

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — заболевание, связанное с образованием в желчном пузыре и желчных протоках камней.

ЖКБ страдают более 10% взрослого населения развитых стран. Это заболевание чаще встречается у женщин, его вероятность увеличивается с возрастом. Так, в США 20% людей старше 65 лет имеют желчные камни и каждый год более 500 000 американцев подвергаются хирургическому удалению желчного пузыря (холецистэктомия).

ЖКБ может быть обусловлена застоем желчи, нарушением обмена веществ, воспалением желчного пузыря (холецистит). В возникновении ЖКБ велика роль чрезмерного питания и малоподвижного образа жизни, способствующего застою желчи. Застой желчи может быть связан с анатомическими изменениями желчного пузыря и желчных протоков в результате их воспаления (рубцы, спайки), а также с нарушениями их двигательной функции из-за нерегулярного питания (большие перерывы между едой), передатания, хронических запоров. Определенную роль играет наследственное предрасположение (заболевание встречается у членов одной семьи в разных поколениях).

В результате застоя желчи или нарушения обмена веществ снижается содержание в ней желчных кислот, основные ее компоненты — холестерин и билирубин (красящее вещество желчи) — выпадают в осадок, и в конечном итоге образуются камни. При нарушении функций вегетативной нервной системы нарушаются сокращения (перистальтика) гладкой мускулатуры желчного пузыря и желчных протоков, вызывающие застой желчи в пузыре и желчных путях. Нарушения двигательной функции пузыря могут возникнуть при неустойчивости нервной системы после психической травмы, а также при заболеваниях других органов (при гастрите, колите). Инфекция, вызывающая воспаление, а следовательно, сужение просвета желчного пузыря и желчных протоков, также ведет к застою желчи. Слушанный при воспалении эпителий и комочки слизи часто являются основой, вокруг которой выпадают кристаллы холестерина и желчных пигментов, образуя желчные камни.

Образованию желчных камней может способствовать богатая холестерином пища (яичный желток, мозги). ЖКБ нередко сочетается с другими болезнями, связанными с нарушениями обмена веществ (с общим ожирением, подагрой, почечнокаменной болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом).

ЖКБ развивается постепенно. Часто на протяжении ряда лет больной ощущает горечь во рту, тяжесть в правом подреберье, возникающую после еды, особенно после употребления жирной пищи, жареного мяса, копченых, соленых, маринованных продуктов, вина или водки. Эти первые симптомы неблагополучия в организме — повод для обращения к врачу. Рекомендованные им на этом этапе болезни режим и диета улучшают состояние больного, помогают избежать обострения болезни. Нередко же к врачу приходят только после приступа острой боли в правом подреберье, распространяющейся под лопатку, ключицу (печеночная колика). Эти приступы обычно возникают тогда, когда в желчном пузыре уже есть камни. Печеночная колика часто сопровождается рвотой, ознобом и лихорадкой. При ощупывании печень очень болезненна, особенно в области желчного пузыря. Обычно приступы болей продолжаются от нескольких часов до нескольких дней, оставляя после себя чувство тяжести или

небольшую боль в области печени. При закупорке камнем печеночного или общего желчного протока развивается желтуха. При быстром выходе камня в двенадцатиперстную кишку желтуха вскоре исчезает. При закупорке протока большим камнем желтуха может держаться месяцами и дольше. Приступы печеночной колики могут годами не повторяться или следовать один за другим. После приступа в испражнениях иногда находят желчные камни.

ЖКБ часто сопровождается воспалением — холециститом, в некоторых случаях возникает гнойный холецистит — серьезное осложнение ЖКБ. При ЖКБ, особенно сопровождаемой холециститом, часто наблюдаются отрыжка, изжога и тошнота, чувство тяжести и небольшие боли в области печени. Нередко ЖКБ может протекать без каких-либо проявлений.

По химическому составу различают три основных вида желчных камней. Холестериновые камни состоят почти исключительно из холестерина (вещества, содержащегося во всех клетках и тканях организма). Эти камни белого, иногда слегка желтоватого цвета, округлой или овальной формы, величиной от горошины до крупной вишни. Пигментные камни (из красящего вещества желчи — билирубина) обычно небольшой величины — от рисового зерна до горошины, черного цвета, на воздухе зеленеют. Эти камни содержат примерно 60% билирубина, известь, немного холестерина и желчных кислот. Они чаще развиваются на фоне гемолитической и серповидно-клеточной анемии, цирроза печени, желтухи. Смешанные камни — холестериново-пигментно-известковые множественные фасетчатые. Этот вид камней наиболее распространен. Цвет их разнообразный: беловатый, сероватый, бурый, зеленый. Величина камней колеблется от горошины до лесного ореха и больше. В наиболее тяжелых случаях течение ЖКБ осложняется эмпиемой желчного пузыря, проявляющейся тяжелой общей состоянием больных, лихорадкой, резкой болезненностью и напряжением мышц в правом подреберье, воспалительными изменениями со стороны крови (нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ).

При полной закупорке камнем входа в желчный пузырь с течением времени он вследствие воспалительного рубцевания сморщивается. В связи с нарушением оттока желчи нередко возникает воспалительный процесс в желчных путях (холецистит, холангит, гепатит). Длительное затруднение оттока из общего желчного протока нередко приводит к развитию билиарного (холестатического) цирроза печени. Сравнительно часто ЖКБ осложняется хроническим панкреатитом. К редким осложнениям ЖКБ относится перфорация (прободение, разрыв) желчного пузыря (реже общего желчного протока) с развитием наружных и внутренних пузырнокишечных ходов. Очень серьезным осложнением является перфоративный желчный перитонит.

