

ГЕЛЬМИНТОЗЫ

Гельминтозы (Г.) — заболевания, вызываемые паразитическими червями-гельминтами и их личинками. Основные Г., встречающиеся в нашей стране, представлены паразитами трех классов: круглыми червями, ленточными червями и сосальщиками.

Г., вызываемые круглыми червями (нематодозы). Они распространены наиболее широко. Дети инфицируются чаще, и заболевание у них протекает тяжелее. Человек заражается при попадании зрелых яиц в желудочно-кишечный тракт или при проникновении личинок паразита через кожу. Половозрелые особи круглых червей обитают в просвете кишечника, не размножаясь. Местом локализации аскарид и анкилостомид является тонкий кишечник, острицы обитают в слепой кишке, а власоглав — в толстом кишечнике.

Аскаридоз (А.) — наиболее распространенный Г. Им страдает около 1 млрд человек на планете. Возбудитель — аскарида, паразитирующая во взрослом состоянии в тонком кишечнике, для нее характерны необычайно высокая плодовитость, а также устойчивость яиц к воздействию внешней среды. Источником заражения служат немытые, загрязненные почвой руки. Кроме этого, яйца аскарид могут проникать в организм вместе с сырой пищей, загрязненной землей или мухами. Взрослые особи достигают в длину 3,5 см. Каждая самка живет 1-2 года и откладывает до 200 тысяч яиц ежегодно. Различают две фазы А.: раннюю — миграционную и позднюю — кишечную.

Ранняя стадия характеризуется нарушением общего состояния, повышением температуры тела, иногда увеличением печени, селезенки и лимфатических узлов. Типичным является легочный синдром, проявляющийся кашлем. Миграционная фаза часто протекает под маской ОРЗ, бронхита. В этой стадии заболевания антигельминтная терапия не проводится из-за опасности усиления аллергических проявлений.

Хроническая кишечная фаза может протекать латентно. Чаще всего присутствуют жалобы на тошноту, слюнотечение, изменение аппетита, кишечную дисфункцию, повышенную утомляемость, схваткообразные боли в животе.

Осложнения А. — кишечная непроходимость, аппендицит, перитонит, абсцесс печени, острый панкреатит, асфиксия вследствие заползания аскарид в дыхательные пути.

Основная задача лечения хронической фазы А. — избавление от паразитов.

Препараты для лечения аскаридоза

Вермокс, Веро-мебендазол, Декарис, Пирантел, Гельминтокс.

Энтеробиоз (Э.) — широко распространенный Г. Им могут страдать лица всех возрастных групп, но чаще всего заболевают дети. Заражению способствует пребывание в коллективах и семьях, члены которых заражены острицами. Человек — единственный хозяин остриц. Распространенность и тяжесть Э. достигают максимума в возрасте 5-14 лет. В более старшем возрасте частота Э. уменьшается в связи с более редким заражением и развитием иммунитета. Человек заражается при заглатывании яиц глиста, которые могут находиться под ногтями, на одежде, постельном белье или в домашней пыли. В кишечнике из яиц вылупляются личинки, в слепой кишке завершается их созревание до взрослой особи. Острицы представляют собой небольших (около 1 см) белого цвета червей. В ночное время самка мигрирует в перианальную область, где откладывает большое

количество яиц. Раздражение кожи перианальной области сопровождается выраженным зудом. При расчесывании яйца попадают под ногти и опосредованно инфицируют разные предметы. Если пациент грызет ногти, то происходит постоянное самозаражение.

Основным симптомом Э. является зуд в области заднего прохода по ночам, который продолжается в течение нескольких дней и повторяется через 3-4 недели. Часто бывают тошнота, потеря аппетита, сухость во рту, схваткообразные боли в животе, иногда понос со слизью, головная боль, головокружение, бессонница, ухудшение памяти, рассеянность, судорожные припадки (у детей). Острицы могут способствовать возникновению трещин, дерматита и экземы в области заднего прохода, промежности и половых органов, вульвовагинита, пиелостизита, мастурбации и ночного недержания мочи.

Терапия Э. эффективна при тщательном соблюдении личной гигиены и профилактике заражения. Следует лечить всех членов семьи одновременно, а в детском коллективе — всех детей и весь обслуживающий персонал. Для предупреждения аутоинвазии рекомендуется носить плотно облегающие трусы или рейтузы с резинкой, проглаживание их и постельного белья горячим утюгом в течение 2-3 месяцев. Для борьбы с зудом и с целью механического удаления остриц рекомендуется вставать по вечерам в задний проход вату, по утрам обмывать теплой водой с мылом область заднего прохода.

Препараты для лечения энтеробиоза

Вермокс, Веро-мебендазол, Декарис, Пирантел, Гельминтокс, Пирвиниум, Пиркон.

Анкилостомидоз — заболевание, характерное для районов с теплым и влажным климатом, в нашей стране встречается редко. Возбудители — анкилостома и некатор, которые паразитируют в тонком кишечнике, чаще в двенадцатиперстной кишке. Заражение происходит при активном внедрении личинок через кожу или при проглатывании их с загрязненными фруктами, овощами или водой. В кишечнике личинки превращаются в половозрелые особи и спустя 4-6 недель начинают откладывать яйца. Продолжительность жизни анкилостомид от нескольких месяцев до 20 лет. В период миграции личинки вызывают кровотечение, аллергию, дискинезию желудочно-кишечного тракта и диспепсию. После заражения возникают кожный зуд и жжение, кожные высыпания, лихорадка. Позже появляются тошнота, слюнотечение, боли в животе, запоры или поносы, вздутие живота. Заболевание сопровождается развитием различной степени **анемии**, которую следует устранить до начала основного лечения (см. раздел **Анемия**).

Препараты для лечения анкилостомидоза

Вермокс, Веро-мебендазол, Декарис, Пирантел, Гельминтокс.

Трихоцефаллез — возбудителем является власоглав, паразитирующий в толстом кишечнике. Продолжительность его жизни около 5 лет. Паразиты травмируют слизистую оболочку кишки, вызывают рефлекторные реакции в других органах брюшной полости. Продукты их обмена sensibilizуют организм.

