

ФАРИНГИТ

Фарингит (Ф.) — воспаление слизистой оболочки глотки, которое сопровождается покраснением и отечностью слизистой, болями, першением или дискомфортом в горле, болью при глотании. Раздражение слизистой глотки может привести к возникновению кашля (покашливания). В остром периоде Ф. может повышаться температура, увеличиваются и становятся болезненными шейные лимфоузлы, слизистая глотки может покрываться пленкой или гнойным экссудатом.

Поскольку с анатомической точки зрения глотка делится на три отдела — верхний (носоглотка), средний (ротоглотка) и нижний (гортаноглотка), воспалительные процессы, развивающиеся здесь, можно также подразделить в соответствии с их преимущественной локализацией. Однако деление это будет весьма условным, особенно при остром Ф., из-за того, что острые вирусные и бактериальные инфекции диффузно поражают слизистую оболочку верхних дыхательных путей и несут мигрирующий, чаще нисходящий характер. Изменения слизистой оболочки при хроническом фарингите обычно имеют преимущественную локализацию в одном из анатомических отделов глотки, что позволяет с долей условности выделять отдельные нозологии, например, хронический назофарингит.

Чаще всего Ф. вызывается вирусами, но может быть обусловлен гемолитическими стрептококками, микоплазмой, хламидиями и другими возбудителями. Ф. зачастую предшествуют острые респираторные заболевания. Иногда Ф. возникает под влиянием различных факторов, действующих непосредственно на слизистую оболочку глотки (холодного воздуха при дыхании через рот и разговоре на холоде, слишком горячей или холодной пищи и напитков, дыма, алкоголя, пыли, газов). Важную роль в возникновении Ф. играют также профессиональные вредности: сухость воздуха, резкие колебания температуры, запыленность, загазованность.

Самой распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является катаральный Ф. при ОРВИ. Известно, что примерно 70% Ф. вызываются вирусами, среди которых отмечают риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа. Наиболее типичными возбудителями острого Ф. являются риновирусы.

При атрофическом Ф. слизистая оболочка глотки выглядит истонченной, сухой, нередко покрыта засохшей слизью. На блестящей поверхности слизистой оболочки могут быть видны инъецированные сосуды. При гипертрофической форме фарингоскопия выявляет очаги гиперплазированной лимфоидной ткани, беспорядочно разбросанные на задней стенке глотки, или увеличенные тубофарингеальные валики, расположенные за задними небными дужками. В момент обострения указанные изменения сопровождаются гиперемией и отеком слизистой оболочки, однако обычно скудость объективных находок не соответствует выраженности симптомов, беспокоящих больных.

Хронический Ф. часто является не самостоятельным заболеванием, а проявлением патологии желудочно-кишечного тракта: хронического атрофического гастрита, холецистита, панкреатита. Попадание кислого желудочного содержимого в глотку во время сна при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы нередко является скрытой причиной развития хронического катарального Ф., причем в этом случае без ус-

рания основной причины заболевания любые методы местного лечения дают недостаточный и непродолжительный эффект. Курение и тонзиллэктомия приводят к развитию атрофических изменений в слизистой оболочке глотки.

Ф. часто развивается при постоянно затрудненном носовом дыхании. Он может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают там ненужный анемизирующий эффект. Симптомы Ф. могут присутствовать при так называемом постназальном синдроме (англиязычный термин — «post-nasal drip»). В этом случае дискомфорт в горле связан со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Помимо постоянного покашливания, данное состояние может вызывать у детей появление свистящих хрипов, что требует дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой.

Жаропонижающие и болеутоляющие

Парацетамол: Панадол, Парацет, Проходол, Парацетамол, Эффералган.

Диклонин: Колдрекс Лари Плюс.

Нестероидные противовоспалительные

Обладают противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием. Осторожно применять при гастрите и язвенной болезни желудка.

Ацетилсалициловая кислота: Аспирин, Буфферан, Плидол, Эйч-эл-Пэйн.

Антисептики

Обычно применяются при болях в горле в виде препаратов для рассасывания или полоскания. Следует помнить, что при сильной боли или при нарастании боли в горле следует обратиться к врачу для уточнения диагноза (чтобы исключить ангину или паратонзиллярный абсцесс).

Амбазон: Амбазон.

Хлоргексидин: Дрилл, Себидинс (+аскорбиновая кислота), Фервекс от боли в горле.

Цетилпиридиния хлорид: Цетилпиридиния Хлорид.

Гексамидин: Гексамидин.

Гекситидин: Гексорал.

Биклотимол: Гексапневмин (+фенилэфрин (сосудосуживающий) и хлорфенамин (антигистаминный)), Гексапневмин сироп для взрослых (+гвайфенезин (отхаркивающий)).

Хлорбутанола гидрат: Каметон (+камфора, эвкалиптовое масло и ментол).

Прочие препараты: Ангисепт доктора Тайсса, Доктор МОМ, Ингалипт, Лизобакт, Стопангин, Стрепсилс, Стрепсилс Плюс, Тантум Верде, Вокара, Септогал, Септолете, Септолете Д (без сахара), Фарингосилс, Октенисепт.