Длительное пребывание камней в желчном пузыре даже при бессимптомном течении ЖКБ может привести к раку желчного пузыря.

Диагноз заболевания ставится на основании клинических проявлений, распознаванию камней способствует ультразвуковое исследование брюшной полости. Наибольшее диагностическое значение имеет контрастное рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчных протоков (холангиография, холецистография), но данное исследование не рекомендуется при желтухе. В более трудных для диагностики случаях проводят компьютерную томографию, которая также позволяет выявить наличие камней в

желчном пузыре и приблизительно оценить их характер (строение).

Лечение зависит от фазы патологического процесса (печеночная колика, обострение, межприступный период). В подавляющем большинстве случаев ЖКБ при наличии рецидивирующих приступов колики или водянки желчного пузыря подлечит хирургическому лечению. Наиболее распространенной операцией является холецистэктомия (удаление желчного пузыря). При бессимптомном камнеоносительстве, а также в случаях, когда приступы печеночной колики, раз возникнув, не повторяются или имеются противопоказания к операции, проводится консервативное лечение. Оно имеет целью создание условий для уменьшения воспалительного процесса, лучшего оттока желчи и уменьшения склонности к дальнейшему камнеобразованию. Больным рекомендуется соблюдать достаточно подвижный образ жизни, рекомендуются ходьба, лечебная физкультура, частый дробный прием пищи (4-6 раз в день) с ограничением острых и жареных блюд, а также продуктов с большим содержанием холестерина.

Рекомендуется курортное лечение (Ессентуки, Железноводск, Трускавец, местные курорты для лечения больных с заболеваниями желчевыделительной системы).

При приступе желчной колики больного необходимо госпитализировать в хирургическое отделение. Показано тепло (горячая грелка) на область желчного пузыря (если нет признаков воспалительного процесса). Присоединение холецистита, холангита является показанием для назначения антибиотиков широкого спектра действия в больших дозах. В таких случаях показан холод на область правого подреберья, на 1-2 дня назначают голод, разрешается теплое питье (сладкий чай). Подобная терапия в большинстве случаев позволяет купировать приступ колики и ликвидировать воспалительный процесс. Затем решается вопрос об оперативном лечении.

Абсолютными показаниями к оперативному вмешательству при ЖКБ являются пороки развития желчных путей, значительные нарушения функции желчного пузыря, множественные подвижные конкременты, холедохолитиаз, стойкий воспалительный процесс в желчном пузыре. Относительными показаниями являются единичные подвижные конкременты в желчном пузыре, а также бессимптомные камни. Следует помнить, что после холецистэктомии велика распространенность постхолецистэктомического синдрома и инвалидизирующих осложнений.

К новым перспективным методам удаления камней желчного пузыря относятся растворение камней с помощью метилтрибутилового эфира, вводимого в желчный пузырь через чрескожный чреспеченочный катетер, и их фрагментация путем экстракорпорального ультразвукового дробления (литотрипсии). Показаниями к литотрипсии являются единичные или множественные камни до 30 мм в диаметре при условии отсутствия морфологических изменений в стенках желчного пузыря. Оба метода более эффективны для разрушения холестеринсодержащих камней. У многих больных (до 50%) в течение пяти лет после использования любого из этих двух методов камни формируются вновь. Для предупреждения рецидива камнеобразования может потребоваться дополнительное лечение препаратами желчных кислот.

ЖЕЛЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Абсолютными противопоказаниями к назначению желчегонных средств являются все варианты холестаза:

внутрипеченочный (гепатоцеллюлярный, каналикулярный, дуктулярный) и внепеченочный с желтухой и без желтухи.

Цинарин.

Фенипентол.

Фитопрепараты

Лив 52.

Цинара: Хофитол, Экстракт артишока.

Семена тыквы: Тыквеол.

Настои и отвары цветов бессмертника, кукурузных рыльцев, цветков арники.

Комбинированные со спазмолитиками

Олиметин.

Химекромон: Одестон.

Фитопрепараты: *Гепабене, Гербион капли желчегонные, Холагол.*

Гомеопатические препараты: *Галстена.*

СРЕДСТВА ДЛЯ РАСТВОРЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

Используются как основное средство при профилактике и лечении ЖКБ.

Хенодеоксихолевая кислота.

Урсodeоксихолевая кислота: Урсан.

СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

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

Мебеверин: *Дюспаталин.*

Папаверин: *Папаверин.*

Пинаверин: *Дицетел.*

Альверин+Симетикон: Метеоспазмил (уменьшает метеоризм).

Седативные средства: *Настойка валерианы, боярышника.*

Препараты, улучшающие моторику ЖКТ: *Церукал, Реглан.*

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ

Аллохол, Холензим, Хологон.

ПРОТИВОЗУДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

При признаках холестаза (застоя желчи), сопровождающихся кожным зудом, назначают препараты, препятствующие всасыванию в кишечнике холестерина и желчных кислот.

Колестирамин: *Колестипол, Холестирамин.*

Хьюаровая кислота: *Гуарем.*

ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ

Полифепан, Микрористаллическая целлюлоза (МКЦ).

ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ

Адеметионин: *Гептрал.*

Силибинин: *Карсил.*

Тиоктовая кислота: *Берлитион 300, Берлитион 300 Ораль.*

Урсodeзоксихолевая кислота: *Урсан.*

Другие: *Глутоксим, Эссенциале Н.*

Комбинированные: *Эсливер Форте.*

Препарат животного происхождения: *Сирепар.*

ВИТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

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

Витамин К: *Викасол, Фитоменадион.*

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

Витамин А: *Ретинола ацетат.*

Витамины А и Е: *Аевит.*

При признаках воспаления назначаются антибиотики, выбор которых находится в компетенции врача.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА (СИНУСИТ, ФРОНТИТ, ГАЙМОРИТЫ, СФЕНОИДИТ, ЭТМОИДИТ)

В процессе роста черепа, в возрасте 2-3 лет, происходит формирование полостей, имеющих сообщение с полостью носа и поэтому получивших название его придаточных пазух. Они заполнены воздухом и выстланы оболочкой, сходной со слизистой носа. Различают пазуху основную — сфеноидальную, а также парные: верхнечелюстные (гайморовы), лобные (фронтальные), решетчатые (этмоидальные). В соответствии с этим воспаление слизистой оболочки гайморовой пазухи называют гайморит, воспаление лобной пазухи — фронтит, воспаление в клетках решетчатой кости — этмоидит и воспаление основной пазухи — сфеноидит.

Воспаление слизистых оболочек придаточных пазух носа может быть односторонним, двусторонним или в процесс вовлекаются все придаточные пазухи (пансинусит). Воспаление слизистых оболочек придаточных пазух носа вызываются вирусными, бактериальными и грибковыми инфекциями или аллергическими реакциями. Воспаление может быть острым или носить хронический характер.

При **остром воспалении** придаточных пазух носа больные жалуются на ощущение болезненного давления в той стороне лица, где поражена пазуха, на гнойный насморк, затрудненное носовое дыхание, потерю обоняния; кроме того, обычно отмечаются быстрая утомляемость при умственной работе, головная боль, которая иногда отдает в область лба, виска, зубов; нередко повышена температура тела.

Хронические формы воспаления придаточных пазух носа — следствие часто повторяющихся острых, особенно когда существуют препятствия для оттока патологического отделяемого: утолщение слизистой оболочки носа и пазух, искривление носовой перегородки, инородные тела. При хроническом воспалении придаточных пазух носа симптомы выражены значительно слабее, заболевание протекает без повышения температуры и головной боли, но у больных отмечаются понижение трудоспособности, затрудненное носовое дыхание, снижение обоняния. При хроническом воспалении оболочек придаточных пазух носа на слизистых носа могут образовываться своеобразные выросты, так называемые полипы.

На первом месте по частоте поражений стоит верхнечелюстная, затем решетчатая, лобная и основная пазухи.

Острый синусит чаще всего вызывается стрептококками, пневмококками, гемофильной палочкой или стафилококками и обычно возникает при респираторно-вирусных инфекциях.

Обострения **хронического синусита** могут вызывать грам-отрицательные палочки или анаэробные микроорганизмы, в 25% случаев верхнечелюстной синусит (гайморит) бывает осложнением зубной инфекции. Синуситы могут являться причиной тяжелых осложнений со стороны органа зрения, вплоть до слепоты, со стороны черепа, в частности, развития менингита, абсцесса мозга, которые нередко приводят к летальным исходам. Нередко синуситы способствуют

ют заболеваниям уха, нижних дыхательных путей, многих органов и систем.

При **гайморите** больных беспокоит чувство давления и напряжения в области пазухи, затем присоединяются боли в области лба, скуловой, височной кости, захватывая всю половину лица. Нарушается носовое дыхание, появляются выделения из носа, светобоязнь, слезотечение, понижается обоняние. Температура в первые дни повышенная, озноб, расстройство общего состояния. Иногда можно наблюдать болезненную припухлость щеки на стороне поражения и даже нижнего века глаза. Щека при ощупывании болезненна. Осложнением при неправильном лечении могут быть гнойные и серозные менингиты, образование свищей, полипов.

При **фронтите** наблюдаются припухлость и боль в области лба, иногда с отеком верхнего века, боль в глазнице, светобоязнь, слезотечение.

Лечение воспаления слизистых оболочек придаточных пазух носа обычно консервативное, его назначает врач. Наиболее эффективно промывание пазух и введение в них лекарственных средств (антибиотиков, гормональных препаратов).

Целью лечения при воспалительных заболеваниях придаточных пазух носа является улучшение оттока из пазух и подавление инфекции.

Антибиотики

Выбор антибактериального препарата остается за врачом, поскольку если противомикробный препарат подобран неправильно, его доза неадекватна и длительность приема недостаточна, то это может привести к формированию устойчивых к данному антибиотику микроорганизмов и превратить острый процесс в хронический. Наиболее часто применяемые для лечения бронхитов антибиотики перечислены ниже.

Амоксициллин: Амоксициллин, Осмапокс, Раноксил, Флемоксин-Солютаб, Хиконцил.

Амоксициллин+Клавулановая кислота: Амоксиклав, Аугментин, Моксиклав

Кларитромицин: Кларид.

Спирамицин: Ровамицин.

Азитромицин: Сумамед.

Цефуроксим: Аксетин, Зиннат, Зинацеф, Кетоцеф.

Цефаклор: Альфацет, Верцеф, Тарацеф, Цеклор, Цефтор.

Доксициклин: Юнидокс Солютаб.

Ципрофлоксацин: Квинтор, Квипро, Липрохин, Медоциприн, Ципробай, Ципролет, Ципринол, Ципроцинал, Цифран.

Спарфлоксацин: Спарфло.

Норфлоксацин: Норбактин, Нормакс.