Больных беспокоят слюнотечение, понижение (реже — повышение) аппетита, боль в правой половине живота и эпигастрии, тошнота, запор или понос. Нередко отмечаются головокружение, головная боль, беспокойный сон, раздражительность. Возможна **анемия**. При интенсивной инвазии у детей описаны случаи выпадения прямой кишки (вследствие упорного поноса), эпилептиформных припад-

ков. При слабой интенсивности инвазия власоглавами протекает бессимптомно.

Препараты для лечения трихоцефалеза

Вермокс, Веро-мебендазол.

Трихинеллез — возбудитель (трихинелла) попадает в организм человека в личиночной стадии с недоваренным мясом свиней или диких животных. Часто заражаются любители сырого мяса. Самки откладывают многочисленные личинки, которые разносятся по всему организму. Местом дальнейшего развития трихинелл служат поперечно-полосатые мышцы, в которых они сохраняют жизнеспособность до 20 лет и более. Симптоматика появляется только при массивной инвазии. В течение первой недели заболевания отмечаются чувство дискомфорта в животе, явления гастроэнтерита. Затем, в результате миграции личинок, появляются распространенные боли в мышцах, отеки лица и век. Наиболее сильные мышечные боли отмечаются в области диафрагмы, межреберных и жевательных мышц. Аритмия и сердечная недостаточность развиваются только при тяжело протекающем заболевании.

Препараты для лечения трихинеллеза

Вермокс, Веро-мебендазол.

Специфического лечения, направленного на предотвращение проникновения личинок в мышцы, не существует. При трихинеллезном миокардите или при поражении нервной системы показано лечение *кортикостероидами*.

Г., вызываемые ленточными глистами (цестодозы). Человек служит окончательным хозяином некоторых видов ленточных глистов. Многие представители их паразитируют у животных, и человек заражается ими случайно. Чаще всего пребывание гельминта в кишечнике человека остается бессимптомным или вызывает умеренно выраженные нарушения. Серьезная симптоматика появляется при заражении личинками некоторых ленточных глистов, рассеивающимися по организму и вызывающими разнообразные изменения почти в каждом органе.

Из этой группы Г. в нашей стране встречаются бычий цепень (тениаринхоз), свиной цепень (тениоз), карликовый цепень (гименолепидоз), а также лентец широкий (дифиллоботриоз).

Тениаринхоз. Возбудитель заболевания — бычий цепень. Человек заражается при употреблении в пищу сырого мяса крупного рогатого скота, содержащего его личинки. Через 3 месяца в тонкой кишке развивается взрослый гельминт, который может прожить там много лет. Он оказывает механическое, токсико-аллергическое, рефлекторное воздействие на организм. Больные отмечают самопроизвольное выползание члеников из ануса и выделение их с калом. Иногда бывают тошнота, рвота, головокружение, боль в животе, раздражительность, головная боль, ларингоспазм, синдром Меньера, эпилептиформные припадки, задержка стула, метеоризм и газообразование.

Тениоз. Возбудитель заболевания — свиной цепень, который может паразитировать у человека не только в половозрелой, но и в личиночной стадии, вызывая заболевание цистицеркоз. Взрослый гельминт паразитирует в тонкой кишке в течение многих лет. Заражение людей происходит при употреблении в пищу сырого или полусырого мяса, содержащего личинки свиного цепня. Симптомы такие же, как при тениаринхозе, однако членики паразита активно из ануса не выходят.

Гименолепидоз. Возбудитель — карликовый цепень. Заражение происходит при заглатывании яиц паразита, попав-

шего на руки при контакте с больными и с загрязненными фекалиями, предметами домашнего обихода и стенами уборной. Местное воздействие личинок и взрослых форм на слизистую оболочку кишечника выражается в разрушении ворсинок, воспалении слизистой оболочки с обильным выделением слизи. Токсико-аллергическое воздействие проявляется снижением аппетита, тошнотой, болями в животе, **поносом** или **запором**, головокружением, головными болями, раздражительностью, повышенной утомляемостью, беспокойным сном. Иногда отмечаются похудение, умеренная анемия. Иногда заболевание протекает бессимптомно.

Дифиллоботриоз. Возбудитель — широкий лентец. Продолжительность его жизни составляет десятки лет. Заражение человека происходит при употреблении в пищу свежей, недостаточно просоленной икры и сырой рыбы (щука, окунь, омуль, хариус). Лентец, прикрепляясь к слизистой оболочке кишки своими ботриями, травмирует ее. Большие скопления паразита могут закупорить просвет кишечника. Продукты обмена гельминта сенсibiliзируют организм. Абсорбция гельминтом витамина В₁₂ из пищеварительного тракта приводит к гиповитаминозу и развитию анемии. Характерны тошнота, неустойчивый стул, выделение при дефекации обрывков стробилы. Больные жалуются на слабость, головокружение, боль в животе.

Препараты для лечения цестодозов

Билтрицид, Вермокс, Веро-мебендазол.

Г., вызываемые сосальщиками (трематодозы). Отличительная черта трематод — сложный жизненный цикл. В организме окончательного хозяина сосальщики размножаются половым путем, а в организме промежуточного хозяина происходит неполовое размножение. Таким образом, для завершения своего жизненного цикла сосальщики должны паразитировать в организме разных животных. На территории России наиболее часто встречается описторхоз.

Описторхоз. Возбудитель — двуустка кошачья, или сибирская, которая паразитирует в желчных протоках, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы человека, кошек, собак. В организме человека паразит живет 20–40 лет. Заражение происходит при употреблении в пищу сырой рыбы (талой, мороженой), слабо просоленной и недостаточно прожаренной рыбы карповых пород (язь, чебак, елец). Описторхиты травмируют слизистые оболочки протоков, создают препятствие оттоку желчи, способствуют развитию кистозных расширений и новообразований печени, оказывают токсическое и нервно-рефлекторное воздействие. В раннем периоде могут быть повышение температуры, боль в мышцах и суставах, рвота, понос, болезненность и увеличение печени, реж — селезенки, аллергические высыпания на коже. В хронической стадии часты жалобы на боли в подложечной области, правом подреберье. Иногда отмечаются приступы боли типа желчной колики. Часты головокружения, различные диспептические явления. Наиболее часто при описторхозе развиваются явления холецистита, дискинезии желчных путей, хронического гепатита и панкреатита, реж — симптомы гастродуоденита, энтероколита. Описторхоз может протекать бессимптомно.

