленький мочевой пузырь, патология нервной системы, эпилепсия, диабет и т.д.). Однако при наличии любой другой патологии недержание мочи во сне может рассматриваться только как ложный Э., который, по сути, является лишь симптомом основного заболевания.

В диагностике Э. применяются скрининговые методы (тщательный семейный анамнез, выяснение процесса обучения к туалету, анамнез сна ребенка, наружный осмотр гениталий, общий анализ мочи и крови, посев мочи), способные выявить причину недержания мочи (при ложном энурезе) или способствующие Э. факторы.

### *Практические советы родителям*

1. Заверьте ребенка, что он не виноват в проблеме Э., и как можно меньше акцентируйте на ней его внимание.
2. Последний прием жидкости (особенно содержащей кофеин, типа колы или жидкого шоколада) ребенком должен быть не позже 2 часов до сна.
3. Перед сном удостоверьтесь, что ребенок помочился и начинает ночь с пустым мочевым пузырем.
4. Приучите ребенка вставать один или два раза ночью, чтобы помочиться. Некоторые родители сами будят своего ребенка ночью, чтобы он сходил в туалет.
5. Необходимо поощрять ребенка за каждую «сухую ночь», но ни в коем случае не наказывать за «влажную».
6. Пеленки снижают шанс ребенка на успех. Лучше использовать стирающуюся прокладку для матраца.

7. Не разрешайте братьям и сестрам или другим членам семьи дразнить ребенка.

8. Если один из родителей имел Э. в молодом возрасте, то сообщение этого факта уменьшит беспокойство ребенка.

Лечение Э. должно проводиться по показаниям. Если выявлены функциональные нарушения или заболевания, то в первую очередь следует вылечить их. Не установлен оптимальный возраст для начала лечения ночного недержания мочи, однако очевидно, что приступать к лечению раньше, чем ребенок достигнет семилетнего возраста не рационально.

Тренировка мочевого пузыря с помощью специальных упражнений помогает ребенку увеличить интервалы между мочеиспусканиями. Этот метод подходит для детей с маленькой ночной функциональной емкостью мочевого пузыря. Ребенка просят выпить большое количество воды и попытаться максимально долго удержать мочу. Эти упражнения эффективны лишь у немногих пациентов.

Повышение мотивации ребенка — родители поощряют ребенка за борьбу с Э., но необходимо, чтобы сам ребенок хотел достичь успеха. Положительное подкрепление мотивации, вроде похвалы или награды, за удачные попытки контроля мочеиспускания помогают улучшить самооценку и постепенно избавиться от проблемы. Наказание за неудачные попытки будет затрагивать чувство собственного достоинства ребенка и усугублять проблему.

**Модификация поведения.** Этот метод терапии нацелен на повышение ответственности ребенка за состояние контроля мочеиспускания во сне путем преподавания новых стереотипов поведения. Например, детей приучают избегать пить жидкости после ужина и стараться мочиться перед сном. Модификация поведения — длительное лечение и до первых результатов пройдет много времени.

**Сигнальный метод.** Изобретен в 1907 году. Заключается в непосредственном обучении ребенка управлять функциями мочевого пузыря в течение сна. Рядом с ребенком помещается специальное устройство, состоящее из звонка и прокладки с датчиком влажности, который чувствителен к нескольким каплям мочи. Последнюю укладывают в нижнее белье ребенка. При непроизвольном мочеиспускании датчик реагирует и включается звонок, который будит родителей (обязательно!) и ребенка. Он бежит в туалет и мочится. Эта методика может быть более эффективной при объединении ее с методом положительных и негативных подкреплений. Необходимо вымыть ребенка, перестелить кровать, переодеть его в чистую пижаму (еще лучше, если он делает это сам). Воспитание в ребенке чувства комфорта от чистоты увеличивает его мотивацию встать, когда он слышит звонок. Родительское отношение к проблеме, их заинтересованность в помощи своему ребенку являются основой успеха этого метода. В 50-70% случаев остается стойкий эффект, у остальных возникают рецидивы. Эффект достигается, самое раннее, через 2 недели, но у большинства только через месяц. После достижения эффекта необходимо продолжать использовать метод еще 2 недели. Если эффект не достигается за 3 месяца, то лечение этим методом должно быть приостановлено. Однако неудача не препятствует успешной попытке в более старшем возрасте.

