



Н.Т. Джайнакбаев

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ
СПРАВОЧНИК ВРАЧА**
для врачей передвижных
медицинских комплексов



Н.Т. Джайнакбаев

Di

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ
СПРАВОЧНИК ВРАЧА**

**для врачей передвижных
медицинских комплексов**

Алматы 2012г.

УДК 614 (035)
ББК51.1 (5 каз)
Д 40

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор С.Ф. Беркинбаев;
доктор медицинских наук, профессор Г.В. Шокарева

Джайнакбаев Н.Т.

Диагностический справочник врача, для врачей
передвижных медицинских комплексов Н.Т. Джайнакбаев. -
Алматы: Казахстано-Российский медицинский университет,
2012.-349 с.

ISBN 9965-762-22-8

В книге, освещены основные вопросы по организации деятельности передвижных медицинских комплексов, их структуры, оснащению, порядке формирования статистической отчетности, штатных нормативов утвержденных Министерством здравоохранения РК. Представлены правила проведения профилактических и скрининговых медицинских осмотров целевых групп населения в различные возрастные периоды.

В соответствии с современными научными достижениями в области медицины, даны рекомендации по диагностике основных заболеваний встречающихся в практике врачей передвижных медицинских комплексов, отражены основные принципы лечения.

В разделе «Материалы к работе в условиях чрезвычайных ситуаций (природные, техногенные, эпидемиологические катастрофы)» представлены данные по алгоритмам оказания неотложной помощи при травмах, ожогах.

Представлена краткая рентгенологическая симптоматика заболеваний органов дыхания и костно-суставной системы.

Книга предназначена для врачей передвижных медицинских

итернов, студентов

медицинский Медицикал	-1 ¹ ; униэдр.итеті. Ютапх ¹¹	14 (035)
№	ББК]	1.1 (5 каз)я2
^ НУО Казахстапске-Рс' емійсий ® Медицинский унлаерситс Библиотека		2012

Утверждена приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан от
«11» марта 2011 года №
128

Инструкция по организации деятельности передвижных медицинских комплексов

I. Общие положения

1. Настоящая Инструкция по организации деятельности передвижных медицинских комплексов (далее - Инструкция) регламентирует единые требования к организации деятельности передвижных медицинских комплексов (далее - ПМК) для оказания медицинской помощи населению Республики Казахстан, преимущественно жителям отдаленных сельских населенных пунктов, а также требования к кадровому составу, функциональным обязанностям и материально-техническому оснащению ПМК.

2. Передвижной медицинский ком-

плекс - это амбулаторно-поликлинический комплекс, укомплектованный мобильной медицинской бригадой, базирующийся на специальном автотранспорте, и предназначенный для проведения:

1) профилактических медицинских осмотров (далее - скрининги) в соответствии с приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5918) (далее - Приказ № 685);

2) диспансерного осмотра лиц с хроническими формами заболеваний, подлежащих диспансеризации;

3) плановой консультативно-диагностической медицинской помощи профильными специалистами;

4) диагностических и лабораторных исследований;

5) экстренной медицинской помощи

на догоспитальном этапе в случаях чрезвычайных ситуаций (катастроф природного и техногенного характера);

6) обеспечения доступности лекарственных средств жителям сельских населенных пунктов и предоставления лекарственных средств на бесплатной и льготной основе на амбулаторном уровне лечения в соответствии с утвержденным перечнем заболеваний;

7) пропаганды и формирования здорового образа жизни.

3. Организация здравоохранения, осуществляющая координацию деятельности ПМК на региональном уровне (обеспечение деятельности, укомплектование специалистами и т. д.) (далее - Координирующий центр), определяется местными органами государственного управления здравоохранением.

2. Требования к организации деятельности передвижных медицинских комплексов

4. Структура ПМК (кабинеты):

1) кабинет общего приема и функциональной диагностики;

- 2) кабинет гинеколога;
- 3) кабинет хирурга и /или офтальмолога, отоларинголога;
- 4) кабинет лабораторной диагностики;
- 5) кабинет рентгенографии;
- 6) кабинет стоматолога;
- 7) аптечный пункт.

5. Кабинет общего приема и функциональной диагностики предназначен для:

1) проведения скрининга на раннее выявление болезней системы кровообращения, эндокринных заболеваний и факторов риска их развития, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний;

2) выявления заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочеполовой и эндокринной системы, крови и кроветворных органов, а также других органов и систем;

3) назначения и корректировки лечения;

4) обеспечения взаимосвязи с телемедицинским центром районного, областного уровней для проведения, при необходимости, консультации про

фильного специалиста и интерпретации результата диагностического исследования;

5) организации медицинской сортировки и эвакуации в условиях чрезвычайных ситуаций;

6) пропаганды и формирования здорового образа жизни.

6. Кабинет гинеколога предназначен для: проведения скрининга на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки, молочных желез;

выявления заболеваний репродуктивной системы у женщин; оказания консультативно-диагностической медицинской помощи; назначения и корректировки лечения;

оказания, в случае необходимости, экстренной акушерско-гинекологической помощи;

пропаганды и формирования здорового образа жизни по вопросам репродуктивного здоровья.

7. Кабинет хирурга (оториноларинго

лога, офтальмолога) предназначен для:
проведения скрининга на раннее выявление
опухолей визуальной локализации (рак
предстательной железы, рак прямой кишки);
ранней диагностики и профилактики
заболеваний глаз, органов слуха и верхних
дыхательных путей;

осуществления амбулаторных хирургических операций;

оказания экстренной травматологической
и хирургической помощи при чрезвычайных
ситуациях;

пропаганды и формирования здорового
образа жизни.

8. Кабинет лабораторной диагностики
предназначен для проведения:

скрининга на раннее выявление са-
харного диабета (определение уровня
глюкозы крови), болезней системы кро-
вообращения (определение уровня холе-
стерина, триглицеридов крови), колорек-
тального рака (тест на скрытую кровь в
кале);

скрининга на выявление вирусных гепатитов
(биохимические исследования);

других клинических и биохимических исследований по назначению специалистов ПМК.

9. Кабинет рентгенографии предназначен для проведения:

скрининга на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы;

ранней диагностики туберкулеза, опухолей легких и других хронических заболеваний легких;

обследования в целях диагностики травматических повреждений в условиях экстренного оказания медицинской помощи.

10. Кабинет стоматолога предназначен для оказания стоматологической помощи (санация, диагностика, лечение) детям и взрослым в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

11. Аптечный пункт предназначен для обеспечения доступности лекарственных средств, в том числе на бесплатной и льготной основе на амбулаторном уровне лечения в рамках га

рантированного объема бесплатной медицинской помощи.

12. Руководитель ПМК (исполнение должностных обязанностей руководителя ПМК может быть возложено на врача - терапевта/общей практики):

1) обеспечивает координацию и преемственность между всеми участниками скрининга - местным органом государственного управления здравоохранением (далее - Управление), Координирующим центром, центральной районной больницей, местными исполнительными органами населенного (сельского) пункта, организациями первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП) и целевой группой населения;

2) составляет и согласовывает с руководством Координирующего центра и районной больницы план работы ПМК, проводит мониторинг его исполнения;

3) обеспечивает проведение мониторинга выполнения скринингов в зоне охвата ПМК с предоставлением ежемесячного отчета в районную поликлинику

ку, Координирующий центр;

4) ведет контроль за кадровым и материально-техническим обеспечением

ПМК;

5) организует работу ПМК с привлечением среднего и младшего медицинского персонала населенных (сельских) пунктов в зоне охвата;

6) решает организационные и прочие проблемы, возникающие в процессе выполнения выездных скринингов сельского населения отдаленных и труднодоступных регионов;

7) формирует отчетные формы медицинской документации согласно оказанным медицинским услугам, в том числе скринингам;

8) организует лечебно-эвакуационное обеспечение, сортировку пораженных при чрезвычайных ситуациях.

13. Врач-терапевт (врач общей практики) ПМК:

1) осуществляет скрининги на раннее выявление болезней системы кровообращения (артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца), сахар

ного диабета и факторов риска их развития, а также первичное обследование направленных к нему пациентов целевой группы населения в соответствии нормативными актами, регламентирующими проведение скринингов;

2) проводит электрокардиографию (далее - ЭКГ) и его расшифровку;

3) проводит ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек), щитовидной железы;

4) оказывает консультативно-диагностическую помощь лицам диспансерной группы в соответствии нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение диспансеризации лиц с хроническими формами заболеваний с использованием лабораторно-диагностических ресурсов ПМК;

5) осуществляет, в случае необходимости, назначение и коррекцию лечения, а также направление на дообследование и определение тактики лечения в район

ную/областную поликлинику, в том числе с использованием возможностей теле-медицины;

6) выявляет проблемы, связанные с выполнением скринингов;

7)

принимает непосредственное участие в опреде

8) оказывает экстренную медицинскую помощь, в том числе при чрезвычайных ситуациях;

9) выписывает рецепты, в том числе на получение бесплатных и льготных лекарственных средств на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

10) заполняет утвержденные учетно-отчетные формы медицинской документации согласно оказанным медицинским услугам, в том числе скринингам.

14. Врач акушер-гинеколог ПМК:

1) проводит скрининги на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки в зоне охвата ПМК;

2) проводит первичное обследова-

скринингов;

3) оказывает специализированную консультативно-диагностическую медицинскую помощь направленным на обследование пациентам;

4) осуществляет, в случае необходимости, дообследование с использованием лабораторно-диагностических ресурсов ПМК или направляет на дообследование в районную/областную поликлинику, в том числе с использованием возможностей телемедицины;

5) проводит амбулаторные хирургические операции;

6) принимает непосредственное участие в определении тактики ведения выявленных больных с хирургической патологией;

7) назначает и корректирует лечение;

8) проводит УЗИ органов брюшной полости при экстренной хирургической патологии;

9) оказывает экстренную хирургическую и травматологическую помощь;

10) заполняет утвержденные учетно

отчетные формы медицинской документации согласно оказанным медицинским услугам, в том числе скринингам.

16. Врач - отоларинголог ПМК:

1) оказывает консультативно-диагностическую медицинскую помощь направленным пациентам;

2) в случае необходимости, проводит дообследование пациента с использованием лабораторно-диагностических ресурсов ПМК или направляет его на дообследование в районную/ областную поликлинику, в том числе с использованием телемедицины;

3) осуществляет амбулаторные хирургические отоларингологические операции;

4) определяет тактику ведения выявленных больных с отоларингологическими патологиями;

5) заполняет утвержденные учетно-отчетные формы медицинской

№ 111/07

1) проводит скрининги на раннее выявление глаукомы лиц целевой группы населения в зоне охвата ПМК;

2) обследует направленных к нему пациентов, нуждающихся в консультативно-диагностической медицинской помощи;

3) назначает и корректирует лечение;

4) в случае необходимости, проводит дообследование пациента с использованием лабораторно-диагностических ресурсов ПМК или направляет на дообследование в районную/областную поликлинику, в том числе с использованием телемедицины;

5) принимает непосредственное участие в определении тактики ведения выявленных больных с патологией органов зрения;

6) заполняет утвержденные учетно-отчетные формы медицинской документации согласно оказанным медицинским услугам, в том числе скринингам.