Препараты для лечения трематодозов (описторхоза)

Билтрицид.

Дополнительные препараты для лечения гельминтозов

Антигистаминные препараты: *Супрастин, Тавегил, Диазолин, Фенкарол.*

Препараты для лечения **поносов** и **запоров** описаны в соответствующих разделах.

ГЕМОРРОЙ

Геморрой (Г.) — заболевание, обусловленное патологическим варикозным расширением кавернозных вен прямокишечного сплетения. Различают наружный Г., когда расширяется нижний ряд кавернозных вен прямой кишки и образовавшиеся при этом геморроидальные узлы, покрытые кожей, выступают наружу; и внутренний Г., при котором расширены внутренние кавернозные вены, а узлы расположены непосредственно в прямой кишке. Развитию Г. способствует застой крови в кавернозных венах прямой кишки и малого таза, т.е. длительное переполнение их кровью, при хронических запорах, сидячем образе жизни, во время беременности. Определенное значение имеют врожденная слабость венозной стенки и особенности анатомического строения геморроидальных вен.

Г. чаще болеют мужчины среднего и пожилого возраста, но нередко он встречается и у молодых. Геморрой относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. Хотя точная статистика на этот счет отсутствует, есть все основания полагать, что геморроем страдает до 80% взрослого населения.

В большинстве случаев Г. развивается постепенно. Вначале возникает ощущение некоторого дискомфорта, тяжести в области заднего прохода, нередко отмечаются боли, запоры. Болевые ощущения и дискомфорт обычно связаны с тромбозом узлов или присоединением анальной трещины.

Анальный зуд — возникает при недостаточной гигиене после дефекации, при фекальном загрязнении белья или выпадении узлов со слизистыми выделениями или без них. Иногда у больного возникает перианальный отек из-за заполнения кровью наружного венозного сплетения или тромбоза наружных геморроидальных узлов. Поскольку внутренние геморроидальные узлы покрыты цилиндрическим эпителием, травматизация приводит к воспалению и обильному выделению слизи. Преобладание тех или иных симптомов в клинической картине заболевания будет диктовать и выбор соответствующих препаратов для местного лечения.

Эти ощущения усиливаются после приема алкоголя, иногда после физической нагрузки. В дальнейшем появляются так называемые геморроидальные кровотечения (поверх кала капли, брызги или незначительное количество алой крови). Если Г. осложняется воспалением геморроидальных узлов, возникают приступы острых болей, которые сопровождаются повышением температуры тела, запорами. В запущенных случаях воспаление может перейти на окружающую клетчатку. Г. протекает хронически, с периодическими обострениями. Между обострениями больные чувствуют себя практически здоровыми. С прогрессированием болезни промежутки между обострениями становятся короче, кровотечения учащаются и становятся обильнее. При выпадении и ущемлении внутренних геморроидальных узлов больной испытывает резкую боль; узлы отечны, синюшного, иногда почти черного цвета, плотные. При появлении первых признаков Г. — жжения в заднем проходе, чувства дискомфорта во время дефекации, наличия крови в кале или обнаружения геморроидальных узлов — следует обратиться к врачу. Попытки самостоятельного вправления геморроидальных узлов при их ущемлении недопустимы, так как могут привести к обильному кровотечению или другим серьезным осложнениям.

Лечение проводит врач-хирург или проктолог. Его эффективность во многом зависит от степени развития забо-

левания, своевременности обращения к врачу. Рекомендуется диета, богатая фруктами и овощами. Из рациона исключают острые приправы, копчености, продукты, способствующие запорам, алкоголь. Рекомендуется отказаться от курения. Принимают меры для систематического опорожнения кишечника. Нередко требуется оперативное хирургическое вмешательство. Уменьшают воспаление и препятствуют инфицированию сидячие ванны (по 15 мин 2 раза в сутки), применение ватных тампонов, смоченных соком гаммелиса вирджинского.

Профилактика направлена на устранение предрасполагающих факторов, в первую очередь запоров, и на отказ от алкоголя. Необходимо соблюдать личную гигиену, проводить тщательный и нетравматичный туалет после каждой дефекации. При малоподвижном образе жизни следует заниматься гимнастикой. Полезна также гимнастика во время рабочего дня (спустя 3 часа после начала работы и затем спустя 2-2,5 часа).

Препараты для местного применения

Белладонна: Красавки Экстракт.

Белладонна+Ихтаммол: Бетиол.

Белладонна+Сульфат цинка+Трибромфенат: Анузол.

Гепарин+Бензокаин: Нигепан.

Гепарин+Ларомакрогол 400+Преднизолон: Гепатромбин Г.

Ихтаммол: Свечи с ихтиолом.

Трибенозид+Лидокаин: Прокто-Гливекол (обезболивающий препарат).

Троксерутин: Троксевазин, Троксерутин Врамед.

Комбинированные препараты: Ауробин, Релиф Адванс, Анестезол, Нео-Анузол, Релиф.

Препараты для системного применения

Асцин+Тиамин: Эскузан.

Диосмин: Детралекс.

Гинкго билоба+Гептаминол+Троксерутин: Гинкор Форт.

Рутосид: Веноуртон.

Трибенозид: Гливекол.

Троксерутин: Троксевазин, Троксерутин Врамед.

Гомеопатические препараты

Венза.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЗАПОРОВ

Препараты, способствующие смягчению каловых масс

Докузат Натрий: Докузат Натрий.

Контактные слабительные препараты

Стимулируют нервные окончания в толстом кишечнике, ускоряя и усиливая перистальтику.

Бисакодил: Бисакодил, Бисакодил-Акри, Бисакодил-Нижфарм, Дульколак, Лаксатин.

Касторовое масло: Касторовое масло.

Пикосульфат Натрия: Гутталакс, Лаксигал, Слабилен.

Слабительные с осмотическим действием

Магния карбонат, Магния сульфат.

Лактулоза: Дюфалак, Лактулоза.

Макрогол: Форлак, Фортранс (комбинированный).

Стимуляторы перистальтики

Цизаприд: Координакс, Перистил.

Дебридат, Убретил, Фортранс.

Прочие слабительные препараты

Глицерол: Глицерол.