Некоторые авторы рекомендуют «избыточное обучение» после достижения эффекта. Ребенок пьет дополнительную жидкость (например, два стакана воды) на ночь, чтобы вы-

звать переполнение мочевого пузыря. Это обучение продолжают, пока пациент не достиг семи сухих ночей подряд.

**Опорожнение мочевого пузыря в определенное время.** Для этого ребенка будят незадолго до того момента, когда обычно происходит непроизвольное мочеиспускание. Эффект от такого способа лечения сохраняется у небольшого процента детей.

Психотерапия эффективна при сниженной самооценке и признаках депрессии. Дети, поддающиеся этому методу, обычно, показывают усердие в пределах четырех-шести сеансов.

**Гипнотерапия** — новый подход к лечению Э. В доступной форме ребенку объясняется анатомия и внушается идея, что мозг управляет телом. Производится релаксация, а затем его вводят в гипноз и вызывают образы любимого места. Внушают ребенку способность управлять собственным телом. Дают установку на пробуждение, когда мочевой пузырь наполняется, мочеиспускание в туалете и возвращение в постель, чтобы спать дальше. Гипнотерапия отнимает меньше времени и денег и менее опасна, чем некоторые другие методы, практически не имеет побочных эффектов. Недавние испытания показали, что гипнотерапия может быстро оказывать эффект — за четыре-шесть сеансов. Эффект от нее через 9 месяцев достигается у 43-73%. Частота рецидивов — 16-32%.

Акупунктура (давление на различные точки тела), лазерная акупунктура и массаж эффективны у детей старше 5 лет, если причина Э. неврологического характера.

**Медикаментозная терапия.** Этот метод действует быстро, эффект достигается уже на первой неделе лечения. В качестве препарата используют десмопрессин (антидиуретический гормон), вводимый интраназально. Однако у некоторых детей после окончания курса лечения десмопрессин отмечается рецидив заболевания.

Прогноз при Э. варьирует от самопроизвольного излечения до неэффективности всех существующих методов лечения. Ночное недержание мочи сохраняется у 1% взрослых людей. При отсутствии лечения Э. ежегодно самостоятельно проходит у 15% больных детей.

При лечении Э. используются следующие медикаменты.

#### **Трициклические антидепрессанты**

**Imipramine hydrochloride: Tofranil, Имипрамин.**

Передозировка этого препарат может оказаться смертельной, поэтому Всемирная Организация Здравоохранения не рекомендует его для лечения энуреза.

#### **Синтетические гормоны (нейромедиаторы)**

**Искусственная форма гормона АДГ (desmopressin acetate): Десмопрессин, Десмопрессин-Снрей.**

#### **Антихолинергические препараты**

**Оксибутинина хлорид: Дитропан.**

**Хиосциамин сульфат: Левзин.**

**Толтерадин: Детрол.**

#### **Травяные средства**

**Хвоц (Equisetum arvense).**

#### **Гомеопатические средства**

**Causticum, Lycopodium, Pulsatilla.**

## ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия (Э.) — это хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторяющимися время от времени припадками судорог с полной потерей сознания, кратковременными помрачениями сознания, а также постепенным развитием изменений характера, а в ряде случаев — снижением умственных способностей.

Э. — серьезное неврологическое заболевание, столь же распространенное, как и инсулиннезависимый сахарный диабет. В среднем на 10 тыс. пациентов приходится около 60 пациентов с Э. (от 10 до 15%), причем ежегодно вновь выявляются пять-шесть новых случаев. В общей практике у трети пациентов, страдающих Э., в течение полугода наблюдается как минимум один приступ.

Привести к эпилептическим (судорожным) припадкам (ЭП) могут различные факторы, однако наличие ЭП еще не значит, что у больного имеется Э. ЭП могут возникать вследствие повышения температуры тела на фоне инфекционного заболевания или перегрева организма из-за высокой температуры окружающей среды, стресса, недосыпания, на фоне приема алкоголя, аллергических реакций. После устранения причин эти припадки больше не возникают.

ЭП могут возникать также вследствие активно текущего заболевания головного мозга (в остром периоде черепно-мозговой травмы, при внутричерепном кровоизлиянии, менингитах, токсическом поражении мозга, инсультах, наследственных заболеваниях). В данном случае необходимо купировать припадки и осуществлять лечение выявленной патологии головного мозга.

Диагноз Э. ставится после исключения острой патологии головного мозга, с учетом данных клиники, анамнеза и дополнительных методов исследования. Для установления причин заболевания, помимо показаний самого пациента, важны также свидетельства любого очевидца, который может описать течение приступа с самого начала. Среди причин Э. могут быть тромбоз мелких сосудов мозга или опухоль.