18. Врач-лаборант/лаборант ПМК:

1) регистрирует лиц, приглашенных и прошедших лабораторные исследования в рамках скрининга;

2) проводит лабораторные исследования в рамках скрининга на раннее выявление болезней системы кровообращения (определение в крови уровней холестерина (ЛПВГТ и ЛГТНП), триглицеридов), сахарного диабета (глюкозы крови), колоректального рака (тест на скрытую кровь в кале);

3) осуществляет биохимические исследования на выявление вирусных гепатитов, а также другие клинические и биохимические исследования по направлениям специалистов ПМК;

4) заполняет утвержденные учетно-отчетные формы медицинской документации согласно оказанным лабораторным услугам, в том числе скринингам.

19. Врач-рентгенолог/рентген - лаборант ПМК:

Г) осуществляет скрининг на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы (мам

мографического скрининга), легких;

2) проводит первичное обследование женщин целевой группы населения - маммографическое исследование обеих молочных желез в 2-х проекциях (прямой и косой);

3) формирует временный рентгенологический (цифровой) архив и обеспечивает сохранность рентгенограмм;

4) проводит дополнительные рентгенологические исследования по показаниям и направлениям;

5) направляет в случае необходимости на дообследование в районную/ областную поликлинику, специализированные организации здравоохранения, в том числе с использованием возможностей телемедицины;

6) ведет справочный журнал для удобного и быстрого поиска снимков, передачи в архив Координирующего центра;

7) заполняет утвержденные учетно-отчетные формы медицинской документации согласно оказанным ме

дицинским услугам, в том числе скринингам.

20. Врач-стоматолог ПМК:

1) оказывает стоматологическую помощь (санация, диагностика, лечение) детям и взрослым в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи:

первичная диагностика направленных к нему пациентов;

гигиеническое обучение и воспитание детей и подростков, профилактика кариеса и его осложнений;

профилактическая и разъяснительная работа по предупреждению аномалий зубочелюстной системы;

2) заполняет утвержденные учетно-отчетные формы медицинской документации согласно оказанным медицинским услугам.

21. Провизор/фармацевт аптечного пункта ПМК:

1) обеспечивает доступность лекарственных средств, в том числе, на бесплатной и льготной основе на амбулаторном уровне лечения в соответствии

алистами по формированию здорового образа жизни обучение лиц с факторами риска заболеваний и больных методам профилактики, формирования здорового образа жизни;

9) направляет при необходимости в школы здоровья по профилям;

10) заполняет утвержденные учетно-отчетные формы медицинской документации согласно оказанным медицинским услугам, в том числе скринингам.

3. Порядок формирования статистической отчетности

24. Средний медицинский работник организации ПМСП по окончании работы ПМК в данном населенном пункте направляет заполненные отчетные формы (025-08/у) согласно оказанным медицинским услугам, в том числе скринингам, врачу общей практики (участковому врачу) обслуживаемой врачебной амбулатории, при ее отсутствии в районную поликлинику.

25. Врач общей практики (участковый врач) направляет данные резуль

татов оказанных медицинских услуг в районную поликлинику, а также заносит заполненную статистическую карту профилактического медицинского осмотра амбулаторного пациента (форма 025-08/ у) в электронную базу данных с ежемесячной передачей для свода в районную поликлинику (при отсутствии компьютера заполненные формы 025-08/у направляются в районную поликлинику).

26. Районная поликлиника осуществляет:

свод данных результатов оказанных медицинских услуг ПМК, в том числе скринингов;

ежемесячное направление сводной электронной базы данных скринингов в территориальный медицинский информационно-аналитический центр в срок до I числа месяца, следующего за отчетным периодом;

совместно с районным центром формирования здорового образа жизни (при наличии), районными внештатными профильными специалистами ежемесячный анализ всех проведенных скринингов с

предоставлением данных в Управление;
принимает управленческие решения по улучшению организации и качества проводимых скринингов, а также других консультативно-диагностических и лечебных услуг.

27. Территориальный медицинский информационно-аналитический центр ежеквартально предоставляет сводные данные по скринингам в областной центр формирования здорового образа жизни и Управление.

28. Служба формирования здорового образа жизни (районный, областной центр здорового образа жизни) осуществляет мониторинг и анализ всех проведенных скринингов совместно с профильными внештатными специалистами с предоставлением данных в Управление и районную поликлинику.

29. Координирующий центр осуществляет полную координацию, свод оказанных медицинских услуг (количество обслуженных пациентов, консультаций, диагностических и лабораторных услуг, проведенных телеконсультаций),

с предоставлением сводной информации
Управлению.

30. Материально-техническое оснащение кабинетов ПМК осуществляется в соответствии с Приложением I к настоящей Инструкции.

31. Штатные нормативы персонала медицинского комплекса определяются согласно Приложению 2 настоящей Инструкции.

Приложение I к Инструкции по организации деятельности передвижных медицинских комплексов, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «11» марта 2011 года № 128

№	Наименование
Кабинет общего приема и функциональной диагностики	
1	Портативный УЗИ-сканнер с 4-мя датчиками и видеоприцелом
2	Электрокардиограф
3	Фонендоскоп
4	Тонومتر
5	Ростомер
6	Сантиметровая лента

7	Электронные весы
8	Персональный компьютер с принтером
9	Стол,стулья
10	Медицинская кушетка
11	Стеллажи для хранения медицинской документации
Кабинет гинеколога	
1	Гинекологическое кресло
2	Видеокольпоскоп
3	Ростомер, сантиметровая лента
4	Электронные весы
5	Персональный компьютер с принтером
6	Стол,стулья
7	Медицинская кушетка
8	Архив микропрепаратов
Кабинет хирурга (офтальмолога, отоларинголога)	

1	Прямой офтальмоскоп
2	Бесконтактный компьютеризированный глазной тонометр с TV-монитором
3	Хирургический набор (малый)
4	Ректальное зеркало
5	Ректороманоскоп
6	Перевязочный стол
7	Транспортные шины для иммобилизации
8	Набор врача отоларинголога
9	Рефлектор лобный
10	Набор офтальмолога
11	Таблицы для исследования остроты зрения и цветоощущения
12	Персональный компьютер с принтером
13	Стол, стулья
14	Ведущая кушетка
Кабинет лабораторной диагностики	

1	Автоматический гематологический анализатор.
2	Биохимический экспресс-анализатор параметров крови
3	Анализатор мочи
4	Персональный компьютер с принтером
5	Стол, стулья
7	Медицинская кушетка
Кабинет рентгенографии	
1	Цифровой рентгеновский аппарат (маммограф)
2	Стол, стулья
3	Персональный компьютер с принтером
Кабинет стоматолога	
1	Стоматологическое кресло
2	Стоматологическая установка
Аптечный пункт	
1	Аптечное оборудование
2	Холодильная камера для хранения лекарственных средств

Данный перечень может быть расширен (изменен) по решению местных органов государственного управления здравоохранением, в том случае если это не противоречит выполнению функций ПМК, предусмотренных в пункте 2 Инструкции по организации деятельности передвижных медицинских комплексов.

Приложение 2 к Ин-
струкции по организации
деятельности передвижных
медицинских комплексов,
утвержденной приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан от
«11» марта 2011 года №
128

Штатные нормативы передвижного медицинского комплекса

№	Наименование должности	Количество
Состав мобильной бригады (не менее двух на один ПМК)		
1	Руководитель передвижного меди- цинского комплекса	1 должность
2	Терапевт/врач общей практики	1 должность

3	Хирург	І должность (может быть заменена врачом отоларингологом, офтальмологом по НО! псвітос І І!)
4	Акушер-гинеколог	І ДОЛЖНОСТЬ
5	Врач-рентгенолог/ рентген-лаборант	І должность
6	Врач-стоматолог	І должность
7	Врач-лаборант	І должность (может быть заменена лаборантом, владеющим методами экспресс-іваі нос І ПКІ І
8	Врач функциональной диагностики (УЗИ)	І должность, при отсутствии навыков владения УЗИ - диагностикой врачом - терапевтом/ общей практики, хирургом, акушер-гинекологом

9	Провизор (фармацевт)	I должность
10	Водитель	2 должности
11	Инженер по обслуживанию ПМК	I должность

Примечание:

1)

укомплектование должностей среднего медицинс

2) в состав мобильной бригады могут включаться (заменяться) при необходимости другие специалисты районной больницы или поликлиники в зависимости от кадрового обеспечения районов и структуры заболеваемости населения;

3) режим работы ПМК определяется Координирующим центром по согласованию с местным органом государствен

ного управления здравоохранением с учетом потребности региона, климатических условий и других показателей.

Утверждены приказом
и.о. Министра здравоохранения Республики
Казахстан
от «11» марта 2011 года №
128

Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения

I. Общие положения

1. Настоящие Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения (далее - Правила) разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и определяют порядок и периодичность проведения массовых профилактических медицинских осмотров целевых групп населения Республики Казахстан.

2. Массовые профилактические медицинские осмотры целевых групп населения проводятся сплошным методом.

3. Основной целью проведения массовых профилактических медицинских осмотров целевых групп населения (далее - профилактические осмотры целевых групп) является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

4. Профилактические осмотры целевых групп населения проводятся в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектами здравоохранения, имеющих лицензию на данный вид деятельности.

5. Местные органы государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы обеспечивают формирование электронной базы данных профилактических осмотров целевых групп населения.

2. Порядок и периодичность проведения профилактических осмотров целевых групп населения

6. Профилактические осмотры целевых групп населения с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением осуществляют:

1) для городского населения - городские поликлиники, врачебные амбулатории, ведомственные медико-санитарные части и поликлиники независимо от форм собственности;

2) для сельского населения - медицинские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, сельские и районные поликлиники.

7. Медицинский работник организации здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП), осуществляет учет прикрепленного населения, формирует целевые группы лиц, подлежащих профилактическим осмотрам, обеспечивает связь и преемственность с заинтересованными организациями здравоохранения для проведения данных осмотров.

8. Медицинским работником организации здравоохранения ПМСП на лиц, прошедших профилактический осмотр целевых групп заполняются учетные формы с внесением результатов в медицинскую карту амбулаторного больного или историю развития ребенка.

9. Периодичность проведения профилактических осмотров целевых групп детского населения в различные возрастные периоды жизни (осмотр специалистами, лабораторные и инструментальные исследования) осуществляется согласно Приложению I к настоящим Правилам.