Растительные слабительные

Сенна: Пурсеннид, Тисасен, Сенна, Сенналакс, Бекунис, Калифиг, Регулак.

Другие: Мусинум (крушина), Семя льна, Мукофальк (подорожник), Файберлак (псиллиум).

ГЕРПЕС

Герпес (Г.) — вирусное заболевание, характеризующееся многообразными изменениями кожи, слизистых оболочек глаз, половых органов и центральной нервной системы. Он может вызывать генерализованные заболевания (энцефалит, менингоэнцефалит).

По данным ВОЗ, распространенность вирусоносительства чрезвычайно широка — около 90% населения Земного шара инфицированы вирусом простого Г. При этом клинические проявления встречаются у 10-20%. В нашей стране более 30 000 000 человек болеют им регулярно.

Возбудитель заболевания — вирус Г., содержащий ДНК. В организм человека вирус проникает через кожные покровы и слизистые оболочки. Попав в организм, вирус Г. сохраняется в течение всей жизни человека. Источник инфекции — больной человек, или вирусоноситель. Развитию заболевания способствуют переохлаждение (больше всего заболеваний отмечается в холодное время года), снижение сопротивляемости организма, гиповитаминоз. Г. часто возникает на фоне других инфекционных заболеваний (гриппа, пневмонии, малярии). Высыпания простого Г. возможны и в жаркое время года при перегревании людей на солнце. Как самостоятельные заболевания различают простой Г. и Г. опоясывающий. Особенно тяжело вирусные инфекции переносятся людьми с нарушениями иммунитета, вызывая у них крайне тяжелые осложнения. По приблизительным оценкам, на территории России и СНГ различными формами герпетической инфекции ежегодно заражаются около 20 млн человек.

Простой Г. проявляется в виде группы скученных мелких пузырьков с прозрачным содержимым на воспаленном основании, обычно на губах, крыльях носа. Может быть поражена слизистая оболочка полости рта (стоматит), глаз (конъюнктивит), половых органов.

Высыпанию узелков предшествуют слабый зуд или жжение кожи, иногда озноб, общее недомогание, расстройство функции желудочно-кишечного тракта (особенно у детей). В редких случаях при генерализации процесса могут быть поражены внутренние органы, нервная система, и тогда заболевание протекает тяжело, с высокой температурой и нарушением общего состояния. У детей, страдающих экссудативно-катаральным диатезом, возможно развитие герпетической экземы. Обычно через 7-10 дней от начала заболевания пузырьки превращаются в корочки, затем они отторгаются, и остаются нестойкие розовые или коричневые пятна. Иногда высыпания возникают вновь через короткий промежуток времени, обычно на тех же местах, где и впервые.

Проявления простого герпеса очень многообразны и зависят от места высыпаний:

- герпетические поражения слизистых оболочек (стоматиты, гингивиты, фарингиты и др.);
- герпетические поражения глаз (конъюнктивиты, кератиты, иридоциклиты и др.);
- герпетические поражения кожи (губ, крыльев носа, лица, рук и т.д.);
- генитальный герпес (везикулярные и язвенные поражения слизистых оболочек полового члена, вульвы, влагалища, цервикального канала, кожи ягодиц и др.);
- герпетические поражения нервной системы (менингит, энцефалит, неврит);
- другие формы (пневмония, гепатит и др.).

Опоясывающий Г. вызывается вирусом ветряной оспы. Болеют им только взрослые. У детей до 10 лет это заболевание практически не встречается, но дети, которые общаются с больным опоясывающим Г., могут заболеть ветряной оспой. Возбудитель опоясывающего Г. поражает не только кожу, но и нервы. Первыми симптомами обычно бывают боль по ходу нерва (например, межреберного, бедренного), который поражен вирусом, а также головная боль. Через несколько дней на участке кожи по ходу пораженного нерва (обычно на одной стороне тела) появляются высыпания в виде сгруппированных пузырьков сначала с прозрачным, а затем с гнойным, иногда кровянистым содержимым на воспаленном отечном основании. Увеличиваются близлежащие лимфатические узлы, повышается температура тела, нарушается общее состояние. С 6-8-го дня пузырьки начинают подсыхать, покрываясь корочками. Через 2-5 недель наступает выздоровление. У пожилых, ослабленных людей невралгические боли по ходу нерва могут держаться долго (несколько месяцев) после исчезновения сыпи.

Диагноз заболевания ставится на основании клинических проявлений (наличие характерных пузырьков, локализация процесса). Возможно исследование мазков отпечатков с поврежденной поверхности с целью выявления в них многоядерных гигантских клеток с включениями. В ряде случаев ставят РСК (реакцию связывания комплемента). По современным данным, выделение культуры вируса Г. не дает представления об активности процесса.

Для местного лечения противогерпетические препараты используют в виде кремов, при поражении слизистой оболочки глаз применяют мази. При необходимости противогерпетические препараты назначают внутрь в виде таблеток. Для лечения генерализованных форм Г. препарат назначается парентерально.

Специфическая профилактика не разработана. В профилактических целях рекомендуются закаливание организма, особенно детей, рациональная по сезону одежда, исключая перегревание в помещениях в жаркую погоду, переохлаждение в сырую, холодную погоду, повышение иммунитета, исключение стрессовых ситуаций. Общие меры профилактики Г. сводятся к предупреждению контакта с больным. В целях предупреждения ветряной оспы нельзя допускать контакта детей с больными опоясывающим Г. Следует избегать также контакта маленьких детей, страдающих экссудативным диатезом, с больным простым Г., так как у них может развиться тяжелое поражение в виде герпетической экземы или генерализованного Г.

Препараты для системного применения

Ацикловир: Ацикловир, Ацикловир Штада, Ацикловир-Акос, Ацикловир-Акри, Виролекс, Герпесин, Зовиракс, Ловир, Медовир, Цикловир.

Амантадин: Амантадин.

Фамцикловир: Фамвир.

Ламивудин: Зеффикс.

Рибавирин: Веро-Рибавирин.

Римантадин: Альгирем.

Валацикловир: Валтрекс.

Препараты для местного применения

Ацикловир: Ацикловир, Ацикловир Гексал, Ацикловир Штада, Ацикловир-Акос, Ацикловир-Акри, Ацикlostад, Виролекс, Герпесин, Зовиракс, Медовир, Цикловир.