Э. существенно ограничивает возможности пациента; если диагноз поставлен, это нередко влечет за собой потерю водительских прав, а иногда и работы; сильно осложняет личные взаимоотношения больного. Пациенты (и их родственники) с вновь выявленной Э. испытывают потрясение, отказываются верить в поставленный диагноз, впадают в состояние тревоги и депрессии. Качественная информация, а также психологическая и социальная поддержка могут существенно облегчить процесс адаптации.

Наиболее частыми проявлениями Э. являются ЭП (большие и малые). Они могут возникать при испуге, волнении, переутомлении, ослаблении больного какой-либо присоединившейся болезнью и без всякой внешней причины. Нередко перед ЭП наступает общее недомогание с головной болью, раздражительностью, дурным настроением, по которому больной чувствует приближение припадка; в иных случаях он возникает без всяких предшествующих явлений. Примерно в половине случаев ЭП предшествует короткий, продолжительностью от секунды до десятков секунд, период острого психического расстройства — так называемая аура. Проявления ауры многообразны: больной может испытывать чувство дурноты, головокружение, озноб, жар, теснение в груди, сердцебиение, слуховые, зрительные и обонятельные галлюцинации. Иногда больной начинает проделывать однообразные автоматические движения: чмокать, почесываться, что-то стряхивать с себя, расстегивать

одежду, перебирать лежащие возле него вещи, топтаться на месте, кружиться вокруг себя. При большом припадке все тело больного сначала охватывает мощная сократительная (тоническая) судорога — руки и ноги сводит, голова и торс изгибаются несколько кзади, челюсти сильно сжимаются, часто при этом прикусывается язык. Вследствие сокращения всей дыхательной мускулатуры (груди, живота, диафрагмы) дыхание приостанавливается, возникает синюшность, в особенности лица, которое становится иссиня черного цвета (отсюда народное название болезни — «черная немочь»); глаза заведены кверху и плотно закрыты, зрачки не реагируют на свет. Одновременно с возникновением судороги больной теряет сознание и падает как подкошенный, нередко сильно при этом ушибаясь. Через несколько десятков секунд непрерывное судорожное сокращение всей мускулатуры тела сменяется ритмическими ее подергиваниями (клоническая фаза припадка). При этом больной может биться головой и локтями о пол, об асфальт, причиняя себе повреждения; поэтому присутствующим необходимо с наступлением припадка подложить под голову и локти больного мягкую подстилку и попытаться засунуть что-либо между зубами для предотвращения прикуса языка. Удерживать больного с целью прекратить или ослабить судороги не следует, надо только следить за тем, чтобы судорожно подергивающееся тело не пришло в положение, угрожающее вывихом или переломом.

ЭП продолжаются 1–2 минуты и затем прекращаются. Во время подергиваний изо рта больного вытекает пена, нередко окрашенная кровью от прикуса языка. Иногда бывает произвольное выделение мочи и кала. С прекращением судорог сознание восстанавливается не сразу, больной еще ничего не понимает, не реагирует на обращенную к нему речь. Нередко он впадает в глубокий сон. Проснувшись, больной ничего о случившемся не помнит, но часто догадывается о том, что с ним был припадок, по чувству общей разбитости и ушибам. Малые припадки обычно ограничиваются лишь тонической судорогой или двумя тремя подергиваниями. Иногда малый припадок так кратковременен, что больной не успевает упасть. Сознание после малого припадка восстанавливается быстро, сон наступает редко.

Кроме ЭП, при Э. бывают приступы психического расстройства, протекающие без судорог, потому что они как бы замещают собой ЭП. Их называют эквивалентными, т.е. «равноценными» приступами. Они проявляются чаще всего в виде более или менее кратковременных помрачений сознания, так называемые сумеречные состояния. Больной перестает осознавать окружающую обстановку, не реагирует на обращенные к нему вопросы, начинает действовать не в соответствии с обстановкой, а побуждаемый появляющимися у него бредом и галлюцинациями. Он то начинает бродить, то что-то делает (собирает вещи, заглядывает под кровать), то в состоянии ярости набрасывается на окружающих, бьет их, ломает вещи; может уйти из дома, пойти куда-нибудь далеко от него, иногда даже сесть в поезд и уехать. Потом, когда придет в себя, больной ни о чем не помнит, не знает, каким образом там очутился.