10. Детям в возрасте до трех лет в организации здравоохранения ПМСП проводится массовое стандартизированное обследование (скрининг) с целью выявления детей группы риска в порядке, установленном приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 января 2003 года № 83 «Об утверждении Правил организации скрининга психофизических нарушений у детей раннего возраста» (зарегистрирован в

Реестре государственных нормативных правовых актов за № 2159).

11. Детям в возрасте от трех до четырех месяцев по показаниям проводится ультразвуковое исследование тазобедренных суставов с целью раннего выявления дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра.

12. При профилактических осмотрах целевых групп детского населения средний медицинский персонал проводит обязательные антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность головы и грудной клетки), оценку нервно-психического и физического развития, определение остроты слуха и зрения.

13. Профилактические осмотры неорганизованных детей дошкольного возраста проводятся в организации здравоохранения ПМСП по месту прикрепления с внесением результатов в учетные формы.

14. Дети, находящиеся в домах ребенка, детских домах, школах-интернатах, специализированных интернатах,

домах юношества проходят профилактические осмотры дважды в год в объеме согласно Приложению I к настоящим Правилам.

15. Результаты профилактических осмотров организованных детей дошкольного и школьного возраста вносятся в учетные формы.

16. Ответственным за проведение профилактических осмотров целевых групп организованных детей дошкольного возраста и детей школьного возраста является соответственно медицинский работник дошкольного учреждения и организации образования (врач, фельдшер или медицинская сестра).

17. Профилактические осмотры детей подросткового возраста (от пятнадцати до восемнадцати лет), студентов и учащихся высших и средне-специальных учебных заведений проводятся в студенческой поликлинике или подростковом кабинете поликлиники с внесением результатов в учетные формы.

18. По итогам профилактического осмотра врачом педиатром, подростко

вым врачом, терапевтом, врачом общей практики или фельдшером проводится комплексная оценка состояния здоровья детей.

19. На каждого ребенка медицинским работником оформляется эпикриз и заключение с указанием «группы здоровья», оценкой физического и нервно-психического развития, рекомендациями по физической группе (основная или специальная группа).

20. В ходе профилактических осмотров дети подразделяются на следующие «группы здоровья»:

I группа - здоровые дети;

II группа - здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, с наличием факторов риска;

III группа - дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма;

IV группа - дети с хроническими за

болеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями;

V группа - дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

21. Дети, относящиеся к «группам здоровья» II, III, IV, V подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов ПМСП или специалистов соответствующего профиля.

22. Сводные данные по результатам профилактических осмотров целевых групп детского населения вносятся в отчетную форму отчета о медицинской помощи детям.

23. Профилактические осмотры целевых групп взрослого населения проводятся в возрасте 18, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 лет, а также женщин в возрасте 52, 54, 56, 58 лет и направлены на профилактику и раннее выявление факторов риска развития:

1) основных болезней системы кровообращения - артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин восемнадцатилетнего возраста и с двадцати пяти лет до шестидесяти пяти лет с интервалом один раз в пять лет;

2) предопухолевых, злокачественных новообразований шейки матки среди женщин в возрастной группе от тридцати пяти до шестидесяти лет с интервалом один раз в пять лет;

3) предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин в возрастной группе от тридцати пяти до шестидесяти лет с интервалом один раз в два года.

24. Профилактические осмотры целевых групп взрослого населения включают в себя: осмотр, сбор анамнестических данных, антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии), измерение артериального давления, определение остроты зрения и слуха, осмотр и пальпация щитовидной железы один раз в два года (эндокринолог),

измерение внутриглазного давления с сорокалетнего возраста один раз в год, пальцевое исследование прямой кишки с тридцатилетнего возраста один раз в год (хирург), пальцевое исследование предстательной железы с сорокалетнего возраста один раз в год (хирург), гинекологический осмотр женщин с взятием мазка для определения степени чистоты с восемнадцатилетнего возраста (врач акушер-гинеколог), взятие мазков из шейки матки на цитологическое исследование (Pap-тест - окраска по Папани- колау) при отсутствии врача акушера-ги- неколога.

25. В ходе профилактических осмотров целевых групп взрослого населения проводятся лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови: определение скорости оседания эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов - один раз в год, исследование мочи на белок - один раз в год, анализ кала на яйца глистов - один раз в год, флюорография органов грудной клетки - один раз в год, измерение глюкозы крови с сорокалет

него возраста один раз в год, электрокардиография с сорокалетнего возраста один раз в год, фиброгастродуоденоскопия с сорокалетнего возраста один раз в год.

26. Дополнительные диагностические исследования и осмотры профильных специалистов проводятся по показаниям.

27. Периодичность проведения профилактических осмотров целевых групп взрослого населения проводится согласно Приложению 2 к настоящим Правилам.

28. В результате профилактического осмотра целевых групп взрослого населения выявляют следующие группы динамического наблюдения:

I) здоровые - лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем; среди них лица с так называемыми «пограничными» состояниями, нуждающиеся в наблюдении (лица, у которых

выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах артериального давления и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма), с факторами риска - диспансерная группа I (далее - Д-I);

2) практически здоровые - лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание без обострений в течение последних нескольких лет, - диспансерная группа II (далее - Д-II);

3) больные - лица, нуждающиеся в лечении - диспансерная группа III (далее - Д-III).

29. Лица с хроническими формами заболеваний и с факторами риска подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению.

30. Здоровые (Д-I) и практически здоровые (Д-II) осматриваются после первичного определения группы один раз в год.

31. Лица, выявленные в ходе профилактических осмотров с хроническими заболеваниями и/или перенесшие от

дельные острые заболевания, подлежат диспансерному учету и наблюдению с последующим оздоровлением и проведением им комплекса медицинских, социальных, физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление здоровья.

Приложение I к Правилам проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения

Периодичность проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп детского населения в различные возрастные периоды жизни

Педиатр (врач общей практики, подростковый врач терапевт)	И	Хирург (ортопед)	О О S T O	О О O	О О P W	- О О C C ■ 0	О Л	Гиньсколод	О * T S S X S O	О Г E S * я O	S O я D S я	S
I год												
-			-				iT	T	+I			
2 год												
	I			-								-

3 год

		1					
4 год							
-г Т							
5 лет							
		-г				+	
		6		лет(перед школой*)			
7 лет (1 класс)							
8 лет (2 класс)							
						+	
9 лет (3 класс)							
Т		Г		Г		Г	
10 лет (4 класс)							
		Г		Г		Г	
11 лет (5 класс)							
Т		Г		Г		Г	
		Г		Г		Г	

13 лет < ¹ класс)											
+	+										
4 лет(8 класс)											
+								+	+	+	
15- 1 " лет (9-11 классы) девушки											
+					+						г е л 5 Ц +
18- 7 рт(9- 1 пась) юнг ши											
+	+	+	+			+		+		+	г е л 5 и
	+							+			и

Примечание:

Дополнительные осмотры детей другими профильными специалистами и проведение диагностических исследований (лабораторных и инструментальных) проводятся по показаниям и направлению специалиста организации первичной медико-санитарной помощи.

Приложение 2 к Правилам
 проведения профи-
 лактических медицинских
 осмотров целевых групп
 населения

**Периодичность проведения
 профилактических медицинских ос-
 мотров целевых групп взрослого на-
 селения**

Терапевт /ВОП	Акушер/ гинеколог	Маммолог/ онколог	Электrokардиограмма	Уровень холестерина, триглицеридов крови	Уровень сахара крови	Цитологическое исследование шейки матки (Pap-тест), по показаниям кольпо- скопия и биопсия	Маммография
1	2	3	4	5	6	7 8 9 10 11	12
18 лет, мужчины и женщины							
+			+	+		Z1	
25 лет, мужчины и женщины							
+			+	+		Z.1	

30 лет, мужчины и женщины					
35 лет, мужчины и женщины					
			+	Z	
40 лет, мужчины и женщины					
		+++	+	Z	
45 лет, мужчины и женщины					
		+Hf	+	Z	
50 лет, мужчины и женщины					
		+++	+	п	+
52 лет женщины					
			+	+	
54 лет, женщины					
			+	+	
		55 лет.	мужчины и женщины		
	++		+++	+	

56 лет, женщины +

58 лет, женщины +

60 лет, мужчины и женщины

**П I Ли + rfi **

осмотр и исследования проводятся только женщинам

- профилактические осмотры лиц старше 65 лет проводятся по показаниям (с согласия и по желанию их) с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований.

Примечание:

Дополнительные осмотры взрослого населения другими профильными специалистами и проведение дополнительных диагностических исследований (лабораторных и инструментальных) проводятся по показаниям и направлению специалиста организации первичной медико-санитарной помощи.

АБСЦЕСС ЗАГЛОТОЧНЫЙ

Абсцесс заглочный - острое воспаление жировой клетчатки и лимфатических узлов заглочного пространства с образованием гнойника.

Основные симптомы:

- острое начало заболевания
- температура тела быстро достигает 38-40°C
- выраженные боли при глотании, что приводит больного к отказу от еды
- одышка, особенно при вертикальном положении больного
- затрудненный выдох во время сна
- тихий, гнусавый голос возможна припухлость позади угла нижней челюсти (часто при обширном поражении заглочного пространства)
- голова запрокинута назад.

Способы диагностики:

- осмотр
- фарингоскопия, пальцевое исследование глотки - задняя стенка глотки гиперемирована, отечная, рыхлая, при наличии гнойника определяется шаро

видно-овальное образование мягкой консистенции, флюктуирующее, болезненное значительно

пункция образования - гной анализ крови - ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Лечение:

При наличии гнойника - хирургическое. Острие скальпеля необходимо обмотать лейкопластырем, оставив свободным острие на протяжении 1-1,5 см. Через 2-3 суток необходимо освободить полость гнойника от накапливающегося гноя.

Консервативная терапия возможна только в самом начале заболевания, до образования гнойника - антибактериальные средства, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), симптоматическая терапия.

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО

Абсцесс легкого - поражение ткани легкого воспалительным процессом с последующим некрозом, поражаются чаще задние сегменты легкого, нижние

доли поражаются чаще верхних долей. Абсцесс - острый и хронический (длительность заболевания больше 1,5-2 месяцев).