Другие препараты: Эпиген Интим, Оксолиновая мазь.

Интерфероны

Виферон, Реальдирон, Валлферон.

ГЛАУКОМА

Глаукома (Г.) — это хроническое заболевание глаз, основным признаком которого является повышение внутриглазного давления. В норме внутриглазное давление поддерживается на определенном уровне — это постоянно обеспечивается циркуляцией внутриглазной жидкости. В силу различных причин, чаще всего из-за сосудистых и сосудисто-нервных расстройств, циркуляция жидкости в глазу нарушается, ухудшается ее отток. Это, в свою очередь, приводит к накоплению внутриглазной жидкости и подъему внутриглазного давления. Стойкое его повышение значительно нарушает функцию глаза. Оно может привести к гибели нервных элементов в сетчатой оболочке глаза, необратимым изменениям зрительного нерва и в результате — к прогрессирующему ухудшению зрения и даже к слепоте.

Г. развивается чаще после 40-50 лет, реже у детей, так называемая врожденная Г., и у молодых людей — юношеская глаукома.

Один из ранних признаков развивающейся Г. — появление кажущихся кругов вокруг источников света при взгляде на них. Исчезает четкость контуров при рассмотрении различных предметов. Эти явления обычно развиваются вначале на одном глазу. Иногда, чаще по утрам, в течение 1-3 часов ощущается чувство давления в глазу, в области виска и лба со стороны глаза. Г. может начаться и внезапно — с резко выраженного острого приступа. Появляется резкая боль в глазу и в соответствующей половине головы. Глаз краснеет, веки отекают, понижается зрение. Иногда ухудшается и общее состояние, появляются тошнота, рвота.

Лечение, начатое в раннем периоде развития Г., дает наилучшие результаты. Оно включает разнообразные методы воздействия как на больной глаз, так и на организм в целом. Успех лечения во многом зависит от правильного режима. Ночной сон должен длиться не менее 7-8 часов, перед сном не следует принимать пищу; необходимо проветривать спальню, гулять на свежем воздухе. Спать надо на высоких подушках, т.к. низкое положение головы способствует застою жидкости в глазу и повышению внутриглазного давления; по этой же причине утром не надо долго лежать в постели. Больным Г. желательно исключить сильные наклоны туловища, головы, напряжение, связанное, например, с мытьем полов, со стиркой белья, с рубкой дров, прополкой грядок, подъемом тяжестей. Следует помнить, что прилив крови к голове способствует подъему внутриглазного давления. По этой же причине недопустим перегрев головы — не рекомендуется находиться в жаркой бане, у горячей плиты, загорать на солнце. Внутриглазное давление может повышаться от пребывания в темноте, поэтому больным Г. не следует носить темные очки, долго находиться в темном помещении, во время сна закрывать окна шторами. Желательно избегать сильных волнений и переживаний. При Г. нельзя принимать препараты атропина, т.к. они могут вызвать подъем внутриглазного давления и даже острый приступ Г. Поэтому при обращении к врачам других специальностей следует обязательно сообщать о своей болезни.

Существенное значение при Г. имеет правильное питание. Из рациона исключают копчености, соленья, острые приправы. Общее количество потребляемой жидкости (во-

да, чай, супы) не должно превышать 5-6 стаканов в сутки; за один раз рекомендуется выпивать не более одного стакана. Исключаются крепкий чай, кофе. Противопоказаны курение, алкогольные напитки. Необходимо следить за деятельностью кишечника, при склонности к запорам следует принимать легкие послабляющие средства.

Г. бывает двух видов. Открытоугольную Г. обычно лечат глазными каплями; иногда показано лазерное или хирургическое лечение. Закрытоугольная (узкоугольная) Г. иногда поддается излечению с помощью лазерной иридэктомии, однако чаще больные нуждаются и в лекарственном лечении.

Острый приступ Г. требует экстренной медицинской помощи. Если ранее был поставлен диагноз «Г.», до прибытия врача следует каждые 15-20 мин в течение первого часа, а затем через каждый час закапывать в глаз раствор 4% пилокарпина, одновременно принять солевое слабительное (1 ст.л. сернокислой магнезии на стакан воды), сделать горячую ножную ванну (на 20-30 мин), после чего лечь в постель, положить грелку к ногам и поставить на затылок и шею горчичники; при сильных болях принять 0,5 г анальгина. Если медикаментозное лечение не дает снижения внутриглазного давления или давление снижается недостаточное, прибегают к оперативному вмешательству. С помощью операции уменьшают образование внутриглазной жидкости, либо облегчают ее отток из глаза, создавая более или менее стойкое понижение внутриглазного давления.

Каждому человеку старше 40 лет следует хотя бы один раз в год проверять состояние глаз у окулиста, даже если нет признаков болезни. Профилактические осмотры позволяют выявить не только ранние формы Г., но и предрасположенность к ней. У таких лиц удастся предупредить развитие болезни при соблюдении ими правильного режима и соответствующем лечении, если это необходимо.

Гипотензивное лечение глаукомы является одной из наиболее важных проблем современной офтальмологии. Около 60% больных постоянно используют гипотензивные препараты с той или другой степенью успеха. Тем не менее, несмотря на все успехи фармацевтики, лазерного и хирургического лечения, в мире каждую минуту один больной Г. безвозвратно теряет зрение. Общее количество слепых от глаукомы превышает 10 миллионов человек. Медикаментозное лечение Г. проводит только врач.

АНТИГЛАУКОМНЫЕ СРЕДСТВА

Это препараты для местного применения — капли. Назначаются только врачом в зависимости от вида Г.

М-Холиномиметики

Карбахол: Карбахол.

Пилокарпин: Офтан Пилокарпин.

Бета-адреноблокаторы

Бетаксолол: Бетоптик, Бетоптик С.

Тимолол малеат: Тимолол-Акос, Арутимол, Глимол, Окумед, Оптимол, Офтан Тимолол, Тимогексал.

Ингибиторы карбоангидразы

Бринзоламид: Азопт.

Дорзоламид: Трусопт.

Аналоги простагландина

Латанопроуст: Ксалатан.