Имипинем: Тиенам.

Сульфаниламидные препараты: Бактрим, Берлоцид, Би-септол, Гросептол, Дуо-септол, Ко-тримоксазол, Котримол, Лидаприм, Ориприм, Ранкотрим, Септрин, Суметромлим, Синерсул, Сулотрим, Тримосул.

Растительные препараты

Синупрет, Фитолон.

Сосудосуживающие препараты

Применяются для облегчения дыхания через нос при воспалительных заболеваниях придаточных пазух носа, протекающих с выраженным ринитом. Описаны в разделе **Ринит**.

ЗАПОРЫ

Запоры (З.) — длительная задержка стула (2-3 дня и более) или систематическое недостаточное опорожнение кишечника. З. — широко распространенная проблема. По статистическим данным, в экономически развитых странах З. страдает 5-10% населения.

Пища продвигается в кишечнике благодаря сокращению мышц (перистальтике). У здорового человека опорожнение кишечника происходит ежедневно, обычно в определенное время. Частота стула и его объем в значительной мере зависят от характера питания. Благоприятна пища, богатая растительной клетчаткой (черный хлеб, овощи, гречневая каша, ягоды, фрукты), содержащая химические возбудители кишечной перистальтики (сахаристые вещества, молочные продукты, квас, соки, растительные масла, напитки, содержащие угольную кислоту), витамины.

Причины З. разнообразны. З. может возникнуть у здорового человека во время длительной поездки, при смене привычной обстановки, изменении жизненного ритма. В этом случае З. продолжается недолго и проходит, как правило, без лечения. При однообразном, преимущественно белковом, питании с уменьшением в пищевом рационе воды, овощей и фруктов, ржаного хлеба возникает ослабление перистальтики толстой кишки, следствием чего является З. К З. приводит малоподвижный образ жизни, ослабление мускулатуры передней брюшной стенки. Применение больших доз слабительных средств в целях борьбы с «лишним» весом ведет к упорным З. При врожденном удлинении толстой кишки, хронических колитах, спайках в брюшной полости и некоторых других заболеваниях происходит сужение кишечника, замедляющее продвижение перевариваемой массы. Болезни желудка, желчных путей, женских половых органов могут сопровождаться изменением функции толстой кишки и, следовательно, З. Некоторые эндокринные (снижение функции щитовидной железы, надпочечников, половых желез) и психические расстройства (невроты) протекают с упорными З. Они могут вызываться механическими препятствиями: рубцовыми сужениями в различных отделах кишечника, опухолями, геморроидальными узлами. Иногда механическим препятствием является скопление каловых масс в прямой кишке («каловые камни»). З. может способствовать беременности. З. может не вызывать неприятных ощущений.

При З. наблюдаются чувство распирания, тяжести и боли в животе, снижение аппетита, неприятный вкус во рту, головные боли, подавленное настроение, снижение работоспособности. Тяжелые общие явления при З. в значительной степени зависят от самовнушения, в связи с распространенными представлениями о том, что даже кратковременные З. приводят к самоотравлению организма.

З. могут привести к осложнениям. Часто развивается дисбактериоз: изменяется состав микроорганизмов, обитающих в кишечнике, появляются гнилостные бактерии. Это вызывает воспаление слизистой оболочки толстого кишечника (хронический колит). При дисбактериозе нарушаются синтез и усвоение витаминов группы В, недостаток которых усугубляет З. Частое сильное натуживание при дефекации приводит к появлению грыж, геморроя, трещин заднего прохода, что нередко требует оперативного вмешательства.

Самолечение З. недопустимо, неэффективно и попросту вредно. Возникновение З. — основание для обращения к врачу, который назначит лечение, учитывая многообразие причин и механизмов развития болезни, на основе индиви-

дуального подхода к каждому больному. В ряде случаев правильной пищевой режим, рекомендованный врачом, полностью устраняет З.

Профилактика З. тесно связана с образом жизни. Необходимо воспитание в детском возрасте привычки ежедневного опорожнения кишечника. Взрослым с этой целью необходимо ежедневное посещение туалета, даже при отсутствии позывов к дефекации.

Важна такая организация трудового процесса, при которой не создаются препятствия для своевременного опорожнения кишечника. Необходима достаточная физическая активность. Ежедневная утренняя гимнастика с включением упражнений для брюшного пресса, прогулки пешком или на велосипеде, небольшая разминка при необходимости работать сидя — все это способствует нормальной деятельности кишечника.

Важную роль в профилактике З. играет рациональное питание. Важно принимать пищу в одни и те же часы, съедать за завтраком треть дневного рациона. В пищу должны ежедневно присутствовать овощи (морковь, свекла, капуста, помидоры, огурцы, баклажаны, кабачки, тыква, сельдерей, цветная капуста), разнообразные фрукты и ягоды (натуральные или соки), молочнокислые продукты, растительные масла. Следует иметь в виду, что З. способствуют некоторые продукты: творог, рис, хурма, гранаты, черника, острые приправы и специи, алкогольные напитки.

Если диета оказывается неэффективной, по назначению врача применяются другие средства. Применяются физиотерапия, массаж и лечебная гимнастика.

Медикаментозные слабительные средства возбуждают кишечную перистальтику, раздражая слизистую оболочку толстой кишки, поэтому длительный их прием вызывает или усиливает воспалительные изменения в кишечнике. Эти средства можно применять только короткое время под наблюдением врача.