Антибиотики

Препараты для лечения бактериальных поражений горла. Должны назначаться врачом в зависимости от возбудителя заболевания. Особенно внимательно нужно следить за назначением антибиотиков детям, избегая назначения токсических препаратов.

Фузафунгин: Биопарокс.

Грамицидин: Грамицидин.

Иммуномодуляторы

Можно назначать в качестве альтернативы антибиотикам, что важно при лечении детей, пожилых и ослабленных пациентов.

Рибомунил, Бронхомунал, ИПС-19, Иммунал.

Другие препараты

Имудон.

ХОЛЕСТАЗ

Холестаз (Х.) — клинический и биохимический синдром, при котором происходит уменьшение поступления в двенадцатиперстную кишку желчи вследствие нарушения ее образования и (или) выведения. Ток желчи может быть нарушен в любой точке пути — от печеночных клеток до фатерова соска, которым открывается желчевыводящий проток в двенадцатиперстную кишку. Поэтому Х. разделяется на вне- и внутрипеченочный. Также различают Х. острый или хронический, желтушный или безжелтушный. Длительно сохраняющийся Х. приводит к образованию цирроза.

Внепеченочный Х. развивается при механической закупорке желчевыводящих путей, наиболее частой причиной внепеченочного Х. являются камни общего желчного протока или рак поджелудочной железы.

Внутрипеченочный Х. может быть вызван любым патологическим процессом в печени. В одних случаях причины известны — гепатиты, лекарственное и алкогольное поражение печени, в других — нет. При ряде заболеваний поражаются как вне-, так и внутрипеченочные протоки.

Механизмы развития синдрома Х. многофакторны. Он может быть обусловлен вирусным, алкогольным, лекарственным, токсическим поражением, метаболическими нарушениями (доброкачественный возвратный внутрипеченочный Х., Х. беременных, муковисцидоз).

В основе формирования клинических проявлений Х. лежат три фактора: избыточное поступление элементов желчи в кровь, уменьшение или отсутствие желчи в кишечнике, воздействие компонентов желчи на печеночные клетки и каналца. Основные клинические проявления Х. (как острого, так и хронического) — зуд кожи, желтуха, темная моча, светлый стул. Зуд кожи, желтуха не всегда являются ранними признаками Х. Зуд значительно ухудшает качество жизни больного (вплоть до суицидальных попыток). При хроническом Х. обычно вокруг глаз, а также в ладонных складках, под молочными железами, на шее, груди или спине появляются плоские или возвышающиеся мягкие желтого цвета образования в виде бугорков (ксантомы). Кроме этого, ксантомы обнаруживаются на разгибательных поверхностях в области крупных суставов, ягодиц, в местах, подвергающихся давлению, в рубцах. Могут поражаться оболочки сухожилий, кости, периферические нервы. Клинические симптомы Х. у 45% больных проявляются в виде боли и тяжести в правом подреберье, слабости и утомляемости, 30% пациентов беспокоит тошнота и 16% больных — кожный зуд. Слабость и утомляемость при Х. беспокоят 45% пациентов.

Цвет стула при Х. светлый, как правило, соответствует степени выраженности желтухи (чем выраженнее желтуха, тем светлее стул). Недостаточное содержание желчных кислот в просвете кишечника приводит к нарушению всасывания жиров, при этом наблюдаются похудание, дефицит жирорастворимых витаминов (А, D, К, Е). При дефиците витамина D развивается поражение костей, которое проявляется выраженными болями в грудном или поясничном отделе позвоночника, самопроизвольными переломами при минимальных травмах, особенно ребер, сдвоенными переломами тел позвонков. При дефиците витамина К появляются кровотечения из десен, носа, склонность к образованию гематом (синяков). При недостаточности витамина А развиваются нарушения зрения в темноте («куриная слепота»).

При недостатке витамина Е в детском возрасте появляются специфические неврологические нарушения, у взрослых специфические неврологические симптомы не появляются.

Длительный Х. осложняется образованием камней в желчной системе с развитием признаков желчнокаменной болезни. Кроме этого, клинически холестатическое поражение может протекать по двум типам: по феноптиазинового и стероидному.

При феноптиазинном типе наблюдается сочетание клинической картины Х. и острого воспаления печени, проявляющееся острым началом, лихорадкой и изменениями биохимических показателей крови. Этот тип Х. может наблюдаться у больных, получающих Аминазин, а также при использовании других феноптиазинов, трициклических имунодепрессантов, Хлорпропамида, Фенилбутазона, Эритромицина. Как правило, после отмены препарата отмечается полное выздоровление, хотя в редких случаях болезнь может прогрессировать.

Стероидный тип представляет собой чистую холестатическую реакцию почти или совсем без признаков воспаления печеночной ткани. Характерно постепенное начало Х. без общих симптомов. Этот тип Х. вызывается оральными контрацептивами, метилтестостероном и родственными им лекарственными веществами. Синдром развивается примерно у 1–2% женщин, использующих оральные контрацептивы. После отмены лекарства следует полное выздоровление. Внепеченочная непроходимость желчевыводящих путей обычно требует оперативного вмешательства. При внутрипеченочном Х. необходимо лечение основного заболевания.

Поскольку при различных типах Х. необходимо назначение различных препаратов, то и диагностику и назначение препаратов для лечения Х. должен проводить только врач.