Комбинированные препараты

Пилокарпин + Тимолол малеат: Фотил.

Ингибиторы карбоангидразы

Для системного применения.

Ацетозаламид: Диакارب.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Головокружение (Г.) — одна из частых жалоб, с которыми пациенты обращаются к врачу. В различных возрастных группах частота этой жалобы составляет от 5 до 30%. Г. представляет собой иллюзию движения самого человека или окружающих предметов вокруг него. Г. может быть симптомом большого числа заболеваний, как доброкачественных, так и угрожающих жизни больного.

Термин «головокружение» часто неправильно используется. Иногда больные называют Г. чувство дурноты, приближающейся потери сознания, ощущение пустоты, «легкости в голове». Эти жалобы характерны для предобморочного состояния и сочетаются с бледностью кожных покровов, сердцебиением, тошнотой, потемнением в глазах, гипергидрозом. Такое состояние наблюдается при сердечно-сосудистой патологии, при ортостатической гипотензии (лекарственной, вследствие вегетативной недостаточности, гиповолемии), при гипогликемии, анемии.

Нередко под Г. понимают нарушение равновесия — неустойчивость, пошатывание при ходьбе. Эти расстройства возникают, как правило, при органических процессах нервной системы (экстрапирамидные, мозжечковые нарушения, проприоцептивные расстройства) и не являются истинным Г.

Другой вариант жалоб — это ощущение тяжести в голове, «внутреннего Г.», состояния, подобного опьянению; ощущение дурноты наиболее характерны для психогенного головокружения, наблюдающегося при неврозах, депрессиях.

И, наконец, истинное, *системное Г.* с ощущением вращения, падения, наклона или раскачивания окружающих предметов или собственного тела. Нередко оно сопровождается вегетативными симптомами — тошнотой, рвотой, гипергидрозом (потливостью). Системное Г. характерно для поражения вестибулярной системы, ее периферического или центрального отделов.

Вестибулярное Г. носит приступообразный, эпизодический характер. Постоянное Г. может развиваться при использовании ототоксичных лекарственных препаратов, при повреждении структур мозга, отвечающих за вестибулокулярные рефлексы.

Приступообразное вестибулярное Г. (вертиго) развивается при поражении периферического или центрального отдела вестибулярного анализатора, и в зависимости от причин может иметь определенные особенности. Вертиго, вызванные поражением лабиринта, наблюдаются при различных заболеваниях, среди которых наиболее часто встречаются следующие.

Болезнь Меньера. Это сильное Г. с тошнотой, рвотой, шумом в ухе, ощущением давления, распирания в ухе и снижением слуха. Приступ длится несколько часов. У всех больных выявляется нистагм.

Болезнь Меньера чаще всего выявляется в возрасте от 40 до 60 лет, хотя может отмечаться и в более молодом возрасте. В Европе заболеваемость болезнью Меньера составляет примерно 50–200 на 100 000 человек в год.

На ранних стадиях заболевания слуховые расстройства исчезают полностью, в последующем становятся необратимыми. Аудиметрия выявляет характерное снижение слуха. Причиной болезни Меньера является отек лабиринта вследствие расширения эндолимфатической системы. При про-

грессировании заболевания может произойти разрыв мембраны, отделяющей перилимфу от эндолимфы, что приводит к нарушениям слуха и равновесия. Заживление разрыва и восстановление состава эндолимфы приводит к нормализации этих функций. С течением времени у 82% развивается умеренная или резко выраженная тугоухость, а у 47% тугоухость стала двусторонней. Выраженность других симптомов (в том числе и головокружения) уменьшается у 60–80% больных независимо от вида проводимой терапии. Симптомы, сходные с проявлениями болезни Меньера — могут наблюдаться при других заболеваниях, таких как перелом височной кости, сифилис, гипотиреоз, синдром Когана и дисплазия Мондини.

Лабиринтиты вызывают приступы системного Г. и нарушения слуха, регресс которых развивается медленно в течение нескольких недель или даже месяцев. Известны лабиринтиты бактериальные — как осложнение при неадекватной терапии среднего отита — и вирусные (вирус герпеса).

Наиболее часто встречающееся вертиго — это *доброкачественное позиционное пароксизмальное Г.* (ДППГ), для которого характерно возникновение Г. при быстром изменении положения головы и тела, когда больной находится в горизонтальном положении, или при наклоне вперед и запрокидывании головы назад. Как правило, Г. быстро проходит самостоятельно — длительность его от нескольких секунд до 1 минуты. Среди пациентов старше 50 лет, страдающих Г., частота данной патологии составляет 34–41%. С возрастом частота ДППГ увеличивается. У женщин эта патология встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Причиной ДППГ является купулолитиаз, отложение сгустка кристаллов карбоната кальция на купуле — желатинозной массе, покрывающей рецепторную зону полукружного канала, и повышение чувствительности рецепторов полукружных каналов.

Выявляют еще один синдром системного Г. — *вестибулярный нейронит*. Это внезапное продолжительное сильное Г., сопровождающееся тошнотой, рвотой, нарушением равновесия, чувством страха. Симптомы усиливаются при движении головы или изменении положения тела. Больные тяжело переносят это состояние и не поднимаются с постели. Характерен спонтанный нистагм. Иногда возникают шум и заложенность в ухе. Слух не снижается, результаты аудиологического исследования остаются нормальными. Другой неврологической симптоматики нет. Почти в половине случаев приступы повторяются через несколько месяцев или лет. Доказательств инфекционной природы данного заболевания нет. Однако отмечено развитие нейронита после инфекции верхних дыхательных путей.

Посттравматическое Г. Тонкие костные мембраны лабиринта могут повреждаться при травме, сразу после которой возникают вестибулярное Г., тошнота, рвота, вследствие выключения одного из лабиринтов. Реже Г. обусловлено поперечным или продольным переломами пирамиды височной кости, которые сопровождаются кровоизлиянием в среднее ухо или повреждением барабанной перепонки. Характерны горизонтальный спонтанный нистагм и нарушение равновесия. Симптоматика усиливается при резких движениях головой. При баротравме (при нырянии, натуживании, кашле) также возможен разрыв мембраны в области овального или круглого отверстий и образование перилимфатической фистулы, через которую изменение давления в области среднего уха передается на внутреннее ухо.