В качестве «эквивалента» при Э. бывают и внезапно возникающие, ни с чем внешним не связанные расстройства настроения: больной становится мрачным, злобным, всем недоволен, все его раздражает, он ищет на чем бы «сорвать» свое дурное настроение. Иногда тоска со злобою настолько сильна, что больной истязает себя, царапает свое тело, наносит порезы; нередко в таком состоянии жестоко избивает кого-нибудь из близких. В отдельных случаях «эквива-

ленты» проявляются кратковременными расстройствами такого же характера, как при ауре.

При Э. наблюдаются постепенно, медленно нарастающие хронические расстройства в виде изменения характера и слабоумия. Наиболее выразительное расстройство этого рода — все нарастающая в процессе течения болезни тугоподвижность психики: больной становится туподумом, трудно переключается с темы на тему, не может игнорировать мелочи, отделаться от чувства недовольства чем-нибудь, от раздражения. Речь его, как и мышление, становится обстоятельной, вязкой, он иногда теряет среди мелочей основную тему разговора.

Работа больных Э. характеризуется скрупулезной аккуратностью, детальностью, но медлительностью и однообразием. Всякое переключение, быстрое приспособление не удаются или сопровождаются большими трудностями, чувством недовольства, раздражения. Раз сложившийся уклад жизни, распорядок дня, привычки с трудом и недовольством меняются даже в мелочах. Случайно возникшее к кому-либо, даже по мелкому поводу, недоброе чувство не изживается, «застывает», поэтому больные Э., как правило, ко многим недоброжелательны, злобны, но истинное их отношение внешне прикрывается преувеличенной любезностью, почтительностью, елейностью, подобоострастием. С течением болезни к этим чертам присоединяются сужение круга интересов, поверхностность мышления, упадок памяти, черты слабоумия.

Лечение Э. за последние десятилетия продвинулось далеко вперед. Во многих случаях удается сократить во много раз частоту ЭП и задержать развитие хронических явлений Э. (изменение характера, слабоумие).

Если не назначается постоянная профилактическая терапия, пациенты зачастую сталкиваются с определенными трудностями, когда речь идет о контроле над заболеванием, особенно в переходные периоды жизни. Например, повзрослевшие дети нуждаются в повторном объяснении диагноза, а женщины — в особых советах, касающихся контрацепции и возможной беременности; в частности, речь идет о необходимости принимать фолиевую кислоту в дополнительном количестве.

Выбор препарата и подбор дозы для каждого больного Э. производит врач-психотерапевт. В настоящее время сформулированы следующие принципы антиэпилептической терапии: раннее начало лечения; монотерапия (применение одного препарата); выбор препарата в соответствии с типом ЭП; использование рациональных комбинаций препаратов, когда контроль над припадками не достигается приемом одного препарата; назначение антиэпилептических средств в дозах, обеспечивающих терапевтический эффект, вплоть до максимально переносимых; оценка эффективности препарата через 1–4 недели после достижения средней суточной дозы (в зависимости от используемого препарата); переход на другой препарат в случае неэффективности используемого лекарства; недопустимы внезапное прекращение приема одного препарата или замена его на другой (кроме случаев индивидуальной непереносимости); длительность и непрерывность терапии; проведение повторных курсов лечения препаратами, оказывающими благоприятное действие на механизм развития Э.; вопрос об отмене препарата решается не ранее чем через 3 года после последнего припадка. При изучении рецидивов приступов после отмены антиэпилептической терапии оказалось, что прогноз был лучше у пациентов без предшествующих неврологических нарушений, физических проявлений, отягощенного анамнеза, эпилептических очагов, и если возраст

больных колебался от 15 до 60 лет. Заболеваемость эпилепсией в течение жизни составляет около 2%. Распространенность ее, однако, меньше — всего четверть от этой цифры. Это означает, что люди с диагнозом «эпилепсия» могут достигать ремиссии при правильном лечении.