Основные симптомы острого абсцесса легкого:

- высокая температура тела - до 40°C
- боли различного характера в грудной клетке на стороне поражения легкого
- одышка в покое, усиливается при незначительной физической нагрузке, тахипноэ
- тахикардия
- кашель с отделением гнойной, ихорозной мокроты
- часто наблюдается внезапное отделение большого количества мокроты, что свидетельствует о прорыве абсцесса в бронхиальное дерево; общее состояние при этом ненадолго улучшается

при перкуссии грудной клетки над очагом поражения определяется тупость, при аускультации - отсутствие или резкое ослабление дыхательных шумов,

над полостью - амфорическое дыхание, влажные разнокалиберные хрипы

- анализ крови - значительное ускорение СОЭ, высокий лейкоцитоз, значительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Основные симптомы хронического абсцесса легкого:

- боли различного характера в грудной клетке на стороне поражения легкого

- одышка в покое, усиливается при незначительной физической нагрузке, тахипноэ

- тахикардия

- кашель с отделением гнойной мокроты, количество мокроты незначительное

периодическое обострение хронического воспалительного процесса (симптоматика острого абсцесса)

- возможно кровохарканье

- перкуссия грудной клетки - тимпанический звук, аускультация - амфорическое дыхание, определяются влажные разнокалиберные звуки

- анализ крови - ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Рентгенологическая симптоматика острого абсцесса легкого (исследование обязательно в прямой и боковой проекциях): в период формирования абсцесса отмечается затемнение, выраженная инфильтрация какого-либо участка легкого. возможно незначительное просветление на фоне инфильтрата. После прорыва абсцесса легкого в бронхиальное дерево определяется полость с уровнем жидкости, инфильтрация легочной ткани сохраняется. Рекомендуется компьютерная томография (КТ).

Рентгенологическая симптоматика хронического абсцесса легкого (исследование проводится в прямой и боковой проекциях): определяется округлая полость с четкими контурами внутри, стенки плотные, возможно небольшое количество жидкости, полость окружена зоной инфильтрации. Рекомендуется КТ.

Лечение острого абсцесса легкого: массивная антибактериальная терапия - антибиотики широкого спектра действия

- массивная дезинтоксикационная терапия

- трахеобронхоскопия с отсасыванием содержимого абсцесса, промывание абсцесса через бронхоскоп антисептической жидкостью (раствор фурацил- лина 1:5000 и др.)

- лечение проводится до полного исчезновения инфильтрации и ликвидации полости.

Лечение хронического абсцесса легкого - хирургическое:

- показания - неэффективная консервативная терапия; легочное кровотечение; прорыв абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы

- дренирование полости абсцесса через грудную стенку; дренирование плевральной полости при эмпиеме плевры

- торакотомия - удаление доли, легкого.

Лечение необходимо производить в условиях торакального отделения.

По выздоровлению больной обязательно наблюдается амбулаторно в течение 1-2 лет.

АБСЦЕСС МАЛОГО ТАЗА

Абсцесс малого таза - гнойно-воспалительное заболевание в нижнем отделе брюшной полости, формируется в виде полости с гнойным содержимым; у женщин развивается в дугласовом пространстве (прямокишечно-маточное пространство I. у мужчин - в прямокишечно-пузырьное пространство).

Основные симптомы:

постоянные боли различного характера внизу брюшной полости

- частое, болезненное мочеиспускание
- тенезмы, жидкий стул
- гектическая температура
- болезненность при пальпации нижней части брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины не выражены.

Способы диагностики:

- при пальцевом исследовании через прямую кишку или влагалище определяется нависание сводов, выраженная болезненность, инфильтрат (возможно определение размягчения в центре)

ультразвуковое исследование (УЗИ)
органов малого таза

- рекомендуется КТ при пункции передней стенки прямой кишки, заднего свода влагалища - может быть получен гной
- анализ крови - ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Лечение:

лечение абсцесса малого таза - хирургическое

производится вскрытие абсцесса через переднюю стенку прямой кишки, через задний свод влагалища

- антибактериальная и дезинтоксикационная терапия
- при наличии множественных абсцессов возможен надлобковый оперативный доступ.

АБСЦЕСС МЕЖКИШЕЧНЫЙ

Абсцесс межкишечный - гнойно-воспалительное заболевание с образованием гнойной полости/полостей между кишечными петлями, брыжейкой, сальником, брюшной стенкой, куполами диафрагмы.

Основные симптомы:

- гектическая температура
 - боли в брюшной полости четкой/нечеткой локализации
 - боли при пальпации передней брюшной стенки, особенно выраженные при расположении абсцесса близко к передней брюшной стенке, в этом же случае определяется выраженное напряжение стенки
 - при наличии большого абсцесса определяется округлое образование
- анализ крови - ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Способы диагностики:

- абсцесс чаще развивается после перенесенной лапаротомии по поводу заболеваний желудка, кишечника, желч

ного пузыря

- рентгенологическое исследование - уровень жидкости в различных отделах (не всегда), парез кишечника (исследование малоинформативно)
- необходимы УЗИ и КТ.

Лечение межкишечного абсцесса:

лапаротомия, вскрытие абсцесса, удаление гноя, антисептическая обработка, дренаж полости

антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.

АБСЦЕСС МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Абсцесс мягких тканей - гнойно-воспалительное заболевание подкожно-жировой клетчатки и мышечной ткани с образованием отграниченной гнойной полости.

Основные симптомы:

- гектическая температура
- боли, болезненность при пальпации места локализации абсцесса
- пальпируется округлое образование, в центре часто определяется флюктуация

- гиперемия, повышение температуры кожи над абсцессом (при поверхностном расположении)

- анализ крови — ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Лечение:

- хирургическое - вскрытие, дренирование полости

- антибактериальная, дезинтоксикационная терапия

- возможна пункция полости с отсасыванием гноя, асептической обработкой, микродренирование двухпросветной дренажной трубкой с последующим многократным промыванием.

АБСЦЕСС ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ

Абсцесс паратонзиллярный - гнойно-воспалительное заболевание с образованием гнойной полости в параминдалиновой клетчатке вследствие воспаления миндалина.

Основные симптомы:

- высокая температура тела, до 38-40°C
- интенсивные боли в области зева

- резкая болезненность при глотании, спазм жевательной мускулатуры
 - увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов
- анализ крови - ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Способы диагностики:

- фарингоскопия - небные дужки, соответствующая часть мягкого неба отечные, гиперемированные, зев сужен, небный язычок смещен в здоровую сторону
- пальпация резко болезненная.

Лечение:

- пункция
- вскрытие абсцесса (см. абсцесс заглочный)
- антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.

АДЕНОИДЫ

Аденоиды - патологическое разрастание ткани глоточной/носоглоточной миндалины вследствие вялотекущего хронического воспалительного про

цесса. Представляет собой образование округлой формы с широким основанием, бугристой поверхностью, располагается в своде носоглотки. Степень гипертрофии: I степень - миндалина прикрывает верхнюю 1/3 сошника; 2 степень - миндалина прикрывает верхние 2/3 сошника; 3 степень - миндалина прикрывает весь сошник.

Основные симптомы:

- осмотр - внешний вид лица - рот приоткрыт, сглаженность носовых складок, лицо вытянуто в вертикальном размере; нарушение носового дыхания, слизистогнойное отделяемое из носа

- осмотр ротовой полости - верхние резцы растут беспорядочно в разных направлениях, выступают вперед; высокое стояние неба

- гнусавость голоса, понижен слух

- сон беспокойный, часто прерывается, храп

увеличение лимфатических узлов
шеи, затылочной области

- различные симптомы хронической интоксикации.

Способы диагностики:

- пальцевое исследование носоглотки — определяется увеличенная миндалина
- фиброскопия носоглотки — определяется увеличенная миндалина.

Лечение:

- при I степени - консервативное при 2-3 степени - хирургическое, удаление миндалины специальным инструментом.

АЛЛЕРГИЯ ПИЩЕВАЯ

Аллергия пищевая - реакция гиперчувствительности на любой пищевой продукт, проявляющаяся поражениями кожи и внутренних органов.

Основные симптомы:

- поражение кожи - крапивница, отек Квинке, различные виды дерматита
 - поражение сердечно - сосудистой системы - васкулит
 - поражение легких - ринит, ларингоспазм, бронхоспазм, «летучие» инфильтраты в легких
- поражение желудочно-кишечного

тракта (ЖКТ) - тошнота, рвота, диарея, спастические боли в брюшной полости поражение центральной нервной системы - судороги, гиперкинезы, головные боли

- анафилаксия.

Лечение:

- исключение из питания установленных или предполагаемых продуктов
- антигистаминные средства (таблетки, инъекции)
- при выраженной аллергической реакции - преднизолон внутримышечно, внутривенно
- госпитализация.

АМЕБИАЗ

Амебиаз - протозойная антропонозная инфекция; проявляется язвенным поражением толстой кишки (язвенный колит, амебная дизентерия), развитием абсцессов в печени и других органах.

Основные симптомы:

- поражение толстого кишечника - спастические боли в левой половине живота, чаще в подвздошной области; частый жидкий стул с примесью слизи и

крови

- симптомы интоксикации при пальпации передней брюшной стенки определяется болезненная, спазмированная толстая кишка
- амёбный процесс в печени - боли в правом подреберье
- амёбная пневмония - симптомы пневмонии, может сформироваться амёбный абсцесс.

Способы диагностики:

- анамнез
- рентгенологическое исследование
- фиброколоноскопия
- УЗИ, КТ
- микроскопия каловых масс, содержащего абсцессов.

Лечение:

- при амёбиазе кишечника легкой степени тяжести, при бессимптомном течении применяется хиниофон или метронидазол
- при среднетяжелом и тяжелом течении кишечного амёбиаза курс лечения метронидазолом, затем курс лечения хиниофоном
- при внекишечном амёбиазе про

водится курс лечения метронидазолом или эмитином

- **возможно** хирургическое лечение абсцессов **печени и** других органов.

Рекомендуется лечение в стационарных условиях.

АМЕНОРЕЯ

Аменорея - отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более; аменорея не самостоятельное заболевание, а симптом анатомических, биохимических, генетических, физиологических, психических нарушений.

Различают:

- истинная аменорея - нет циклических изменений в яичниках и эндометрии, нет менструаций

- ложная аменорея - при нормальной циклической функции яичников кровь скапливается либо в полости матки, либо во влагалище

- физиологическая аменорея — отсутствие менструаций во время беременности, лактации, после менопаузы

- патологическая аменорея.

Основные симптомы:

- отсутствие менструаций.

Лечение:

- обязательное выявление этиологического фактора, лечение проводится у гинеколога.

АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК

Амилоидоз почек - при этом заболевании развивается прогрессирующее внеклеточное отложение амилоидоза в ткани почек.

Основные симптомы (выделено четыре стадии амилоидоза почек):

- I стадия - латентная - клиническая симптоматика отсутствует (неясное общее недомогание)

- 2 стадия - протеинурическая - постепенно нарастает количество протеина в моче, микрогематурия, лейкоцитурия, незначительное ускорение СОЭ

- 3 стадия - нефротическая - выраженная протеинурия, гипопротейнемия, гиперхолестеринемия, отеки, артериальная гипертензия, значительно ускоренная СОЭ

водится курс лечения метронидазолом или эмитином

- возможно хирургическое лечение абсцессов печени и других органов.

Рекомендуется лечение в стационарных условиях.

АМЕНОРЕЯ

Аменорея - отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более; аменорея не самостоятельное заболевание, а симптом анатомических, биохимических, генетических, физиологических, психических нарушений.