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

Сенна: *Пурсеннид, Тисасен, Сенна, Сенналакс, Бекунис, Калифиг, Регулак, Х-прен, Агиолак (комбинированный).*

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

При определенных показаниях используют различные лекарственные свечи, клизмы. Для борьбы с дисбактериозом применяют средства, способствующие восстановлению нормальной кишечной флоры (описаны в соответствующем разделе).

ЗУД

Зуд (З.) — ощущение, которое человек инстинктивно пытается устранить, расчесывая кожу. З. может сопровождать кожное заболевание или быть одним из симптомов (иногда единственным симптомом) системного заболевания. Он представляет собой сигнал об опасности, нежелательном воздействии на организм, выработавшийся как защитная реакция на укусы кровососущих насекомых и различные загрязнения кожи. Предполагается, что З. — это видоизмененное чувство боли, обусловленное раздражением нервных окончаний в коже, воспринимающих боль (болевые рецепторы).

З. кожи возникает при укусах или ползании по коже насекомых (вши, чесотка); ожоге крапивой; при некоторых кожных заболеваниях (экземе, нейродермите, почесухе); при аллергических состояниях (непереносимости пищевых продуктов или лекарств). З. кожи может сопровождать заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек, болезни обмена веществ (сахарный диабет, подагра).

Нередко З. возникает при различных нервных и психических заболеваниях, некоторых заболеваниях системы крови (лимфогранулематоз, лимфосаркома, лейкоз). З. без первичных кожных высыпаний иногда возникает на поздних стадиях беременности. Сухость кожи (особенно у пожилых людей) часто обуславливает сильный генерализованный З. Зуд волосистой части головы часто бывает обусловлен наличием перхоти.

З. может быть распространенным по всей коже (генерализованным) или наблюдаться на ограниченных участках тела. Например, З. в области заднего прохода может быть при геморрое, глистах (см. Гельминтозы, энтеробиоз), воспалении прямой кишки, особенно если при этом не соблюдаются правила личной гигиены.

Иногда З. бывает очень мучительным. При расчесах может возникнуть осложнение — гнойничковое заболевание кожи.

При З. от укусов насекомых (комары, мошки, блохи) рекомендуется протирать кожу спиртовыми растворами (водкой, салициловым спиртом, спиртовым раствором календулы и другими) или водным раствором соды (1 чайная ложка соды на 1 стакан воды). Эта процедура снимает З. и предотвращает образование гнойничков.

При появлении упорного, непроходящего З. следует обратиться к врачу. Лечение всегда индивидуально и назначается врачом после обследования. Во всех случаях из пищи исключаются раздражающие блюда, алкоголь, ограничивают сладкие блюда. Для успокоения З. можно рекомендовать ванны (t=37 °C) продолжительностью до 20-25 минут, с добавлением отваров из трав (череды, дубовой коры, ромашки, березовых почек). Если нет противопоказаний — морские купания, воздушные и солнечные ванны. При генерализованном З. по возможности следует прекратить прием всех лекарств или заменить их препаратами другой химической природы. Не рекомендуется носить вызывающую раздражение (например, шерстяную) и слишком тесную одежду. Гигиенические водные процедуры сводятся до минимума, так как они могут усилить генерализованный З., особенно у больных с сухой кожей. Целесообразно применять смягчающие и увлажняющие косметические кремы.

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Применяют при аллергических дерматитах и других видах зуда, связанных с аллергией, как наружно, так и внутрь. Подробно описаны в разделе **Аллергия**.

Для системного применения

Азеластин (Azelastine): Азеластин, Аллергодил.

Акривастин (Acrivastine): Семпрекс.

Алименазин (Alimemazine): Алименазин.

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

Бамипин (Bamipine): Бамипин, Советол.

Диметинден (Dimetindene): Фенистил, Фенистил 24.

Деслоратадин (Desloratadine): Эриус.

Доксилламин (Doxylamine): Доксилламин.

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

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

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

Меггидролин (Mebhydroline): Диазолин, Омерил.

Меквитазин (Mequitazine): Прималан.

Оксатомид (Oxatomide): Оксатомид.

Прометазин (Promethazine): Пипольфен, Дипразин, Диферган.

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

Тиэтилпипразин (Thiethylperazine): Торекан.

Фексофенадин (Fexofenadine): Тесфаст, Фексадин.

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

Ципрогептадин (Ciproheptadine): Перитол.

Хлоропирамин (Chloropyramine): Супрастин.

Эбастин (Ebastine): Кестин.

Препараты для наружного применения

Диметинден (Dimetindene): Фенистил.

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

Димебон: Димебон.

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

Левокабастин (Levocabastine): Левокабастин, Гистимет.

Лодоксамид (Lodoxamide): Аломид.

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

Оксатомид: Тинсет.

Сетастин: Лодерикс.

Фексофенадин: Телфаст.

Фенирамин: Авил.

Фенспирид: Эреспал.

Хифенадин: Фенкарол.

ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ

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

Активированный уголь: Уголь активированный, Карболен.

Продукты лигнина: Билигнин, Полифепан, Лиенсорб.

Целлюлоза: МКЦ с Левзеей, МКЦ с родиолой, МКЦ с шиповником, МКЦ с витамином С.

Зостерин (Пектиновый полисахарид): Зостерин-Ультра.

Аттапульгит: Аттапульгит, Неоинтестопан.

Диосмектит: Смекта.

Поливидон: Энтеродез, Энтеросорб.

ВИТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Витамиотерапия повышает эффективность лечения зудящих кожных заболеваний. Кроме того, зуд может быть симптомом некоторых **Авитаминозов**.