Желчегонные препараты

Абсолютными противопоказаниями к назначению желчегонных средств являются все варианты Х.: внутрипеченочный (гепатоцеллюлярный, каналикулярный, дуоденальный) и внепеченочный с желтухой и без желтухи.

Противозудные препараты

Колестирамин: Колестипол.

Хьюаровая кислота: Гуарем.

Энтеросорбенты

Полифепан, Микрорекристаллическая целлюлоза (МКЦ).

Другие препараты

Аллохол, Холензим, Хологон.

Гепатопротекторы

Адеметионин: Гептрал.

Силибинин: Карсил.

Тиоктовая кислота: Берлитион 300, Берлитион 300 Ораль.

Урсодезоксихолевая кислота: Урсосан.

Другие: Глутоксим, Эссенциале Н.

Комбинированные: Эссливер Форте.

Препарат животного происхождения: Сирепар.

Витаминные препараты

Витамин К: Викасол, Фитоменадион.

Витамин D и препараты кальция: Эргокальциферол, Кальция глюконат, Кальций Д-3 Никомед.

Витамин А: Ретинола ацетат.

Витамины А и Е: Аевит.

Более подробно витаминные препараты описаны в разделе **Авитаминозы**.

ХОЛЕЦИСТИТ

Холецистит (Х.) — воспаление желчного пузыря. Одно из распространенных заболеваний органов пищеварения. Чаще встречается у женщин зрелого и пожилого возраста.

В возникновении Х. наибольшее значение имеет бактериальная флора, в некоторых случаях — лямблиоз. Попадание микробной флоры в желчный пузырь обычно не приводит к воспалительному процессу; важным predisposing фактором возникновения Х. является застой желчи в желчном пузыре. К нему могут приводить желчные камни, при этом развивается калькулезный Х. Застой желчи в желчном пузыре способствует сдавлению и перегибы желчевыводящих протоков, дискинезия желчевыводящих путей, опущение внутренних органов, беременность, малоподвижный образ жизни, привычные запоры. Непосредственным толчком к вспышке воспалительного процесса в желчном пузыре являются редкие приемы пищи, сочетающиеся с перееданием, особенно прием очень жирной и острой пищи, общее переохлаждение, острый воспалительный процесс в другом органе. По течению заболевания различают острый и хронический Х. Острый Х. проявляется приступом сильной боли в правом подреберье и подложечной области, отдающей в спину, правую лопатку, правую надключичную область. У пожилых больных, страдающих ишемической болезнью сердца, одновременно могут возникать боли слева от грудины или за грудиной — рефлекторная стенокардия. У многих больных возникают тошнота и рвота, сначала съеденной пищей, в дальнейшем примесью желчи или желчью. Температура повышается от низких субфебрильных цифр до высоких (38–39°С).

Во время приступа больные обычно беспокойны, не могут найти положения тела, при котором боль уменьшается. Нередко на 2–3-й день после приступа появляется выраженная в различной степени желтушность кожи и склер, моча становится темной (цвета пива). Часто приступ острого Х. возникает через 2–4 часа после употребления жирных блюд (сала, копченостей, студня, жареной свинины, баранины).

Хорошо известно, что число больных резко увеличивается после праздничных дней, сопровождающихся, как правило, перееданием, избыточным употреблением жирной пищи. При хроническом Х. воспаление развивается постепенно, редко после острого Х. При наличии камней говорят о хроническом калькулезном Х., при их отсутствии — о хроническом бескаменном Х. Бескаменные Х. чаще встречаются в молодом возрасте, калькулезные — в среднем и пожилом, причем с каждым десятилетием жизни частота каменных Х. возрастает.

Хронический Х. часто протекает на фоне других хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта: гастрита, панкреатита, гепатита. Больного беспокоят тупые ноющие боли или дискомфорт в правом подреберье, подложечной области, иногда под правой лопаткой, тошнота, горечь во рту, вздутие живота. Появление этих ощущений, как правило, связано с употреблением жирной, жареной пищи, копченостей, иногда после нее начинаются поносы. При обострении хронического Х. много сходного с клиникой острого Х.: боли носят интенсивный характер, температура может повышаться до субфебрильных цифр. Желтуха появляется только при осложненном течении: закупорке общего желчного протока камнем, слизью, при холангите, гепатите, реже — панкреатите.

При подозрении на острый Х. необходимо срочно вызвать врача. До его прихода нельзя применять грелки, промывать желудок, принимать слабительное.

Лечение больных острым Х. проводят в хирургических отделениях стационара. Большинство больных подвергаются оперативному лечению.

При хроническом Х. полностью исключаются жирные и жареные блюда, желателен преобладание растительной пищи. Рекомендуются минеральные воды из источников: Боржоми, Ессентуки, Ижевск.

Для профилактики Х. важны: предупреждение ожирения и других нарушений обмена веществ, борьба с привычными запорами, ликвидация хронических очагов инфекции (лечение кариозных зубов, тонзиллита).

ЖЕЛЧЕГОННЫЕ СРЕДСТВА

Фитопрепараты

Лив 52.

Артишок: Хофитол, Экстракт артишока.

Семена тыквы: Тыквеол.

Желчегонные и спазмолитические средства

Олиметин.