#### **Барбитураты и их производные**

**Фенобарбитал:** Фенобарбитал, Паглюферал 1,2,3 (комбинированный), Тиопентал.

**Примидон:** Примидон, Гексамидин.

**Барбексаклон:** Барбексаклон.

**Бензонал:** Бензобарбитал.

**Бензобамил:** Бензобамил.

**Малиазин:** Малиазин (не оказывает снотворного действия).

**Производные гидантоина**

**Дифенин:** Фенитоин.

**Производные оксазолидина**

**Триметадин:** Триметадин.

**Производные сукцинимид**

**Этосуксимид (имиды янтарной кислоты):** Суксилеп.

**Метосуксимид:** Метосуксимид.

**Производные бензодиазепина**

**Клоназепам:** Антелесин (применяется у детей грудного возраста), Ривотрил.

**Диазепам:** Седуксен, Сибазон, Реланиум, Валиум Рош, Диазепам, Диазепекс.

**Нитразепам:** Эуноктин, Радедорм 5, Берлидорм 5, Нитразедорм, Нитрам, Нитразепам.

**Клобазам:** Клобазам.

**Производные карбоксамида (иминостильбена)**

**Карбамазепин:** Зептол, Тегретол, Финлепсин, Апо-карбамазепин, Карбамазепин Никомед, Карбамазепин-акри, Карбамазепин-Тева, Карбапин, Финлепсин, Мазепин, Эпиал, Карбинин, Стазепин, Карбасан.

**Производные жирных кислот**

**Вальпроевая кислота:** Депакин Хроно 500, Конвулекс, Конвульсофин, Энкорат Хроно, Апилепсин, Депакин, Депакин 300 Энтерик, Энкорат, Дипромал.

**Вальпромид:** Вальпромид.

**Аминобутириковая кислота:** Аминалон.

**Антагонисты ГАМК**

**Вигабатрин:** Вигабатрин, Сабрил.

**Прогабид:** Прогабид.

**Прочие противозепилептические препараты**

**Ламотриджин:** Ламиктал.

**Фелбамат:** Фелбамат.

**Топирамат:** Топамакс.

**Габапентин:** Нейронтин.

**Бекламид:** Бекламид.

**Левомепромазин:** Тизерцин.

**Бензиламид:** Хлоракон.

**Глутаминовая кислота:** Эпилаптон.

Метиндион, Фелбамат, Зонизамид, Габапентин, Кортексин, Геминеврин.

**Вспомогательные препараты**

**Блокаторы кальциевых каналов:** Нимодипин, Нимотоп, Флунаризин.

**Антиоксиданты и антигипоксанты:** Никотинамид и его производные, альфа-токоферол, Ноотропные препараты.

**Витамин В<sub>6</sub>.**

**Леводопа.**

**Л-Триптофан.**

**Холинолитики:** Экстракт белладонны.

**Психостимуляторы:** Сиднокарб, Ацефен.



## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Язвенная болезнь (ЯБ) — заболевание с наличием язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке.

Нерегулярная еда, нарушая процесс пищеварения в желудке, способствует развитию болезни, т.к. при этом не происходит нейтрализации кислой среды желудка. Острые приправы, пряности, алкоголь, трудноперевариваемые продукты вызывают раздражение слизистой желудка, избыточную секрецию желудочного сока, способствуя развитию ЯБ. Так же действует и курение, никотин вызывает спазм сосудов и нарушение кровоснабжения слизистой оболочки желудка. В последние годы получила распространение теория, по которой гастрит и ЯБ вызываются микроорганизмом Хеликобактер, который поражает слизистую оболочку.

Больной жалуется на боль в подложечной области, возникающую в связи с приемом пищи. Боль возникает через 0,5-2 часа после еды или натощак. «Голодные» боли характерны для ЯБ двенадцатиперстной кишки. Они исчезают после приема незначительного количества пищи. Интенсивность боли может быть различной; она отдает в спину или в грудную клетку. Больные жалуются на отрыжку, тошноту, рвоту, которая приносит облегчение. Нередко беспокоит мучительная изжога, возникающая через 2-3 часа после еды из-за забрасывания кислого содержимого желудка в нижний отдел пищевода. Изжога, как правило, быстро стихает после приема пищевой соды, но применение соды при изжоге не рекомендуется, так как это стимулирует большее выделение соляной кислоты. Аппетит может не изменяться.

Для ЯБ характерно хроническое течение с чередованием периодов обострений и улучшений (ремиссий). Обострения чаще возникают весной и осенью, длятся обычно 1-2 месяца и проявляются усилением описанных признаков болезни, а в ряде случаев приводят к осложнениям. Наиболее опасное осложнение — прободение стенки желудка, сопровождающееся «кинжальной» болью в животе и признаками воспаления брюшины. При этом требуется немедленное оперативное вмешательство. Другое опасное осложнение — кровотечение, проявляющееся внезапной слабостью, холодным потом, обмороком, иногда рвотой в виде кофейной гущи (желудочное содержимое с примесью крови), жидким дегтеобразным стулом, анемией. При желудочном кровотечении требуется немедленная врачебная помощь. В обоих случаях до прихода врача больного укладывают в постель и обеспечивают полный покой; есть и пить нельзя. Иногда длительно существующая ЯБ протекает бессимптомно и обнаруживается внезапно в виде осложнений — кровотечения или прободения.