Альфа-токоферола ацетат, Витамин А (ретинол), Ретинола ацетат.

Витамин В₆, Витамин В₇.

Витамин Е.

Гептавит.

С профилактической точки зрения для коррекции витаминной недостаточности показано применение комплексных поливитаминных препаратов. 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.

Красители: *Раствор метиленового синего, Раствор бриллиантового зеленого (зеленка), Раствор Эозина, Раствор Фуксина.*

Фенолы: *Раствор «Фукорцин».*

Бензалкония хлорид и цетримид: *Драполен.*

Хлоргексидин: *Дистерил, Гибитан.*

Левомецетин: *Левовинозол, Левомеколь, Левосин.*

Эритромицин: *Мазь эритромициновая 1%.*

Тетрациклин: *Мазь тетрациклиновая 3%, Амрацин.*

Гентамицин: *Мазь гентамициновая 0,1%.*

Гелиомицин: *Мазь гелиомициновая 4%.*

Неомицин: *Мазь неомициновая 2 и 5%.*

Линкомицин: *Мазь линкомициновая 2%, Линкоцел, Пленка с линкомицином.*

Синтомицин: *Линимент синтомицина 1,5, 10%.*

Клиндамицин: *Далацин Т.*

Мупироцин: *Бактробан.*

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Препараты местного применения подбирают с учетом причины зуда.

Средства ухода за волосами и чувствительной кожей: *Фридерм-деготь, Фридерм рН-баланс, Фридерм-Цинк, серия Мими Риск.*

Кетоконазол: *Низорал-шампунь.*

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, Нафталианная мазь, Псориаден, 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.*

Обезболивающие средства: *Камфорное масло, Камфорная мазь, Камфорный спирт.*

Препараты с ментолом (охлаждающее действие): *Меновазин, Бом-бенге, Ментоловое масло, Ментоловый спирт, Гевкамен, Бен-гей.*

МЕСТНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

При отсутствии терапевтического эффекта от применения традиционных наружных средств единственно целесообразным является назначение местных глюкокортикостероидов. Однако их длительное применение может привести к нежелательным последствиям, поэтому назначать (и отменять) эти препараты должен только врач. Классифицируются эти препараты по активности.

Слабые

Гидрокортизон: *Гидрокортизоновая мазь, Кортейд.*

Средней силы

Преднизолон: *Мазь преднизолоновая, Дермозолон, Денерзолон.*

Аклометазон: *Афлодерм.*

Сильные

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

Дексаметазон: *Травокорт.*

Будезонид: *Апулеин.*

Триамцинолон: *Фторокорт, Триапорт, Полькортолон, Кеналог.*

Флуометазон: *Лоринден, Локакортен.*

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

Флутиказон: *Кутивейт.*

Флуокортолон: *Ультралан.*

Гидрокортизона 17-бутират: *Локоид, Латикорт.*

Мометазона фураат: *Элоком.*

Метилпреднизолона ацетонат: *Авантан.*

Очень сильные

Клобетазол: *Дермовеит.*

Хальцинонид: *Хальцидерм.*

Комбинированные с антисептиками

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

Комбинированные с противогрибковыми

Флукорт Ц, Кандид Б, Микозолон.

Комбинированные с антибиотиком и противогрибковым препаратом

Тридерм, Пимафукорт, Травокорт.

Пробиотики

Поскольку причиной зуда может являться дисбактериоз, то целесообразно принимать препараты-пробиотики.

Бактерийные биологические препараты

Применяются после уточнения диагноза и определения состава кишечной флоры.

Бактисубтил, Бификол, Бифидумбактерин, Бифилиз, Бифинорм, Бифиформ, Гастрофарм, Колибактерин, Лактобактерин, Линекс, Флоривин БС, Хилак Форте.

Прочие препараты

Рекицен РД, Энтерол.

АНТИГЕЛЬМИНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Поскольку гельминтозы могут оказаться причиной как кожного зуда, так и зуда в заднем проходе, то целесообразно пройти обследование на наличие гельминтоза. Выбор препарата зависит от вида гельминта.

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

ИНСУЛЬТ

Инсульт (И.) — нарушение мозгового кровообращения (НМК), в результате которого происходит гибель или временное снижение активности клеток головного или спинного мозга. При этом происходит быстрое развитие очаговых и общемозговых симптомов, которые сохраняются более 24 часов и могут приводить к смерти.

Инсульт — третья по частоте причина смерти в экономически развитых странах. Во всем мире от инсульта ежегодно умирают около 4,5 млн. человек. Заболевание может возникать в любом возрасте, но половина всех случаев приходится на лиц старше 70 лет.

Различают ишемический И., при котором повреждение клеток происходит вследствие недостаточного снабжения их кислородом (например, вследствие тромбоза мозговых сосудов), и геморрагический И., при котором происходит кровоизлияние в вещество мозга или подболочечные пространства и их сочетания, а также ишемический И. с геморрагическим пропитыванием (смешанный И.). Около 80% всех случаев инсульта обусловлены инфарктом мозга, развившимся вследствие закупорки мозговой артерии тромбом или эмболом. В остальных случаях инсульт связан с внутримозговым или субарахноидальным кровоизлиянием.

В России ежегодно возникает около 400 тысяч инсультов, среди которых ишемические встречаются чаще (70-85%), чем геморрагические — кровоизлияние в мозг и субарахноидальное кровоизлияние. Около 10% больных с ишемическим инсультом умирают в течение первых 30 суток. Через 6 месяцев после инсульта доля больных, ставших инвалидами, составляет 50%.