Гимекромон: Одестон.

Фитопрепараты: Гепабене, Гербион капли желчегонные, Холагол.

Гомеопатические препараты: Галстена.

ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ

Адеметионин: Гептрал.

Силицинин: Карсил.

Тиоктовая кислота: Берлитион 300, Берлитион 300 Ораль.

Урсоекоксихолиновая кислота: Урсосан.

Другие: Глутоксим, Эссенциале Н.

Комбинированные: Эсливер Форте.

Животного происхождения: Сирепар.

АНТИБИОТИКИ

Назначаются врачом, необходимо принимать курсом.

Доксициклин: Юнидокс Солютаб, Апо-Докси, Вибрамицин, Доксал, Доксициклин, Медомицин.

СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Назначают при выраженных болях.

Дротаверин: Но-шпа, Беспа, Дротаверин, Дротаверин-Акос, Но-Шпа Форте, Спаковин.

Мебеверин: Дюспаталин.

Папаверин: Папаверин.

Пинаверин: Дицетел.

Альверин+Симетикон: Метеоспазмил (уменьшает метеоризм).

ЖЕЛЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фитопрепараты

Лив 52.

Цинара: Хофитол, Экстракт артишока.

Семена тыквы: Тыквеол.

Комбинированные со спазмолитиками

Олиметин.

Химекромон: Одестон.

Фитопрепараты: Гепабене, Гербион капли желчегонные, Холагол.

Гомеопатические препараты: Галстена.

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ

Аллохол, Холензим.

Если в патологический процесс вовлекается печень, то назначают *витамины группы В, аскорбиновую кислоту* (описаны в разделе **Авитаминоз**).

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени (ЦП) — хроническое прогрессирующее заболевание печени; характеризуется повреждением и гибелью печеночных клеток с их постепенным замещением разрастающейся соединительной тканью, нарушением строения и функции печени. ЦП встречаются чаще в среднем и пожилом возрасте; мужчины страдают этим заболеванием приблизительно в 2-2,5 раза чаще, чем женщины. ЦП может быть следствием огромного числа факторов, вызывающих поражение клеток печени и их гибель.

Причины цирроза печени

Частые

- хронические вирусные гепатиты В, С;
- алкогольные;
- криптогенные.

Нечастые

- первичный билиарный цирроз печени;
- хронический аутоиммунный гепатит.

Очень редко

- гемохроматоз;
- болезнь Вильсона-Коновалова;
- дефицит альфа₁-трипсина;
- вторичный билиарный цирроз печени;
- кардиальный цирроз печени (хроническая правожелудочковая недостаточность);
- синдром Бадда-Киари;
- медикаментозные средства.

В нашей стране ведущую роль в развитии этого заболевания играет вирусное поражение печени (вирусный гепатит В), в исходе которого формируется ЦП (по различным статистическим данным — 17-70% из общего числа больных циррозом). Хронический алкоголизм наряду с обычным сопутствующим ему недостаточным питанием или дефицитом в пище белков и витаминов также является одной из ведущих причин развития ЦП. В США алкогольный ЦП, или цирроз Лаэннека, является самой распространенной формой. Токсический ЦП может возникнуть при повторных и длительных воздействиях гепатотоксических веществ (четырёххлористого углерода, хлороформа, мышьяка, фосфора). Бесконтрольное применение некоторых лекарств (антибиотиков, сульфаниламидных препаратов), закупорка желчных ходов и их воспаление также ведут к ЦП. Алиментарный фактор — главным образом дефицит белков и витаминов (особенно В₁, В₆ и фолиевой кислоты) — является одной из частых причин ЦП в ряде стран. В ряде случаев нарушение питания имеет эндогенное происхождение, связанное с расстройством всасывания белков и витаминов в желудочно-кишечном тракте. В странах с тропическим климатом ЦП нередко возникает на фоне хронических паразитарных и гельминтозных поражений. Обменные и эндокринные факторы также могут быть причиной развития ЦП (тиреотоксикоз, сахарный диабет). Наконец, сравнительно часто (в 20-30% случаев) причина ЦП остается невыясненной. Однако у этой группы больных возможен перенесенный в прошлом вирусный гепатит, протекающий в стертой, безжелтушной форме.

Проявления ЦП различны и зависят от формы и стадии заболевания. Многие годы оно может протекать незаметно для больного, хотя при обследовании выявляются плотная увеличенная печень и другие симптомы ее поражения. При

различных вариантах ЦП боли возникают в области печени, в подложечной области или по всему животу, имеют тупой ноющий характер, усиливаются после еды, особенно жирной, обильного питья или физической работы. При ЦП обычны диспептические расстройства в виде снижения аппетита, вплоть до полного его отсутствия (чаще при алкогольном циррозе), тяжести в подложечной области после еды, подташнивания, метеоризма и расстройства стула (после приема жирной пищи). У больного наблюдаются различной интенсивности желтуха, эритема (покраснение) ладоней, сосудистые звездочки на груди, спине, плечах, сосудистая сеть на лице.