Диагноз ЯБ устанавливают при рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденоскопии, позволяющей изучить состояние слизистой оболочки, установить расположение и характер язвы, а также контролировать ее заживление. Для определения активности Хеликобактера проводят Хелик тест и уреазный тест.

Лечение включает соблюдение режима питания, труда и отдыха, прием медикаментов и другие методы. Основной принцип диеты — механическое и химическое щажение слизистой оболочки желудка. В период обострения из питания исключают продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка, содержащие грубую клетчатку: хлеб из муки грубого помола, жилистое мясо, огурцы, редьку, редису, лук, фасоль, грибы, крыжовник, кислые яблоки, груши, сливы, крепкие бульоны, жареные блюда, копчености, подливы, пряности, маринады, соленья. Не рекомендуются чай, кофе, перец, какао, запреща-

ется алкоголь. В суточное меню включаются молоко, кисели, яйца всмятку, мясные и творожные суфле, молочная жидкая протертая каша, слизистые молочно-крупяные супы. Хлебо-булочные изделия следует ограничить сухарями из белого хлеба. Пищу следует принимать в подогретом виде. Наиболее рациональный интервал между приемами пищи 3-4 часа. При «голодных» ночных болях рекомендуется непосредственно перед сном выпить стакан теплого молока, кефира или простокваши, нейтрализующих желудочный сок.

В период обострения назначают постельный режим, тепло и покой. Вне обострения режим строится с учетом необходимости дробного питания, рационального сочетания труда и отдыха, полноценного ночного сна продолжительностью не менее 7-8 часов.

Особое значение при ЯБ имеет состояние нервной системы: нужно избегать конфликтных ситуаций, нервно-психического переутомления, важен отказ от курения. Существенную роль играют физиотерапевтические методы, выбор которых зависит от стадии болезни и наличия осложнений.

Лекарственное лечение во время и вне обострений проводится только по назначению и под контролем врача.

### **Блокаторы гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов**

**Циметидин:** Гистодил, Циметидин.

**Ранитидин:** Гистак, Зантак, Зоран, Ранигастр, Ранисан, Ранитидин, Рантак, Ульран, Ранитидин-Акри, Ранитидин Висмут Цитраль.

**Фамотидин:** Квамател Мини, Апо-Фамотидин, Гастросидин, Квамател, Ульфамид, Ульцеран, Фамонит, Фамосан, Фамотидин, Фамотидин-Акри, Фамоцид.

**Низатидин:** Низатидин.

**Роксатидин:** Роксатидин.

### **Простагландины**

**Мисопропол:** Сайтотек.

### **Ингибиторы протонного насоса**

**Омепразол:** Лосек Мапс, Омид, Ультоп, Зероцид, Омепразол, Омепразол-акос, Омепразол-Акри, Омепразол-Рихтер, Омипикс, Ромесек, Сопрал, Узол.

**Пантопрозол:** Пантопрозол.

**Лазопрозол:** Акриланз, Ланзал.

**Рабепразол:** Париет.

**Эзомеразол:** Нексиум.

### **Антацидные препараты**

**Магний Карбонат, Кальция карбонат.**

**Магния оксид:** Магния оксид, Маалокс.

**Фосфат алюминия:** Фосфалогель.

**Комбинированные препараты:** Гелусил, Гелусил Лак, Альмагель, Гастал, Маалокс, Альмагель А.

**Магалдрат:** Магалфил 800.

**Гидротальцит:** Рутацид, Тальцид.

**Алмазилат:** Алмазилат.

**Сималдрат:** Гелусил, Гелусил Лак.

**Антациды, уменьшающие газообразование:** Альмагель Нео, Гестид.

### **Бактерицидные препараты**

**Вентрисол, Хеликоцин, Тетрациклин, Трихопол.**

**Субцитрат висмута:** Де-Нол.

**Кларитромицин:** Клеримед, Фромилид, Клабакс, Клацид, Пилобакт (+омепразол+тинидазол).

### **Защитные средства**

**Сукральфат:** Вентер.

**Пирензепин:** Гастроцепин.

**Диоксмектит:** Смекта.

**Комбинированные:** Гастрофарм.