Различают:

- истинная аменорея - нет циклических изменений в яичниках и эндометрии, нет менструаций

ложная аменорея - при нормальной циклической функции яичников кровь скапливается либо в полости матки, либо во влагалище

- физиологическая аменорея - отсутствие менструаций во время беременности, лактации, после менопаузы

- патологическая аменорея.

Основные симптомы:

- отсутствие менструаций.

Лечение:

- обязательное выявление этиологического фактора, лечение проводится у гинеколога.

АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК

Амилоидоз почек — при этом заболевании развивается прогрессирующее внеклеточное отложение амилоидоза в ткани почек.

Основные симптомы (выделено четыре стадии амилоидоза почек):

- I стадия - латентная - клиническая симптоматика отсутствует (неясное общее недомогание)

2 стадия - протеинурическая - постепенно нарастает количество протеина в моче, микрогематурия, лейкоцитурия, незначительное ускорение СОЭ

3 стадия - нефротическая - выраженная протеинурия, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия, отеки, артериальная гипертензия, значительно ускоренная СОЭ

4 стадия - хроническая почечная недостаточность - постоянные отеки, артериальная гипертензия, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, анемия, гипопротейемия (гипоальбунемия), гипонатриемия, гипопротромбинемия; в моче большое количество белка, эритроциты, лейкоциты.

Лечение:

строгое соблюдение диеты - ограничение приема соли, белка, длительный (постоянный) прием в пищу сырой печени (до 100 гр в сутки)

- при первичном амилоидозе - лекарственная терапия (преднизолон, мелфалан, колхицин и др.)
- при вторичном амилоидозе - лечение основного заболевания

гемодиализ, перитонеальный диализ, пересадка почки.

Лечение необходимо проводить в специализированных нефрологических отделениях, в амбулаторном режиме необходимо наблюдение нефролога.

АНАФИЛАКСИЯ

Анафилаксия - острая системная реакция сенсibilизированного организма на повторный контакт с аллергеном; анафилактический шок.

Анафилаксия, шок развиваются:

- при приеме различных лекарственных средств
- при укусе пчелами, осами, шершнями
- при применении местных анестезирующих средств
- при приеме различных пищевых продуктов (наиболее часто - молоко, копченые продукты, citrusовые плоды, рыба и многие др.)
- при переливании крови
- при переливании различных кровезамещающих растворов.

Основные симптомы:

- артериальная гипотензия
- острая недостаточность ССС
- острая дыхательная недостаточность (отек гортани, бронхоспазм, отек легкого)
- возбуждение, судороги, потеря сознания

- возможно появление симптомов острого живота.

Лечение:

- немедленное прекращение контакта с аллергеном
 - применение антигистаминных средств
 - применение гормональных препаратов (преднизолон)
- госпитализация в отделения интенсивной терапии (наблюдение не менее 2-3 суток)
 - купирование нарушений деятельности ССС и дыхательной системы
 - после выписки из стационара наблюдение участковым врачом (ВОП) в течение 1-2 месяцев.

АНГИНА

Ангина - инфекционное заболевание лимфаденоидного глоточного кольца.

Катаральная ангина - поверхностное поражение небных миндалин. Основные симптомы:

- острое начало - боли в горле, ос

бенно при глотании

- температура тела может быть высокой
- общее недомогание, головные боли, боли в суставах, мышцах
- подчелюстные лимфоузлы могут быть увеличены.

Фарингоскопия:

небные миндалины увеличены незначительно, отечные, гиперемированы, дужки незначительно гиперемированы, незначительно отечные.

Фолликулярная ангина - поражение фолликулярного аппарата миндалин. Основные симптомы:

- сильная боль в горле, глотание очень болезненное
- температура тела до 39-40°C, ознобы
- боли в мышцах, суставах, во «всем теле»
- диспепсия, олигурия
- анализ крови - высокая СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (нейтрофилез).

Фарингоскопия:

миндалины значительно увеличены, отечные, гиперемированы; видны мелкие желтоватые бугорки - нагноившиеся фолликулы; миндалины могут быть покрыты гнойным налетом.

Лакунарная ангина - поражение миндалин в области лакун. Основные симптомы:

- сильные боли в горле, глотание очень затруднено
- температура тела до 39-40°C, ознобы
- боли в мышцах, суставах, сердце, головная боль
- увеличение регионарных лимфоузлов, пальпация их очень болезненная
- анализ крови - высокая СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (нейтрофилез).

Фарингоскопия:

- миндалины резко увеличены, рыхлые, отечные, гиперемированы, лакуны расширены, из них отделяется фибринозное содержимое, которое покрывает миндалины.

Лечение:

- режим амбулаторный, при тяжелом течении - госпитализация
- диета - «мягкая» пища, теплая, обильное питье
- антимикробная терапия
- НПВС
- местное лечение - полоскание глотки антисептическими растворами.

АНЕМИЯ

Анемия - снижение количества эритроцитов, гемоглобина в циркулирующей крови (снижение гемоглобина меньше 100 г/л, снижение количества эритроцитов меньше $4,0 \times 10^9$ /л).

Диагностика анемии требует специальных исследований в условиях стационара.

Выявленных больных с анемией необходимо направлять на стационарное лечение.

АРТРИТЫ РЕАКТИВНЫЕ

Артриты реактивные - воспалительные заболевания суставов, развивающиеся после мочеполовых, кишечных и др. инфекционных заболеваний. Наиболее часто встречаются урогенитальный и энтероколитический реактивные артриты.

Основные симптомы:

- урогенитальный артрит - развивается после цистита, вагинита, цервицита, уретрита, баланопостита, простатита
 - энтероколитический артрит - спастические боли вследствие поражения толстого кишечника, диарея
 - поражение суставов - полиартрит суставов нижних конечностей, асимметричный; другие суставы поражаются реже
 - поражение околосуставных тканей - тендовагиниты, бурситы
- поражение кожных покровов и слизистых оболочек — язвенный стоматит, баланит, ректит и др.; на коже бляшки с шелушением
- возможны конъюнктивит, перикардит, аортит, протеинурия, лимфоаденопатия

Лечение:

- антибактериальная терапия
 - НПВС
 - глюкокортикоиды - вводятся в околосуставные ткани
- иммуносупрессивная терапия (азатиоприн, метотрексат).

АСКАРИДОЗ

Заболевание вызывается круглым червем (нематода); на ранней стадии возможны аллергические симптомы, повышение температуры, позднее - симптоматика поражения желудочно-кишечного тракта, редко - легких.

Основные симптомы:

- кишечная стадия: возможно бессимптомное течение; тошнота, боли неопределенного характера в эпигастральной области, по всей брюшной полости, общая слабость, слюнотечение, головные боли, пониженный аппетит, возможна диарея
- легочная стадия: повышение температуры тела, продуктивный кашель, при рентгенографии легких - очаговые инфильтраты.

Лечение:

- противонематодные средства кислород.

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ

Астма бронхиальная - хроническое заболевание органов дыхания, заключающееся в развитии и непрерывном течении хронического воспалительного процесса (с обострениями), нарушении бронхиальной проходимости (спазм бронхов, накопление в бронхиальном дереве труднооткашливаемой густой слизисто-гноной мокроты).

Основные симптомы:

приступы удушья - экспираторная одышка

- кашель — мокрота слизисто-гно ная, откашливается с трудом
- сухие свистящие/жужжащие хрипы на выдохе

тахикардия

- вынужденное положение тела полусидячее, сидячее

- **цианоз**

беспокойство выраженное.

Лечение:
бронхолитические средства короткого действия в/в
ингаляции отхаркивающих средств - необходимо усилить откашливание мокроты
глюкокортикоидные средства — в ингаляции, в инъекциях, вплоть до внутривенного введения

- оксигенотерапия.

Показания к госпитализации - некупируемый приступ.
Лечение амбулаторное под наблюдением терапевта и аллерголога.

АСЦИТ

Асцит - скопление жидкости в брюшной полости при сердечной недостаточности, циррозе печени, нефротическом синдроме, окклюзии печеночной вены, нижней полой вены, перитоните, злокачественных онкологических заболеваниях органов брюшной полости и брюшины.

Основные симптомы:
увеличение объема живота

случае обнаружения опухоли — характер лечения определяется видом опухолевого поражения - при доброкачественной опухоли делается попытка эндоскопического ее удаления, при злокачественной

- решается вопрос о резекции легкого
- при сдавлении легочной ткани извне
- решается вопрос о способе лечения в зависимости от характера заболевания
- при пневмотораксе пункция плевральной полости, дренирование плевральной полости; при плеврите, эмпиеме - пункции, дренирование

симптоматическая терапия.

АТЕРОСКЛЕРОЗ

Атеросклероз - системное заболевание, заключается в поражении внутренней оболочки артерий липидными (холестериновыми) бляшками/узелками; просвет сосуда постепенно сужается, вплоть до полного перекрытия его просвета бляшкой или ее фрагментами, тромбом; в результате этого развивается некроз ткани или гангрена; наиболее часто поражаются бифуркация сонной артерии, коронарные артерии, бифуркация аорты.

Основные симптомы:

- клиническая симптоматика зависит от места локализации и распространенности атеросклеротического процесса

- конкретные симптомы обусловлены развивающейся ишемией органа/полной облитерацией просвета сосуда

- при поражении бифуркации сонной артерии — головные боли, головокружение, инсульт

-

при поражении коронарных сосудов -
симптоматика ИБС

- при поражении почечных артерий - нефропатии, артериальная гипертензия

- при поражении брюшной аорты, чревного ствола - различного характера боли в брюшной полости.

Способы диагностики:

- УЗИ артериальных сосудов

- контрастная ангиография

- безконтрастная КТ.

Лечение:

- диета — ограничение жиров до 25% общей энергетической ценности пищевых продуктов

- лекарственные средства, улучша-

ющие кровообращение органов и тканей, периферические вазодилататоры, спазмолитики, гиполлипидемические средства, средства для дезагрегации тромбоцитов

- при развитии выраженной симптоматики и осложнении необходимо стационарное лечение.

АТЕРОСКЛЕРОЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Заболевание характеризуется длительным хроническим течением, медленным развитием сужений магистральных артерий. Обращение больных, как правило, довольно позднее, при уже значительном поражении артериальных сосудов.

Основные симптомы:

- I стадия - боли в икрожных мышцах появляются при спокойной/не быстрой ходьбе на расстоянии до I км

- 2 стадия - боли появляются при ходьбе на расстоянии приблизительно 200-300 м

- 3 стадия - боли в покое, боли по являются при ходьбе 20-30 м

- 4 стадия - язвенно-некротические изменения на нижних конечностях

- основными симптомами являются боли в нижних конечностях (икроножные мышцы)

- ослабление, исчезновение пульса на подколенной артерии, задней большеберцовой артерии, тыльной артерии стопы.