Развиваются перемежающееся или позиционное вестибулярное Г. и непостоянная тугоухость.

Холестеатома — опухоль, развивающаяся при хроническом бактериальном воспалении внутреннего уха, разрушает стенки барабанной полости и приводит к образованию перилимфатической фистулы и к появлению системного Г. и тугоухости.

Поражение вестибулярного нерва возможно при интоксикациях наркотическими и медикаментозными (противоэпилептические, противоревматические, антибактериальные препараты, салицилаты) препаратами. При этом наблюдается нарушение слуха. После отмены препарата наступает улучшение вестибулярной и слуховой функции. Однако у некоторых пациентов, особенно пожилых, полного восстановления может не быть.

Клиника **невриномы VIII пары черепно-мозговых нервов** начинается с вестибулярного Г., чаще всего первым ее симптомом является снижение слуха, которое нередко не замечается больными или этому не придается должного значения. Больной обращается к врачу в основном тогда, когда появляются неустойчивость при ходьбе или онемение лица.

Вестибулярное Г. и нарушение равновесия — частые симптомы **стволового инсульта**. Обычно он сопровождается нарушениями артикуляции, фонации, глотания или диплопией. Исключение составляют органические очаги ишемического или геморрагического характера, расположенные в мозжечке, при которых отсутствуют типичные мозжечковые расстройства и системное Г. с нарушением равновесия является единственным симптомом.

Г., проходящие нарушения равновесия и координации возможны при **стенозе подключичной артерии** (субклавио-вертебральный синдром). Эти симптомы могут сочетаться с оптическими расстройствами, а также с парестезиями, бледностью и похолоданием руки.

Системное Г. может быть ведущим проявлением **эпилептических приступов**. Г. сопровождается нистагмом, парестезиями в противоположных конечностях. Приступы кратковременны. Часто такие приступы сочетаются с типичными проявлениями височной эпилепсии (жвением, гиперсаливацией, неприятными ощущениями в эпигастральной области, зрительными и слуховыми галлюцинациями). Характерно нарушение или сужение сознания. Как правило, приступы стереотипны. В диагностике помогает электроэнцефалография.

Г. может быть симптомом **базиллярной мигрени**. Приступ включает в себя зрительные, чувствительные нарушения и головную боль.

Появление Г. возможно после травмы шейного отдела позвоночника, при спондилезе этого отдела. Причиной Г. в этих случаях могут быть патологические импульсы от рецепторов шейных мышц. При этом наблюдаются нарушение равновесия, толчки в сторону и ощущение легкого Г., возникающего при поворотах головы.

Причины вестибулярного Г. в детском возрасте во многом схожи с таковыми у взрослых. Причиной Г. у детей могут быть сложные парциальные припадки, возникающие при локализации очага в височных зонах коры. Г. наблюдается также при приступах мигрени. В детском возрасте встречается также и доброкачественное пароксизмальное Г.

Доброкачественное пароксизмальное Г. (ДПГ) — заболевание детей раннего возраста. Большинство приступов на-

чинаются в возрасте от 1 года до 3 лет (максимум — на втором году жизни). Мальчики и девочки страдают одинаково часто. Провоцирующих факторов заболевания обычно не выявляется, редко имеются сведения о перенесенной ушной инфекции. Относительно часто присутствует семейная отягощенность по мигрени (доходит до 50%). ДПГ представлено нечастыми (1–4 раза в месяц) и короткими (до 5 минут) эпизодами неустойчивости, во время которых ребенок падает. Упавший может лежать на полу и отказываться двигаться. В момент приступа можно заметить побледнение и потливость ребенка, а также выявить нистагм. Изредка могут предъявляться жалобы на тошноту, но рвоты, как правило, не отмечается. Сознание всегда сохранено, однако при коротком пароксизме может сложиться впечатление об его утрате, особенно при впервые возникшем приступе и испуге родителей. Дети очень редко описывают свои ощущения во время приступа. При наличии описания ребенком своих ощущений остается мало сомнений, что имел место острый приступ Г. Чрезвычайно характерным признаком в момент пароксизма является стремление ребенка найти опору — схватиться за что-то, прижаться к чему-то, прилечь на диван, кровать. Изредка в момент приступа можно отметить вынужденное положение головы. Вне приступов ребенок здоров, слух не страдает. Большинство приступов самопроизвольно проходят к 4 годам. Значительное улучшение наблюдается в течение года с момента возникновения пароксизмов. У некоторых детей в дальнейшем развивается мигрень, что наряду с семейной отягощенностью по данной патологии дает основание относить ДПГ к детским «мигренозным эквивалентам».

Г. наблюдается и при редком наследственном заболевании, дебютирующем в детском возрасте, — **семейной периодической атаксии 2 типа**. Заболевание начинается с приступов Г., нистагма и потери равновесия, длительностью от нескольких часов до нескольких дней. Эпизоду сопутствуют дизартрия, звон в ушах и парестезии. Вне приступа нередко можно зафиксировать нистагм (особенно «бьющий вниз») и атаксию, которая прогрессирует. Характерные изменения выявляют на ЭЭГ.

Г., обусловленное одно- или двусторонней потерей вестибулярной функции, может входить в структуру **врожденных аномалий**, вызванных внутриутробной инфекцией, токсоинами, редкими генетическими синдромами.

Как видите, причин для Г. множество, поэтому ставить диагноз и назначать лечение должен врач после детального обследования. Лечение системного Г. чаще носит симптоматический характер.

Противовирусные препараты

Ацикловир.

Используется при герпетическом поражении преддверного узла Скарпа.

Кортикостероиды

По показаниям назначаются и отменяются врачом.

Антигистаминные препараты

Описаны в разделе **Аллергия**.

Транквилизаторы

Диазепам, Лоразепам.

Применяют для уменьшения тревожности.

Противорвотные препараты

Описаны в разделе **Рвота**.

Другие препараты

Бетагистин дигидрохлорид: Бетасерк.

ГРИПП

Грипп (Г.) — болезнь вирусной этиологии, склонная к широкому распространению и протекающая с явлениями общей интоксикации, поражением слизистой оболочки дыхательных путей.