Частыми жалобами больных ЦП являются снижение трудоспособности, общая слабость, быстрая утомляемость и бессонница. В ряде случаев у больных повышается температура. По мере прогрессирования ЦП присоединяются признаки портальной гипертензии: увеличение размеров живота за счет накопления жидкости в брюшной полости (асцит), варикозное расширение вен пищевода и желудка, передней брюшной стенки, прямой кишки (геморроидальных вен). Похудание особенно характерно для больных ЦП с выраженной портальной гипертензией, причем оно достигает резкой степени при далеко зашедшей стадии заболевания. Внешний вид такого больного типичен: исхудавшее лицо с серым желтушным цветом кожи, с яркими губами и языком, эритемой скуловой области, тонкими конечностями и увеличенным животом (за счет асцита и увеличения печени и селезенки), с расширенными венами переднебоковых поверхностей грудной и брюшной стенки и отеками ног. Цирроз печени могут сопровождать кровотечения из носа, десен, геморроидальных узлов.

Профилактика ЦП включает меры борьбы с вирусным гепатитом, полноценное белковое витаминизированное питание с ограничением жиров и поваренной соли, отказ от употребления алкогольных напитков; в периоды обострений необходим физический и психический покой.

Лечение ЦП длительное, в период обострения оно проводится обязательно в больнице.

Из препаратов специфического действия, прием которых при циррозе способен снизить скорость фиброзного перерождения печени, с разной степенью успешности могут применяться *кортикостероидные гормоны* (*Преднизолон*, *Метипред*, *Триамцинолон*). Эти препараты назначаются и отменяются только врачом.

Гепатопротекторы

Адеметионин: Гептрал.

Силибинин: Карсил.

Тиоктовая кислота: Берлитион 300, Берлитион 300 Ораль.

Урсодезоксихолевая кислота: Урсосан.

Другие: Глутоксим, Эссенциале Н.

Комбинированные: Эссливер Форте.

Препарат животного происхождения: Сирепар.

Витаминные препараты

Показаны при активном процессе в печени. Подробнее описаны в разделе **Авитаминозы**.

Витамин К: Викасол, Фитоменадион.

Витамин D и препараты кальция: Эргокальциферол, Кальция глюконат, Кальций Д-3 Никомед.

Витамин А: Ретинола ацетат.

Витамины А и Е: Аевит.

ЦИСТИТ

Цистит (Ц.) — воспаление стенки мочевого пузыря, одно из наиболее частых урологических заболеваний. Как правило, в основе Ц. лежит инфекция. Ц. неинфекционного происхождения возникает при раздражении слизистой оболочки мочевого пузыря выделяющимися с мочой химическими веществами, при повреждениях слизистой оболочки инородным телом, мочевым камнем. В большинстве случаев к первоначально асептическому воспалительному процессу вскоре присоединяется инфекция. Возбудители инфекции могут проникать в мочевой пузырь восходящим путем — при воспалительных заболеваниях мочеиспускательного канала (уретрит), предстательной железы (простатит), семенных пузырьков (везикулит), яичка (орхит) и его придатка (эпидидимит); нисходящим путем — чаще всего при туберкулезном поражении почки; гематогенным путем — при инфекционных болезнях или наличии гнойного очага в организме. Возбудителями инфекционного Ц. могут быть кишечная палочка (наиболее часто), стафилококк, вульгарный протей и другие микроорганизмы. Кишечная палочка, обладая большим набором факторов патогенности, является бесспорным лидером в развитии Ц. Частота обнаружения ее в моче зависит от характера течения заболевания: при остром процессе она преобладает, при хроническом несколько снижается. В подавляющем большинстве случаев заболевание вызывается только одним видом микроорганизмов.

В развитии Ц., помимо инфекции, важную роль играют дополнительные факторы: неправильное осуществление туалета наружных половых органов (движениями в направлении сзади кпереди), проведение некоторых медицинских манипуляций (катетеризация мочевого пузыря), снижение иммунного статуса организма, обусловленное, например, переохлаждением, переутомлением, истощением, перенесенными заболеваниями, оперативными вмешательствами; нарушение оттока и застой мочи у больных с аденомой предстательной железы, стриктурой уретры, нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря; нарушение кровообращения в стенке мочевого пузыря или в малом тазу.

Заболевание широко распространено. Практически 50% женщин в возрасте 20–50 лет хотя бы раз в жизни пережили болезненные симптомы Ц. Более частому развитию Ц. у женщин способствуют анатомические особенности строения мочевыводящих путей (короткий и более широкий мочеиспускательный канал, близость наружного мочеиспускательного отверстия к влагалищу и заднепроходному отверстию). У мужчин Ц. обычно развивается на фоне гиперплазии (аденомы) предстательной железы.

По клиническому течению различают острый и хронический Ц.

Острый Ц. возникает обычно внезапно, через некоторое время после переохлаждения или воздействия другого провоцирующего фактора. Основными его симптомами являются частое болезненное мочеиспускание, боли внизу живота, помутнение мочи. Со временем интенсивность боли при мочеиспускании нарастает, боль принимает почти постоянный характер. В связи с учащенными позывами к мочеиспусканию больные (особенно дети и подростки) не в состоянии удерживать мочу.