Необходимо помнить о комбинации поражения артерий нижних конечностей с артериями других отделов и органов больного.

Лечение:

- см. раздел «Атеросклероз»

- хирургическое лечение - существуют различные способы оперативной коррекции нарушений кровотока - от внутрисосудистой дилатации суженного просвета артериального ствола, эндар-терэктомии, поясничной симпатэктомии до применения различных шунтирующих операций синтетическими протезами или аутовеной; после оперативного лечения необходима лекарственная терапия, направленная на улучшение кровотока.

АХАЛАЗИЯ КАРДИАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ

Ахалазия кардиального отверстия - врожденное/приобретенное патологическое расстройство моторики пищевода, заключающееся в нарушении прохождения пищевых масс через спазмированный нижний сфинктер пищевода.

Основные симптомы:

- затрудненное проглатывание пищи - ощущение скопления пищи за грудиной и провала ее в желудок
- холодная пища проходит легче, чем горячая
- регургитация - после скопления пищи в пищеводе ее отрыгивание и попадание в дыхательные пути
- боли за грудиной
- похудение.

Способы диагностики:

- основным методом является рентгенологическое исследование с контрастным веществом - расширение пищевода, сужение терминального отдела пищевода, ровные контуры расширенного участка пищевода

- фиброэзофагогастроскопия - гиперемия слизистой оболочки пищевода, язвы, грубые складки.

Лечение:

- консервативная терапия - нитраты, антихолинэргические препараты. |3-адреномиметики

- дилатация суженного отдела пищевода специальным зондом

- хирургическое лечение - операция экзомукозной эзофагокардиомиотомии, операция экстирпации пищевода с формированием пищеводной трубки из кишечника, желудка.

БЛЕФАРИТ

Блефарит - воспалительное поражение краев век (себорея, стафилококковая инфекция).

Основные симптомы:

- себорейный блефарит - гиперемия краев век, сухие чешуйки на веках, волосистой части головы, бровей, носогубного треугольника

- стафилококковый блефарит - зуд, жжение век, фотобоязнь, слезотечение,

края век утолщены, гиперемированы, с желтоватым налетом, изъязвления

- смешанный блефарит (себорейный и стафилококковый).

Лечение:

- при себорейном блефарите удаляются ватным тампоном чешуйки, наносится гидрокортизоновая 0,5% глазная мазь на края век на ночь
- при стафилококковом блефарите - глазные капли сульфата цинка 4р/сутки.

БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА

Анкилозирующий спондилоартроз - дегенеративное поражение остистых отростков соседних позвонков, фиброз суставных сумок, обызвествление и окостенение связок. Заболевание начинается, как правило, с крестцово-подвздошного сочленения и постепенно распространяется на позвоночник, чаще — на поясничный и шейный отделы. Патологический процесс может распространяться в суставы конечностей, в первую очередь тазобедренные и плече-лопаточ-

ные суставы.

Основные симптомы:

- тупые боли в крестцово-подвздошном сочленении
 - тупые боли в поясничном и шейном отделе позвоночника
 - шейный и поясничный лордоз
 - грудной кифоз
 - ограничение движения позвоночника
- медленно возрастает
- основные симптомы выявляются по мере развития заболевания.

На рентгенограммах определяется окостенение крестцово-подвздошных сочленений, склероз краев суставов позвонков, фиброз суставной сумки и окостенение связок, исчезают межпозвонковые щели.

Лечение:

- ЛФК
- НПВС
- глюкокортикоиды
- другие средства: румалон, метотрексат, сульфазалин, лидаза.

края век утолщены, гиперемированы, с желтоватым налетом, изъязвления

- смешанный блефарит (себорейный и стафилококковый).

Лечение:

- при себорейном блефарите удаляются ватным тампоном чешуйки, наносится гидрокортизоновая 0,5% глазная мазь на края век на ночь

- при стафилококковом блефарите - глазные капли сульфата цинка 4р/сутки.

БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА

Анкилозирующий спондилоартроз - дегенеративное поражение остистых отростков соседних позвонков, фиброз суставных сумок, обызвествление и окостенение связок. Заболевание начинается, как правило, с крестцово-подвздошного сочленения и постепенно распространяется на позвоночник, чаще — на поясничный и шейный отделы. Патологический процесс может распространяться в суставы конечностей, в первую очередь тазобедренные и плече-лопаточ-

ные суставы.

Основные симптомы:

тупые боли в крестцово-под-
вздошном сочленении

- тупые боли в поясничном и шейном отделе позвоночника
 - шейный и поясничный лордоз
 - грудной кифоз
 - ограничение движения позвоночника
- медленно возрастает
- основные симптомы выявляются по мере развития заболевания.

На рентгенограммах определяется окостенение крестцово-подвздошных сочленений, склероз краев суставов позвонков, фиброз суставной сумки и окостенение связок, исчезают межпозвонковые щели.

Лечение:

- ЛФК
- НПВС
- глюкокортикоиды
- другие средства: румалон, метотрексат, сульфазалин, лидаза.

БОЛЕЗНЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬ- НАЯ РЕФЛЮКСНАЯ

Гастроэзофагеальный рефлюкс - постоянный/частый заброс содержимого желудка в пищевод.

Основные симптомы:

- изжога - ощущается в пищеводе
- отрыжка воздухом
- срыгивание съеденной пищи
- боли в эпигастральной области и за

грудиной

симптомы усиливаются при физической нагрузке, после приема острой пищи.

Способы диагностики:

- фиброэзофагогастроскопия - основной способ диагностики - гиперемия, отек слизистой оболочки пищевода, мелкие изъязвления, гастрит, зияние/ спазм кардии.

Лечение:

диета - исключаются острые блюда, алкоголь, прекращение курения, избегать переедания, холодной и горячей пищи, тяжелого физического труда, прием пищи за 3-4 часа до сна

- антациды и алгинаты
- антибактериальные средства (омез, метронидазол и др.)
 - хирургическое лечение - осложнения (стриктуры, кровотечения), неэффективность консервативного лечения, операция фундопликация по Ниссену.

БОЛЕЗНЬ ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ

Заболевание обусловлено беременностью, сопровождающейся патологической пролиферацией производных трофобласта (опухоли с локализацией в матке).

Виды трофобласта:

- пузырьный занос - пролиферация трофобласта, заполняющего частично или полностью полость матки
- злокачественные опухоли трофобласта - деструктивный пузырчатый занос, хорионэпителиома
- трофобластическая опухоль плацентарной площадки.

Основные симптомы:

- боли внизу живота

- маточные кровотечения во время беременности или через различное время после родов, кровотечение наружное или в брюшную полость

- увеличение размеров матки
- метастазы в различные органы.

Лечение:

- химиотерапия (метотрексат, винбластин и др.)

- хирургическое лечение — гистерэктомия.

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

Врожденное отсутствие ганглиозных клеток в мышечном и подслизистом сплетениях толстой кишки, в связи с чем отсутствует перистальтика в соответствующих участках кишки, развивается застой каловых масс в вышележащих отделах; возникает расширение и удлинение проксимального отдела толстой кишки.

Основные симптомы:

запор, метеоризм, боли в брюшной полости, образование каловых камней, рвота

- заболевание наблюдается с раннего детства, может наблюдаться и у новорожденных

- очистительные клизмы постепенно становятся малоэффективными

- похудение, анемия.

Способы диагностики:

- анамнез

- пальцевое исследование прямой кишки - определяется пустая ампула толстой кишки

- обзорная рентгенография брюшной полости - раздутые петли толстого кишечника, уровни жидкости в петлях кишечника

- ректороманоскопия - отсутствие каловых масс в прямой кишке, резкий переход из спазмированной прямой кишки в проксимальную расширенную часть толстого кишечника, наличие в ней каловых масс и каловых камней

- ирригография - определяются удлиненные, резко расширенные петли левой половины толстого кишечника

- колоноскопия - вышеописанные изменения.

Лечение:

- хирургическое лечение - резекции патологически измененного отдела толстого кишечника - вид операции определяет хирург-проктолог.

БОЛЕЗНЬ ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ КИШЕЧНИКА

Заболевание заключается в образовании дивертикулов кишечной стенки. Наиболее часто развиваются дивертикулы толстой кишки, именно ее левой половины. Дивертикулы тонкого кишечника развиваются значительно реже. Из отделов тонкого кишечника чаще развиваются дивертикулы двенадцатиперстной кишки. Дивертикулез - множественные дивертикулы. Дивертикулит - воспаление дивертикулов. Болезнь дивертикулярная часто развивается у человека в возрасте 60-80 лет.

Основные симптомы:

- боли различного характера в брюшной полости
- вздутие живота
- неустойчивый стул - запор, диарея, нормальный стул

- колит
- дисбактериоз
- при обострении заболевания - боли и напряжение мышц в левом нижнем квадранте брюшной полости
 - повышение температуры тела
 - анорексия, тошнота, рвота
 - диарея, запор
 - перфорация дивертикула в брюшную полость
 - кровотечение из дивертикула
 - кишечная непроходимость
 - ускорение СОЭ, лейкоцитоз.

Лечение:

- ^ амбулаторное лечение без осложнений заболевания
- стационарное лечение при осложнениях заболевания
 - диета - повышенное содержание растительной клетчатки (исключаются виноград, бобовые, лук, рис, хурма, ананасы, редис)
 - спазмолитики, средства нормализации моторики
 - средства, нормализующие микрофлору кишечника

- антибактериальная терапия
- хирургическое лечение (показания определяются хирургом-проктологом).

БОЛЕЗНЬ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ

Заболевание заключается в образовании конкрементов в желчном пузыре, желчных протоках.

Основные симптомы:

- может протекать без симптомов заболевания или с незначительной симптоматикой — ощущение тяжести в эпигастриальной и правой подреберной областях, изжога, метеоризм, появление симптоматики провоцируется приемом жирной, острой пищи, перееданием

- классическая симптоматика боли различной интенсивности в эпигастриальной и особенно в правой подреберной областях, тошнота, рвота, подъем температуры тела; пальпация в правом подреберье болезненная, мышцы напряжены, при интенсивном длительном воспалительном процессе в желчном пузыре выражены напряжение передней

брюшной стенки, боли иррадируют в правое плечо

- ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Способы диагностики:

характерный анамнез

- пальпация
- УЗИ - определяются конкременты в желчном пузыре.

Лечение:

хирургическое лечение - лапаротомия и удаление желчного пузыря

лапароскопическая холецистэктомия

- оперативное лечение в период отсутствия воспалительного процесса дает эффективный, без осложнений, результат; оперативное вмешательство в период выраженного воспаления в желчном пузыре дает значительную частоту развития осложнений в послеоперационном периоде.

БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ ДИФфузная ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ

Заболевание заключается в хроническом диффузном воспалении с перехо

дом в фиброз бронхиол и альвеол.