Возбудители Г. — вирусы типов А и В. Они хорошо сохраняются на холоде, быстро гибнут при нагревании, воздействию прямых солнечных лучей, дезинфицирующих средств. Проникая в верхние дыхательные пути, вирус Г. внедряется в клетки наружного слоя слизистой оболочки (эпителий), вызывая их разрушение и слущивание. Слушанные клетки, содержащие вирус, отторгаются и при дыхании, разговоре, кашле, чихании с каплями слюны, носовой слизи, мокроты попадают в воздух, заражая окружающих (воздушно-капельный путь передачи возбудителей инфекции). Заражение возможно также через предметы обихода (игрушки, соски, посуду, полотенце). Особую опасность как источники возбудителей Г. представляют больные легкими и стертыми формами болезни, они часто не обращаются к врачу, не соблюдают постельный режим и, общаясь с окружающими, распространяют болезнь. Восприимчивость к вирусу очень высока, болеют люди всех возрастов и в любое время года (чаще осенью и зимой). Приобретенный после заболевания иммунитет часто утрачивается, поскольку вирусы Г. периодически приобретают новые свойства, преодолевающие этот иммунитет. Г. может перерасти в значительные эпидемии с охватом группы стран или континентов.

В организме человека вирусы размножаются и, погибая, выделяют ядовитое вещество (анатоксин), которое вызывает интоксикацию. В течение 1-3 дней (иногда нескольких часов) после проникновения в организм возбудитель не вызывает каких-либо признаков заболевания.

Г. начинается внезапно: появляется озноб, температура быстро повышается до 38-39° (иногда выше); отмечаются головокружение, головная боль (в области лба, висков, надбровных дуг), чувство разбитости, мышечные и суставные боли, общая слабость, могут быть тошнота и даже рвота. Повышение температуры сопровождается покраснением лица, появлением боли при движении глаз. Именно внезапное начало отличает Г. от всех прочих вирусных заболеваний.

Обычно на следующий день возникают катаральные явления (заложенность носа, небольшой насморк, першение в горле, сухой кашель, боль при глотании); могут появляться слезотечение, светобоязнь. При отсутствии осложнений повышенная температура обычно держится 2-4 дня. Постепенно катаральные явления проходят, но слабость, утомляемость могут сохраняться долго. Г. может протекать в легкой или стертой форме, при которой отмечаются лишь незначительное ухудшение самочувствия, небольшие катаральные явления. Тем не менее и в этих случаях происходит поражение эпителия дыхательных путей вирусом, а несоблюдение постельного режима и врачебных рекомендаций может привести к воспалению легких, придаточных пазух носа, среднего уха (отит), поражению сердца и другим осложнениям.

Вопрос о госпитализации решает врач. При лечении на дому, чтобы предотвратить распространение инфекции, больного изолируют в отдельную комнату или отгораживают часть общей, разделив ее ширмой или простыней.

Больной должен прикрывать рот и нос при разговоре, кашле, чихании. Ухаживающие за больным носят защитные 4-6-слойные марлевые повязки или маски, закрывающие нос и рот; маски стирают и проглаживают утюгом. На протяжении всего периода повышенной температуры необходимо строго соблюдать постельный режим.

При повышении температуры, появлении озноба больного укутывают, прикладывают горячие (40°) грелки к ногам, дают горячий чай с лимоном. Температура помещения должна быть 18-20°, комнату часто проветривают, ежедневно меняют постельное белье, а нательное белье меняют несколько раз в сутки. Рекомендуется обильное теплое питье с добавлением витаминов С и А (паста из шиповника, морковный сок и другие овощные и фруктовые соки, морсы, чай с лимоном и малиной). В связи с отсутствием аппетита предпочтительнее обеспечить дробное питание — 6-7 раз в сутки. Пища должна содержать легкоусвояемые и богатые белком блюда (бульон, мясные и рыбные паровые котлеты, творог). После еды рот прополаскивают слабым раствором пищевой соды (1/2 чайной ложки на стакан воды). Зубы чистят не реже 2 раз в день. Корки из носа удаляют ватным тампоном, смоченным вазелиновым маслом. Больному выделяют отдельную посуду, которую кипятят в 1% растворе пищевой соды (2 чайные ложки на 1 л воды) в течение 5 мин. Остатки пищи сливают в канализацию. Бывшие в употреблении больного белье, носовые платки, полотенца кипятят в растворе любого моющего средства. Пол и предметы обстановки в комнате, где находится больной, протирают влажной ветошью, полированную мебель — специальной жидкостью.

Во время эпидемий Г. запрещены посещения в больницах и профилакториях; для приема температурящих больных в поликлиниках выделяют изолированные помещения с отдельными входом и выходом.

Закаливание организма, занятие физкультурой, своевременное лечение заболеваний придаточных пазух носа снижают возможность заболевания Г.

Для специфической профилактики применяют гриппозные вакцины. Вакцинопрофилактику проводят по указанию органов здравоохранения. Введение вакцины не всегда предупреждает заболевание Г., но если человек и заболевает, болезнь протекает значительно легче.

Обезболивающие и жаропонижающие препараты

Парацетамол: Цефекон, Далерон, Детский панадол, Долол, Калпол, Панадол, Парацетамол, Парацетамол-Акос, Паракодамол (+Кодеин), Панадол Экстра (+Кофеин), Солтадеин (+Кофеин+Кодеин).

Парацетамол+Аскорбиновая кислота: Гриппостад, Далерон С, Далерон С Юниор, Мексавит.

Парацетамол+Аскорбиновая кислота+Фенилэфрин: Колдрекс МаксГрипп Лимон, Колдрекс ХотРем Лимон и Мед, Колдрекс ХотРем Черная смородина.

Парацетамол+Фенилэфрин+Хлорфенамин: Антифлу, Колдакт Флу Плюс.

Парацетамол+Прометазин+Декстрометопфан: Колдрекс Найт.

Парацетамол+Ибупрофен: Брустан, Ибуклин.

Метамизол натрия: Анальгин, Анальгин-Хинин (+Квинин), Бенальгин (+Кофеин+Тиамин).

Комбинированные: Антигриппин-Анви, Гриппостад, Каффетин, Ринза, Седал-М, Темпалгин, Терафлю от гриппа и простуды Экстра, Колдрекс, Колдрин, Седалин-Нео, Темпангинол, Цитрапак.