Основные причины И. — гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга. И. может возникать при заболеваниях сосудов, ревматизме, болезнях крови и др. Причиной ишемического И. являются либо тромбоз мозговых сосудов (закупорка), либо спазм мозговых сосудов, что приводит к резкому снижению снабжения кровью отдельных участков мозга. Причиной геморрагического И. является разрыв сосудистой стенки при повышении артериального давления. Дефект сосудистой стенки может быть врожденным (вследствие нарушения формирования сосудистой системы головного мозга) или приобретенным (поражение стенки сосуда при атеросклерозе или при системных васкулитах, как правило, ревматического характера). При смешанном И. происходит не только снижение кровотока по мозговым артериям, но и протекание крови из капилляров в ткань мозга.

Независимо от причины возникновения И., его клиническая картина обуславливается распространенностью и локализацией поражения и проявляется очаговой и общемозговой неврологической симптоматикой. По длительности неврологических проявлений различают проходящую ишемию мозга, называемую транзиторной ишемической атакой (полное восстановление в течение 24 ч), малый И. (полное восстановление за срок, больший 24 часа, но меньше 1 нед), завершившийся И. (дефект сохраняется более 1 нед).

В клинической картине И. различают общемозговую и очаговую неврологическую симптоматику. К общемозговой симптоматике относят головную боль, тошноту, рвоту, утрату сознания, нарушение ориентации во времени и пространстве. Очаговая симптоматика проявляется следующими симптомами: параличи и парезы конечностей, парезы мимических мышц лица, нарушения речи, нарушение волевых функций, нарушение узнавания предметов, нарушения рав-

новесия. Для подбора адекватной терапии основное значение имеет не локализация И., а его причина.

Ишемический И., как правило, начинается постепенно, ему могут предшествовать кратковременные ишемические атаки с восстановлением неврологического дефекта. Как правило, при ишемическом И. в клинической картине преобладает очаговая неврологическая симптоматика.

Геморрагический И. начинается более резко — сильной головной болью, тошнотой, рвотой, потерей сознания. Очаговая неврологическая симптоматика в таких случаях менее выражена по сравнению с общемозговой. Все больные, у которых имеются признаки нарушения мозгового кровообращения, подлежат немедленной госпитализации в стационар и лечению под наблюдением врача.

Как правило, транспортировать в больницу можно практически любого больного (на санитарной машине), за исключением случаев, когда И. осложняется, например, расстройствами сердечной деятельности и дыхания. В первые часы важно установить правильный диагноз, характер заболевания, поскольку лечение больных с ишемическим и геморрагическим И. различно. Большое значение имеют спинно-мозговая пункция с исследованием цереброспинальной (спинномозговой) жидкости, осмотр глазного дна, компьютерная томография головного мозга, доплерографическое сканирование. В некоторых случаях больные нуждаются в специальном обследовании и лечении в условиях нейрохирургического отделения.

Лечение больного в остром периоде инсульта в условиях специализированного неврологического отделения позволяет за счет точной диагностики характера инсульта, интенсивной терапии и ранней реабилитации уменьшить смертность и инвалидность среди больных. В течение первого месяца, по данным разных авторов, умирает 15-30% больных ишемическим инсультом и 30-70% больных геморрагическим инсультом, поэтому через месяц в живых остается в среднем 65-80% больных инсультом. Исходя из этого, количество больных, перенесших инсульт (или выживших в течение первого месяца заболевания), составляет в России ежегодно около 300 тысяч человек.

В лечении больных, перенесших инсульт, можно выделить два основных направления: лечение последствий инсульта и профилактика повторного инсульта и других заболеваний сердечно-сосудистой системы.

При ишемическом инсульте (после того, как геморрагический инсульт был отвергнут с помощью компьютерной томографии) тромболитическая терапия по сравнению с плацебо статистически достоверно снижает общий риск смерти и наступления инвалидности через 1-6 мес, но статистически достоверно повышает риск развития смертельного внутричерепного кровоизлияния в течение первых 7-10 дней. Доказано также, что применение аспирина в первые 48 часов после ишемического инсульта, подтвержденного при компьютерной томографии, статистически значимо снижает смертность или частоту наступления инвалидности за 6 месяцев и статистически значимо повышает частоту наступления полного выздоровления.

После перенесенного И. у больных могут сохраняться более или менее длительное время различные нарушения двигательных функций (параличи, парезы), расстройства речи, чувствительности, мочеиспускания. Восстановление нарушенных функций после И. нередко происходит медленно и ко времени выписки из больницы может быть далеко не полным. Поэтому по возвращении домой больной нуждается