Выраженность клинических признаков при остром Ц. различна. В некоторых, более легких, случаях больные ощущают лишь тяжесть внизу живота и небольшие боли в конце акта мочеиспускания. Иногда эти явления наблюдаются

в течение 2–3 дней и проходят без специального лечения. Однако чаще острый Ц. даже при своевременно начатом лечении протекает 6–8 дней. Для тяжелых форм острого Ц. (флегмонозный, гангренозный, геморрагический) характерны выраженная интоксикация, высокая температура тела, снижение количества мочи. Моча мутная, с гнилостным запахом, содержит хлопья фибрина, иногда пласты некротизированной слизистой оболочки, примесь крови.

Продолжительность заболевания в этих случаях значительно увеличивается, возможно развитие тяжелых осложнений. При остром Ц. в моче находят лейкоциты, эритроциты и небольшое количество белка. При геморрагическом Ц., кроме того, отмечается примесь крови в моче (гематурия).

В тех случаях, когда жалобы сохраняются или усиливаются в течение длительного периода времени, наблюдаются в конце или на протяжении всего периода мочеиспускания, сопровождаются другими значимыми симптомами (лихорадкой, учащением мочеиспускания, помутнением мочи или появлением в ней различных примесей, болю в поясничной, надлобковой области или в животе) — следует обращаться к врачу.

При остром Ц. больные нуждаются в постельном режиме, а в тяжелых случаях подлежат госпитализации. Назначаются обильное питье, диета. Рекомендуются овощи, фрукты, молочные продукты. Полезно применение отвара трав (почечный чай, толокнянка, кукурузные рыльца), оказывающих мочегонное действие. С целью уменьшения боли назначают теплые ванны, грелки.

В профилактике острого Ц. важную роль играют соблюдение правил личной гигиены, своевременное лечение воспалительных заболеваний и нарушения уродинамики, предупреждение переохлаждения.

Отдельно стоит коснуться острого Ц., который развивается у беременных женщин. Диагностируется он по клинической картине, не сопровождающейся общими симптомами. Случаи с отсутствием бактерий в моче относятся к острому уретральному синдрому, имеющему связь с хламидийной инфекцией. Только около 17% беременных с острым Ц. имеют повторные эпизоды заболевания, подтвержденные бактериологически. Развитие пиелонефрита после Ц. составляет 6%. Чаще всего острый Ц. развивается во втором триместре, тогда как бактериурия — в первом, а острый пиелонефрит — в первом и в третьем триместрах беременности. Беременные с Ц. подлежат такому же лечению, как и беременные с бактериурией. Поскольку бактериурия и Ц. могут стать причиной невынашивания беременности — они требуют лечения. При назначении антибиотикотерапии следует учитывать возможное негативное влияние антибиотиков на плод. Влияние лечения на плод: пенициллины и цефалоспорины не представляют опасности для плода. Сульфонамиды могут стать причиной гипербилирубинемии и ядерной желтухи у новорожденных. Тетрациклины вызывают дисплазию костей и зубов, окрашивание зубов. Нитрофураны могут стать причиной гемолиза у плодов с дефицитом глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы. Аминогликозиды могут вызвать повреждение 8 пары черепно-мозговых нервов. Фторхинолоны оказывают повреждающее действие на хрящевую ткань суставов.

Клиническая картина *хронического Ц.* разнообразна и зависит от причины, общего состояния больного и эффективности проводимого лечения. Основные симптомы те же, что и при остром Ц., но выражены слабее. Хронический Ц. протекает либо в виде непрерывного процесса с постоянными

более или менее выраженными жалобами и изменениями в моче — наличием в ней лейкоцитов и бактерий, либо имеет рецидивирующее течение с обострениями, протекающими аналогично острому Ц., и ремиссиями, во время которых все признаки Ц. отсутствуют.

Характерная триада симптомов включает частое мочеиспускание и боль. В тяжелых случаях, при частом мочеиспускании, больной посещает туалет каждый час. Чувство постоянных позывов на мочеиспускание может наблюдаться даже сразу же после посещения туалета. По крайней мере 90 процентов пациентов испытывают боль в области таза. Разные люди по-разному оценивают эту боль. Некоторые больные расценивают ее как глубокую тазовую боль. Другие характеризуют ее как болезненный позыв на мочеиспускание, который вызывает большие неудобства. У многих женщин отмечается боль, связанная с половыми сношениями.

О повторной острой инфекции говорят в том случае, когда из мочи высеивается новый возбудитель. Для возвратной инфекции (рецидива) характерно выделение одного и того же микроорганизма. К сожалению, лечение Ц. успешно далеко не у всех больных. Его рецидивирующее течение наблюдается у 30-50% пациентов, причем у 90% из них рецидив возникает в течение ближайших 3 месяцев после первого эпизода.

Пациентам с хроническим Ц. рекомендуется соблюдение диеты. Следует избегать острых и кислых блюд, богатых кофеином и алкоголем. В связи с присутствием калия такие виды продуктов, как бананы и мускусная дыня, часто оказывают на пациентов раздражающее действие.

Прогноз при хроническом Ц. менее благоприятен, чем при остром. Удовлетворительные результаты могут быть получены лишь при настойчивом комплексном лечении и ликвидации предрасполагающих факторов.

В исследовании доказано, что отсрочка начала лечения (от 4 суток при острой форме) повышает риск развития нефросклероза.