Основные симптомы:

- одышка, тахипноэ
- кашель сухой, влажный
- общая слабость, быстрая утомля-

емость

- ускорение СОЭ, незначительный лейкоцитоз

- пальцы рук в виде «барабанных палочек»

- сухие хрипы при аускультации.

Лечение:

- глюкокортикоиды - преднизолон 60 мг/сутки до 3 месяцев, затем постепенно снижение дозы до 20 мг/сутки до 2 месяцев, лечение до I года по 20 мг/сутки

 бронходилататоры
 оксигенотерапия.

БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ (ХОБЛ)

Заболевание характеризуется сочетанием нарушения проходимости бронхов с эмфиземой легких вследствие хронического воспалительного процесса.

Основные симптомы:

- кашель влажный, откашливается слизистая, слизисто-гнойная мокрота при обострении воспалительного процесса
- экспираторная одышка, сухие и влажные (при обострении воспалительного процесса) хрипы при спокойном дыхании, усиливающиеся значительно при форсированном дыхании
- лейкоцитоз, ускорение СОЭ при обострении, эритроцитоз
- при спирометрии - нарушения бронхиальной проходимости
- ЭКГ - правограмма, умеренная тахикардия; в тяжелых случаях - признаки легочной гипертензии.

Лечение:

вне обострения - бронхолитики, отхаркивающие препараты, исключается курение, работа в помещениях с запыленным и химическими агентами воздухом

при обострении добавление анти-бактериальной терапии.

БОЛЕЗНЬ МОЧЕКАМЕННАЯ

Мочекаменная болезнь характеризуется образованием конкрементов из солей мочи в почках и мочевыводящих путях.

Основные симптомы:

- боли острого периодического характера или тупые более постоянные в поясничной области
- пиурия при воспалении в мочевыводящих путях
- микро- и макрогематурия
- дизурия — боли в мочеиспускательном канале при мочеиспускании
- в анализах мочи - лейкоциты, свежие эритроциты.

Способы диагностики:

- рентгенологическое безконтрастное и с контрастным веществом исследование
- УЗИ - наиболее эффективный метод исследования.

Лечение:

- уrolитические средства — обязательно с учетом химического состава конкрементов

- антибактериальная терапия при воспалительном процессе
- хирургическое лечение - показания - анурия при двустороннем нефролитиазе, при единственной почке, острый гнойный пиелонефрит, массивная гематурия; виды операций - дистанционная ударно-волновая литотрипсия, трансуретральная эндоскопическая литотрипсия, пиелолитотомия, нефролитотомия.

БОЛЕЗНЬ ЯЗВЕННАЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Заболевание заключается в образовании дефекта слизистой / подслизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, развивается локальный некроз тканей, поражаться патологическим процессом может вся стенка органа и развиться полный дефект стенки - прободная язва.

Язва желудка, основные симптомы:

- тип I - язвы развиваются в теле желудка
- тип II - язвы желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются одновременно

тип 111 - язвы пилорического отдела^ тип IV - язвы развиваются на малой кривизне желудка около пищеводно-желудочного перехода

- кардинальным симптомом являются боли в эпигастральной области; при язвах кардиальной области и задней стенки желудка боли появляются сразу же после приема пищи; при язвах в малой кривизне боли появляются через 30-60 минут

отрыжка воздухом, желудочным содержимым, тошнота, изжога, запоры.

Эффективным методом диагностики является эзофагогастродуоденоскопия, при которой выявляются все патологические изменения, локализация патологических изменений, возможна биопсия.

Язва двенадцатиперстной кишки, основные симптомы:

- чаще язва локализуется в начальной части кишки, может располагаться и на задней и на передней стенке кишки

боли в эпигастральной области почти у всех больных, боли появляются через 1,5-2,5 часа после приема пищи,

так называемые «голодные» боли

- отрыжка, изжога, запоры, рвота.

Эффективным методом диагностики является эзофагогастродуоденоскопия.

Лечение:

- диета, абсолютный отказ от курения, алкоголя, острых блюд

- лекарственные средства, купирующие кислотно-щелочной фактор, для снижения кислотности (циметидин, ранитидин, фамотидин и др.)

- антихеликобактериальные средства (омез)

- антациды (ренни)

- хирургическое лечение - вид оперативного вмешательства определяет хирург.

После хирургического лечения необходимо наблюдение участкового врача; проводится сезонное (весна, осень) профилактическое лечение.

БОРОДАВКИ

Бородавки - доброкачественные новообразования кожных покровов, этиология - вирусы. Появляются и разраста

ются в самых различных участках кожи.

Основные симптомы:

- бородавки обыкновенные - единичные / множественные узелки диаметром до 0,5 см, отграниченные, плотной консистенции, сероватого цвета, гиперкератоз; локализация — кисти, колени
 - подошвенные бородавки — ороговевшая капсула сероватого цвета, плотная бугристая поверхность, границы не совсем четкие, болезненные при пальпации; развиваются на участках стопы, подвергающихся постоянному давлению
 - бородавки плоские — плоские, высотой до 2 мм, поверхность гладкая, цвет - от цвета кожи до красноватого или светло-коричневого, локализация - лицо, тыльная поверхность кистей
 - кератоз себорейный — поверхностные новообразования, плоские, цвет светло-коричневый/коричневый; возникают в среднем/пожилом возрасте, локализация — височно-лобная область, туловище
- Лечение:
- кератолитические мази (фторура-

циловая, колхалиновая, интерфероновая, салициловая и др.)

- применяется жидкий азот, лазерное излучение.

БРОНХИТ ОСТРЫЙ

Острый бронхит - воспаление (бактериальное) бронхиального дерева, продолжительность 2-4 недели.

Основные симптомы:

- кашель, сухой, влажный с отделением слизисто-гнойной мокроты
- повышение температуры тела до 38°C
- ознобы
- боли неопределенного характера в грудной клетке
- общее недомогание
- аускультация легких - рассеянные сухие и влажные хрипы
- общий анализ крови: незначительное ускорение СОЭ, невысокий лейкоцитоз, может быть сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Лечение:

- проводится амбулаторно

- антибактериальная терапия
- отхаркивающие средства
- НВПС.

БРОНХОЭКТАЗЫ

Бронхоэктазы — необратимые расширения бронхов вследствие деструктивных изменений стенки бронхов при хроническом гнойно-воспалительном процессе; врожденные бронхоэктазы.

Бронхоэктазы цилиндрические и мешотчатые.

Бронхоэктазы без вовлечения в процесс альвеолярной ткани и с вовлечением альвеолярной ткани; в последнем случае альвеолярная ткань безвоздушна, в ней выраженный воспалительный процесс (ателектатические бронхоэктазы).

Основные симптомы:

- кашель постоянный, чаще по утрам после сна, с отделением разного количества слизисто-гнойной/гнойной мокроты, возможно с неприятным запахом
- боли неопределенного характера в грудной клетке при форсированном дыхании (не всегда)

- кровохарканье
- ногти в форме «часовых стекол», пальцы кистей рук в виде «барабанных палочек»
- при аускультации легких - разнокалиберные влажные хрипы, постоянные
- симптомы интоксикации.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование
- бронхография - выявляются различного вида расширения бронхов, локализация определяется с точностью до сегмента/субсегмента
- КТ
- фибробронхоэндоскопия - определяются расширения бронхов, состояние слизистой оболочки бронхов; имеет лечебное значение - отсасывание содержимого бронхов, прицельное введение лекарственных средств.

Лечение:

- консервативная терапия (антибактериальные средства, отхаркивающие средства, бронхолитики) дает временный эффект

- хирургическое лечение - резекция легочной ткани, пораженной бронхоэктазами; экстирпация бронхов при сохранении легочной паренхимы.

БРУЦЕЛЛЕЗ

Зоонозное инфекционное заболевание, острое и хроническое, с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, нервной системы. Источником инфекции являются домашние животные, передается через контакт с экскрементами, молоком, мясом.

Основные симптомы:

- острая форма — повышенная температура тела до 39-40°C
 - генерализованная лимфаденопатия
 - увеличение печени, селезенки
 - общий анализ крови - лейкопения
- первично- и вторично-хронический бруцеллез - поражение опорнодвигательной, нервной, половой систем — полиартриты (коленные, локтевые, плечевые, тазобедренные суставы)

- сакроилеиты - боли в крестцово-подвздошном сочленении при сгибании в коленном суставе, при приведении нижней конечности к передней брюшной стенке; симптом имеет диагностическое значение

- невриты, радикулиты
- орхиты, эпидидимиты
- спонтанные аборты
- ириты, кератиты, прогрессирование слепоты
- вялотекущие пневмонии.

Лечение:

- антибактериальные средства
- десенсибилизирующие средства
- глюкокортикоиды (преднизолон).

БУРСИТ

Бурсит - острое/хроническое заболевание синовиальной сумки сустава, в местах постоянного движения, постоянной механической нагрузки; обычно бурситы развиваются одновременно с воспалением сухожилий.

Основные симптомы:

- стрый бурсит - постоянные боли,

ограничение движения сустава, гиперемия
кожи, болезненность при пальпации

•

хронический бурсит — ограничения в
движении сустава, боли, болезненность при
пальпации, плотная капсула, может быть
атрофия мышц

^

• СОЭ ускорена, из пункционной
жидкости высеивается микрофлора

• рентгенологическое исследование

- в части случаев в стенке обнаружива-
ется кальцинаты.

Лечение:

• при остром бурсите - антибакте-
риальная терапия

• пункция с удалением содержимого,
возможны многократные пункции, при
отсутствии гнойного содержимого

- введение в полость глюкокортикоидов.

• НПВС

• при хроническом бурсите - НПВС.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Основные симптомы:

- появление отдельных венозных узлов или сегментарное расширение венозного ствола
- кожные покровы не изменены
- варикозные расширения мягкие, легко спадаются.

Основные симптомы стадии декомпенсации:

- жалобы на ощущение тяжести, быструю утомляемость нижних конечностей
- возможны кратковременные судороги икроножных мышц с острыми болями разной интенсивности
- пастозность, отеки в области голеностопных суставов, голени
- вены резко расширены, варикозные узлы большие, напряжены, стенки вен уплотнены, вены могут быть спаяны с кожей
- пигментация кожных покровов стопы, голени
- в далеко запущенных случаях мо

жет развиться трофическая язва (типичное расположение на медиальной поверхности голеностопного сустава).

Лечение:

- в начальных проявлениях заболевания возможна интравенозная склеро- терапия
- хирургическое лечение — вид и объем операции определяется хирургом-ангиологом.

ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле - варикозное расширение вен семенного канатика, чаще левого.

Варикоцеле I степени - варикозное расширение вен располагается выше нижнего полюса яичка; II степень - варикозное расширение вен располагается ниже нижнего полюса яичка; III степень - варикозное расширение вен располагается ниже нижнего полюса яичка, атрофия яичка.