в особом уходе. Прежде всего необходимо строго соблюдать некоторые гигиенические условия. Матрац на постели больного должен быть ровным и нежестким, простыня — без складок. Это способствует предупреждению пролежней и других осложнений. Если больной пользуется «уткой» или судном, то под них кладут клеенку, покрытую пленкой, которую после туалета легко сменить. Больного ежедневно подмывают и делают общие обтирания. При кормлении лежачему больному приподнимают голову или придают ему полусидячее положение. Пища должна быть легкоусвояемой, а жидкость следует давать из поильника или через полиэтиленовую трубочку. Если после выписки из стационара больному сохранен постельный режим, нужно следить за его правильным положением в постели. Когда он лежит на спине, к кровати со стороны парализованной руки ставят табуретку и на нее кладут большую подушку, ее угол должен находиться под плечевым суставом. Руку разгибают в локтевом суставе, на кисть с ладонной поверхности с разведенными и выпрямленными пальцами накладывают лонгетку, вырезанную из фанеры и доходящую до середины предплечья. Ее обертывают ватой и бинтом, а затем другим бинтом присоединяют к кисти и предплечью. Разогнутую руку поворачивают ладонью вверх, отводят в сторону под углом в 90° и укладывают на подушку таким образом, чтобы плечевой сустав и вся рука были на одном уровне в горизонтальной плоскости. Это предупреждает развитие тугоподвижности и боли в плечевом суставе. Между рукой и грудной клеткой помещают валик из марли и ваты. Чтобы сохранить приданное положение, на него кладут мешочек с песком весом в полкилограмма. Парализованную ногу сгибают в коленном суставе на 15–20°, под колено подкладывают валик из ваты и марли. Стопу сгибают под углом в 90° и удерживают в таком положении. Поворачивать больного со спины на бок и наоборот и укладывать в рекомендованных положениях следует через каждые 1,5–2 часа. Независимо от степени остаточного нарушения движений по рекомендации лечащего врача назначают лечебную гимнастику. Лежачего больного учат правильно садиться. Тех, кто может самостоятельно сидеть в постели, надо учить пересаживаться на стоящий рядом с постелью стул или кресло-каталку. Больного, который может вставать, обучают правильной ходьбе. Программу занятий по лечебной гимнастике составляют невропатолог и методист по лечебной физкультуре.

Если у больного после инсульта имеются речевые нарушения (афазия, дизартрия), рекомендуются логопедические занятия. Больной должен слышать речь других людей, радио, телевизор и иметь возможность общения с окружающими. Необходимо стимулировать больного к самостоятельной речи даже при грубой степени ее нарушения. Большое значение имеют чтение вслух, письмо, рисование и другие занятия, стимулирующие речевые функции.

Как правило, занятия по восстановлению речи и лечебную гимнастику начинают в стационаре, а затем продолжают в домашних условиях и, наконец, амбулаторно.

Антиагреганты

Препараты, снижающие способность клеток крови к «слипанию» и тем самым улучшающие мозговой кровоток. Но при геморрагическом И. антиагреганты противопоказаны, а следовательно, лечение должно назначаться только врачом.

Ацетилсалициловая кислота: Аспирин.

Тиклопиридин: Тиклид.

Дипиридамол: Курантил.

Пентоксифиллин: Трентал.

Средства, улучшающие мозговой метаболизм

Альфа-дигидроэргокристин+Кофеин: Вазобрал.
Винпоцетин: Винпоцетин, Кавинтон Форте, Веро-Винпоцетин, Винпоцетин-Акос, Винпоцетин-Акри, Кавинтон.

Этамиван+Этофиллин+Гексобендин: Инстенон.

Другие: Милдронат, Мексидол.

Ноотропные препараты

Деанола: Нооклерин.

Гамма-аминобутириковая кислота: Аминалон.

Гопантенная кислота: Кальция гопантенат, Пантогам.

Пирацетам: Луцетам, Ноотропил, Пирацетам-Акос, Пирацетам-Рихтер, Фезам (+циннаризин).

Пиритинол: Энцефабол, Энербол.

Другие: Фенибут-Анви, Минисем, Нейробутал, Пикамилон.

Препараты диализата крови животных

Кортексин, Церебролизин.

Гомеопатические препараты

Мемория.

Средства, улучшающие мозговое кровообращение

Бенциклан: Галидор.

Ницерголин: Нилогрин, Сермион.

Винпоцетин: Винпоцетин, Кавинтон Форте, Веро-Винпоцетин, Кавинтон.

Блокаторы кальциевых каналов

Циннаризин: Стугерон, Циннаризин, Фезам (+пирацетам).

Нифедипин: Кордафен.

Нимодипин: Бреинал, Немотан, Нимотоп.

Препараты, улучшающие микроциркуляцию, и ангиопротекторы

Пентоксифиллин: Трентал 400, Вазонит, Меллином, Пентилин, Пентилин Форте, Пентоксифиллин, Пентоксифиллин-Акри, Трентал, Флекситал.

Ингибиторы фосфодиэстераз

Аминофиллин.

Теофиллин: Теотард.

Фитопрепараты

Гинкго Билоба: Билобил, Ревайтл Гинкго, Танакан.

МИОРЕЛАКСАНТЫ

Антиспастические средства в большинстве случаев снижают мышечный тонус в паретичных конечностях и снимают болезненные мышечные спазмы, способствуя проведению физиотерапии и предупреждая развитие контрактур. Однако увеличение дозы антиспастических средств, необходимое для существенного уменьшения спастичности, нередко приводит к значительной мышечной слабости и седативному действию, что ограничивает их применение у многих ходячих больных. Эти побочные эффекты не столь существенны для лежачих больных, поэтому у них антиспастические средства чаще, чем у ходячих больных, приносят значительный эффект, облегчая уход за ними, предупреждая или устраняя контрактуры, мышечные спазмы и косметические дефекты в паретичных конечностях.

Миорелаксанты центрального действия

Баклофен: Баклофен.

Тизанидин: Сирдалуд.

Толперизон: Мидокалм, Мидокалм-Рихтер.

В последние годы при лечении спастичности у больных, перенесших инсульт, используется **внутримышечное введение ботулинического токсина типа А**. Локальное введение препарата вызывает частичную блокаду нервно-мышечного синапса и расслабление мышцы в течение 3–6 месяцев, что обеспечивает возможности для успешной физиотерапии.