Профилактика хронического Ц. состоит в рациональном лечении острого Ц., а также своевременном выявлении и лечении заболеваний мочеполовой системы. Предполагается, что профилактическое назначение антибактериальных препаратов снижает риск развития рецидивов заболевания.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

По правилам должны назначаться только врачом на основании бактериологических исследований чувствительности микрофлоры к антибиотикам. В противном случае может развиваться нечувствительность микрофлоры к назначаемым препаратам.

Пенициллины

Ампициллин: Ампициллин, Упсамин, Уназин, Ацилин, Амецилин, Ампиопенил, Бактипен, Долмипен, Пентрекс, Ультрабион.

Амоксициллин: Флемоксин, Оспамокс, Хиконцил.

Комбинированные препараты амоксициллина: Амоксиклав, Аугментин, Моксиклам.

Карбоксипенициллины: Тиментин.

Уреидопенициллины: Азлоциллин, Секурופן.

Пиперациллин: Пипракс, Пирацил.

Макролиды

Микендамицин: Макропен.

Спирамицин: Ровамицин.

Нитрофураны

Фурагин, Фурадонин, Фуразолидон.

Хинолоны

Энтеросептол: Вioформ.

Хиниофон: Ятрен.

Нитроксалин: 5-НОК, 5-Нитрокс, Нитроксалин.

Комбинированные: Мексаформ, Мексаза.

Налидиксовая кислота: Невиграмон, Неграм.

Оксалиновая кислота: Грамурин.

Пипемидиевая кислота: Палин, Пипрам, Пимидель, Уротракин, Пипегал, Пипем.

Фторхинолоны

Ципрофлоксацин: Квинтор, Ципринол, Ципробай, Цифлоксинал, Цифран, Реципро, Сифлокс, Цепрова, Ципролет, Ципроцинал, Ципромед, Циплокс, Микрофлокс, Ципронат, Ципрофлоксацин.

Ломефлоксацин: Максаквин, Ломфлокс.

Норфлоксацин: Нолицин, Норбактин, Норилет, Нормакс, Ренор, Ютибид, Локсон.

Офлоксацин: Офлоксин 200, Тарцин.

Пефлоксацин: Абактал, Пефлацин, Пефлоксацин, Пефлоксацина мезилаат.

Спарфлоксацин: Спарфло.

Сульфаниламиды

Комбинированные с триметопримом: Бисептол, Бактрим, Септрин, Гросептол, Потесептил, Сульфатон, Суметролим, Ко-тримоксазол-Акри, Дуо-Септол.

Короткого действия (прием 5-6 раз в сутки): Стрептоцид, Норсульфазол, Этазол, Уросульфан, Сульфадимезин, Этазолнатрий.

Средней длительности действия (прием 2-3 раза в сутки): Сульфазин, Сульфаметоксазол, Метилсульфазин.

Длительного действия (1 раз в сутки): Сульфациридазин, Сульфамонетоксин, Сульфадиметоксин, Сульфациридазиннатрий.

Цефалоспорины

Цефуроским: Аксетин, Зинацеф, Зиннат, Кетоцеф.

Цефокситин: Мефоксин, Мефокситифин.

Цефотаксим: Цефотаксим, Талцеф, Лифоран, Клафоран.

Цефтриаксон: Лонгацеф, Офрамкс, Роцефин.

Цефиазидим: Фортум, Тазицеф, Тазидим, Кефадим.

Цефепим: Максипим.

Цефпиром: Кеитен.

Пероральные цефалоспорины: Цефалексин, Цефадин, Цефадроксил, Цефаклор, Цефуроскима Аксетил, Цефалотин, Цефиксим, Цефтамет, Пивоксил, Цефподоксима Проксетил.

Монобактамы

Азтреонам: Азактам.

Карбапенемы

Импинем: Тиенал.

Меропенем: Меронем.

Аминогликозиды

Гентамицин: Гарамидин.

Амикацин: Амикин, Биклин.

Нетилмицин: Нетиллин, Нетромицин.

Изапамин: Исепацин.

Тетрациклины

Доксициклин: Вибрамицин, Юнидокс Солютаб.

Миноциклин: Миноцин.

Нитроимидазолы

Метронидазол: Метронидазол Никомед, Трихопол, Флагил, Клион, Дефламон, Зоацил, Медазол, Метрогил, Орвагил, Эфлоран.

Тинидазол: Тизол, Тинидазоо, Фазижсин.

ФИТОТЕРАПИЯ

Канефрон (комбинированный растительный препарат).

ШОК

Шок (Ш.) — общая реакция организма на сверхсильное, особенно болевое, раздражение; характеризуется тяжелыми расстройствами жизненно важных функций нервной, эндокринной систем, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Ш. проявляется резким снижением артериального давления и нарушением функции жизненно важных органов. В типичных случаях Ш. развивается остро, изредка — постепенно. В зависимости от причины различают кардиогенный, травматический, анафилактический, эмоциональный (нейрогенный), септический, гиповолемический, экстракардиальный обструктивный Ш.

Выделяют 4 степени Ш. При Ш. 1 степени (легком) сознание, как правило, ясное, иногда легкая заторможенность, пульс учащен, артериальное давление не ниже 100-90 мм рт.ст. При Ш. 2 степени (средней тяжести) наблюдается выраженная заторможенность больного. Кожа бледная, покрыта холодным липким потом; дыхание учащенное, поверхностное. Зрачки расширены. Пульс — 110-130 ударов в минуту. Артериальное давление — 80-70 мм рт.ст. При Ш. 3 степени (тяжелом) сознание затемнено, кожа землисто-серого цвета, губы, нос и кончики пальцев синюшного цвета. Пульс нитевидный, 140-160 ударов в минуту. Артериальное давление ниже 60 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, частое, иногда редкое. Могут быть рвота, непроизвольное мочеиспускание, дефекация. При Ш. 4 степени (предагония или агония) сознание отсутствует, пульс и артериальное давление не определяются, дыхание агональное, по типу «заглатывания» воздуха.

Кардиогенный Ш. — одно из наиболее грозных осложнений инфаркта миокарда, злокачественных видов аритмии, дилатационной кардиомиопатии. Он может развиваться на фоне сильных болей в области сердца. Характеризуется резчайшей, остро возникшей слабостью, бледностью, синюшностью губ, похолоданием рук и ног, липким холодным потом, часто наблюдаются потери сознания.

Травматический Ш. наблюдается при тяжелых множественных травмах головы, груди, живота, таза, конечностей, а также при обширных ожогах (так называемый ожоговый Ш.). В начальной фазе травматического шока больной возбужден, лицо бледное, взгляд беспокойный, мысли сбивчивые, иногда больной не ощущает тяжести своего состояния. Отмечается и двигательное возбуждение: пострадавший вскакивает, удерживать его порой трудно. В дальнейшем при сохраненном сознании наблюдаются угнетенное состояние, полная безучастность к окружающему, отсутствие или резкое снижение реакции на боль; лицо бледное, с заострившимися чертами, температура тела понижена, кожа холодная и покрыта липким потом, дыхание частое, поверхностное, появляются жажда, иногда рвота. Травматический Ш. развивается через несколько минут или в течение 24 и более часов после поражения, усугубляя тяжелое состояние пострадавшего.

Гиповолемический Ш. возникает при потере более 20% объема циркулирующей крови из-за острого внутреннего или наружного кровотечения или обезвоживания.

Анафилактический Ш. — наиболее тяжелое проявление аллергической реакции на действие веществ, в том числе лекарственных. Картина анафилактического Ш. типична независимо от вызвавшего его вещества: тошнота, рвота, внезапное падение артериального давления, учащение пульса, ускоренное и поверхностное дыхание, иногда потеря созна-

ния. Чаще всего на коже появляются крапивница, иногда отек лица, шеи, туловища (в месте введения лекарства).

Эмоциональный Ш. возникает под влиянием внезапной и сильной психической травмы. Он может проявляться в двух формах. При первой форме человек как бы застывает, «столбенеет от ужаса», не в силах сделать ни одного движения, не может произнести ни одного слова. Это состояние длится от нескольких минут до нескольких часов. При второй форме наступает хаотическое двигательное беспокойство: бесцельные движения, крики, бессмысленное бегство, нередко в направлении опасности. В этом случае часто возникают так называемые психозы страха — панический, безудержный страх. Иногда возбуждение сменяется заторможенностью.

Первая помощь при Ш. тем эффективнее, чем раньше она оказана. Необходимо придать больному положение, при котором его меньше беспокоит боль, желательно лежащее, с низким головным концом. Дать любое из имеющихся анальгетических или успокоительных средств. Следует обеспечить покой и тишину вокруг пострадавшего. При кровотечении необходимо его как можно быстрее остановить — наложить давящую повязку, жгут. В предагональных стадиях Ш. может возникнуть необходимость в проведении непрямого массажа сердца, искусственного дыхания.

Состояние больного зависит от его скорейшей и как можно более бережной транспортировки в стационар. В дальнейшем лечение осуществляется в зависимости от причины шока.

При травматическом шоке применяют антигипоксантами, особенно при черепно-мозговых травмах. При анафилактическом шоке применяются антигистаминные препараты, которые подробно описаны в разделе **Аллергия**. При кардиогенном шоке, вызванном поражением сердечной мышцы или крупных сосудов, наиболее эффективным методом лечения является проведение хирургической ангиопластики, которая позволяет восстановить кровообращение. При травматическом и кардиогенном видах шока часто бывает необходимо применять сильные обезболивающие средства. Остальные лекарственные препараты назначаются врачом в зависимости от симптоматики.

При эмоциональном шоке пациентам часто требуется длительная работа с врачом-психотерапевтом.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА

Препараты, которые повышают артериальное давление. Следует помнить, что лечением шока должен заниматься врач.

ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ВАЗОМОТОРНОМ КОЛЛАПСЕ И ШОКЕ

Препараты с прямым миотропным действием

Ангиотензиномид.

Адреномиметические препараты

Этинефрин.

Норэпинефрин.

Допаминомиметические и адреномиметические препараты

Допамин: Допамин Солвей 50, Допамин Солвей 200, Допамина гидрохлорид, Допмин.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ

Альфа-адреномиметические препараты

Мидодрин: Гутрон.

Гомеопатические препараты

Тонгинал.

ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

Опиоидные анальгетики: Трамал, Трамадол, Маброн.

Неопиоидные анальгетики: Анальгин, Баралгин.