Основные симптомы:

- в начальной стадии заболевания симптомов нет, позднее - жалобы на увеличение мошонки, ощущение тяжести,

болезненность.

Способы диагностики:

- осмотр
- пальпация
- УЗИ
- при подозрении на большее поражение вен, чем только вен семенного канатика, необходима ангиография.

Лечение:

- хирургическое лечение; после хирургического лечения необходимы периодические осмотры в течение I -2 лет.

ВИЧ-инфекция - СПИД

Вич-инфекция - антропонозная вирусная инфекция, характеризующаяся медленно прогрессирующим иммунодефицитом и связанным с этим развитием вторичных инфекционных процессов, приводящих к летальному исходу больного.

Источник инфекции - человек. Вирус выделен из крови, спермы, влагалищного секрета, молока, слюны.

Выделяют четыре стадии заболевания:

- I стадия - инкубационный период
- II стадия — первичные проявления заболевания
- III стадия - вторичные заболевания
- IV стадия — терминальная.

Инкубационный период продолжается от 2 недель до нескольких лет; течение бессимптомное.

В стадии первичных проявления наблюдаются следующие симптомы: повышение температуры тела до 39 °C, периферическая лимфаденопатия, фарингит, эритематозная пятнисто-папулезная сыпь на лице и туловище, афтозный стоматит, эзофагит, язвы на слизистой оболочке органов, головная боль, миалгия, артралгия, тошнота, рвота, диарея, гепатоспленомегалия, невриты, радикулиты, парезы, менингит. После острого периода (до I месяца) наступает латентный период, который может продолжаться несколько лет. Затем развивается генерализованная лимфаденопатия.

Стадия вторичных заболеваний характеризуется прогрессирующим иммунодефицитом, развиваются различные

инфекции и онкологические заболевания - герпес, гнойничковые поражения кожи, поражения внутренних органов, диарея, пневмония, туберкулез легких, поражения центральной и периферической нервной системы, саркома Капоши, злокачественные лимфомы.

В терминальной стадии продолжают нарастать вышеперечисленные симптомы вплоть до летального исхода.

Диагностика требует специальных лабораторных исследований.

При подозрении на ВИЧ-инфекцию необходима срочная госпитализация в инфекционную больницу.

ВОЛЧАНКА ДИСКОИДНАЯ КРАСНАЯ

Хроническое заболевание кожи, при котором на коже определяются очаги эритемы с четкими границами, очаги покрыты чешуйками, зонами атрофии, гиперкератоза, телеангиэктазией.

Основные симптомы:

- бляшкообразные очаги эритемы на коже лица, груди, верхних конечностях

- на месте бляшек впоследствии появляются белые или гиперпигментированные рубчики с телеангиэктазиями
- рубцовая алопеция волосистой части головы.

Лечение:

- глюкокортикоиды местно
- избегать солнечного излучения, сильного теплового/холодового воздействия, травматизации.

ВОЛЧАНКА СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ

Системное аутоиммунное воспалительное заболевание ткани и органов с нарушениями их функций.

Основные симптомы:

- дискоидное поражение кожи - очаги в форме монеты с гиперемированными краями, атрофией в центре, депигментация
- эритема на щеках и спинке носа
- кожные реакции на солнечный свет
- очаги на лице, шее, груди, конечностях - с полициклическими контура

ми, телеангиэктазиями

- алопеция
- крапивница
- поражение слизистых оболочек - хейлит, эрозии
- поражение суставов, сухожилий связок
- асептические некрозы
- поражение мышц
- поражение легких, плеврит - одышка, боли в грудной клетке, при аускультации влажные хрипы
- поражение сердца — миокардит, эндокардит, перикардит
- поражение почек - нефрит
 - лимфаденопатия, спленомегалия
- поражение центральной нервной системы - головная боль, эпилептиформные припадки
- невропатия черепно-мозговых нервов, невриты, хорей, поперечный миелит.

Лечение:

- глюкокортикоиды
- иммунодепрессанты
- НПВС

- симптоматическая терапия.

Первичное лечение необходимо проводить в стационарных условиях. Впоследствии строгое соблюдение схемы лечения в амбулаторных условиях.

ВУЛЬВОАГИНИТ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ

Воспаление вульвы и влагалища бактериальной этиологии.

Основные симптомы:

- скудные водянистые выделения

. возможна слабая гиперемия слизистой оболочки.

Лечение:

- антибактериальная терапия
- спринцевание антисептическими

растворами

- тщательный повседневный туалет.

ВУЛЬВОАГИНИТ КАНДИДОЗНЫЙ

Воспаление вульвы и влагалища грибковой этиологии.

Основные симптомы:

- зуд вульвы

- поверхность вульвы и влагалища гиперемированы
- выделения беловатого цвета, густые, вязкие, поверхность покрыта творожистым налетом.

Способы диагностики:

- микроскопия мазков, посев.

Лечение:

- лечение амбулаторное - флуконазол (внутрь), миконазол (вагинальные свечи), клотримазол (таблетки интравагинально).

ВЫВИХ

Полное смещение суставных поверхностей костей.

Различаются:

- травматический вывих
- неполный вывих (подвывих)
- полный вывих
- осложненный вывих.

Необходимо различать - травматический вывих и врожденный вывих, привычный вывих, закрытый или открытый вывих.

Основные симптомы травматического вывиха:

- резкая, сильная боль в суставе
- деформация сустава ^
- ось направления вывихнутой конечности изменена (несовпадение осей, угловое смещение оси)
- активные движения в суставе отсутствуют
- резкая, сильная боль при попытке принудительного движения в суставе.

Основные симптомы врожденного вывиха:

- субъективная симптоматика, как правило, отсутствует (наиболее часто наблюдается вывих тазобедренного сустава)
- деформации, неполный объем движения в вывихнутом суставе.

Гемартроз - скопление крови в вывихнутом суставе, наиболее частое осложнение вывиха.

Способы диагностики:

- характерные изменения для вывиха каждого сустава
- рентгенологическое исследование — рентгенография в двух проекциях, характерное смещение костей в области

сустава, переломы костей

- в каждом случае вывиха сустава определяется наличие или отсутствие пульса дистальнее вывиха

- при необходимости - пункция сустава для определения гемартроза.

Лечение:

- необходимо раннее вправление вывиха после местного обезболивания

- при невозможности вправить сустав наложение шины, лангеты и транспортировка в травматологическое отделение

- при гемартрозе необходима пункция сустава для удаления крови.

ВЫВИХ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ ВРОЖДЕННЫЙ

Выделяются три степени вывиха: I степень - предвывих (скошенность вертлужной впадины, позднее появление ядер окостенения в головке бедренной кости, головка центрирована в суставе); 2 степень - подвывих (головка бедренной кости смещена сверху, кнаружи, не выходит за пределы лимба, остает

ся частично в суставе, центр головки кости смещен по отношению к центру вертлужной впадины); 3 степень - вывих (смещение головки вверх и наружу, головка располагается вне сустава вертлужной впадины).

Основные симптомы:

- асимметрия ягодичных и подколенных складок - складки располагаются выше складок на здоровой конечности

-

укорочение вывихнутой конечности „

- наружная ротация вывихнутой конечности

- щелчок в тазобедренном суставе при сгибании нижних конечностей в коленном и тазобедренном суставе с последующей ротацией кнаружи

- ограничение в отведении бедра (меньше 70%)

- рентгенологическое исследование (обязательно одновременно обоих суставов) - ряд характерных признаков позволяет с абсолютной точностью поставить диагноз

- до 2-3 лет консервативное - ос

новной принцип заключается в разведении конечностей в согнутом состоянии в тазобедренных и коленных суставах и длительная фиксация их в таком состоянии при помощи специального пеленания, лечебных шин

- хирургическое лечение - различные виды оперативного лечения
- ребенок должен проходить лечение под контролем врача-ортопеда.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Выпадение прямой кишки - смещение стенки прямой кишки и выпадение ее через заднепроходное отверстие; приводит к грубым морфологическим и функциональным изменениям стенки кишки и ее сфинктеров.

Основные симптомы:

- выпадение прямой кишки - при натуживании и акте дефекации
- зуд и мацерация перианальной кожи
- кровотечение
- 3 степени выпадения - I степень: кишка пролабирует при натуживании/ дефекации, самовправляется и удерживается

ваается; 2 степень: ручное вправление прямой кишки, кишка удерживается, 3 степень: выпавшая кишка не вправляется и не удерживается.

Способы диагностики:

- анамнез
- осмотр
- колоноскопия, посев на микрофлору.

Лечение:

- у детей при I и 2 степени возможно консервативное лечение - диета, нормализация стула, лекарственные средства
- хирургическое лечение — вид и объем и оперативного вмешательства определяет хирург-проктолог.

ГАСТРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хронический гастрит — хроническое воспалительное заболевание желудка, заключающееся в развитии морфологических изменений слизистой оболочки желудка и нарушении его функций.

Основные симптомы:

- боли в эпигастральной области

спастические, ноющие, возникают); и усиливающиеся после приема пищи;, особенно острой, соленой

- изжога, тошнота, отрыжка, рвота желудочным содержимым, нередко с примесью желчи

- метеоризм, неустойчивый стул
- похудение.

Способы диагностики:

- анамнез
- пальпация
- фиброзофагогастродуоденоско- пия - определяют атрофия, гипертрофия слизистой оболочки желудка, грубая складчатость слизистой оболочки, пете- хии, эрозии.

Лечение:

- диета
- метронидазол, омез
- антациды (алюминийсодержащие препараты)
- при атрофическом гастрите - же- лудочный сок, пепсидил и др.

ГЕМАТУРИЯ

Гематурия - микро- /макрогематурия - симптом различных заболеваний мочевыделительной системы (воспалительные заболевания, мочекаменная болезнь, туберкулез, врожденная патология кровеносных сосудов, онкологические заболевания, травмы).

Необходимо установить заболевание, сопровождающееся гематурией.

ГЕМОРОЙ

Геморрой - гиперплазия кавернозных телец дистального отдела ампулы прямой кишки и анального канала, развивающаяся вследствие нарушения оттока венозной крови из кавернозных телец.

Основные симптомы острого геморроя:

- отечность геморроидального узла
- незначительные боли, пальпация болезненная незначительно
- тромбоз геморроидального узла
- боли усиливаются, узел увеличен, синюшного цвета, значительная болезненность при пальпации, узел плотный

- некроз геморроидального узла - боли сильные, узел багрово-черного цвета, выраженная болезненность при пальпации, гнойно-некротический налет на поверхности узла, возможен разрыв узла с последующим кровотечением, кровотечение может быть значительным, кровь венозная.

Основные симптомы хронического геморроя:

- боли, как правило, отсутствуют; ощущение жжения, мокнучесть в области заднего прохода

- кровотечения незначительные при акте дефекации.

Лечение:

- диета (послабляющая)
- антибактериальная терапия
- местные ванночки антисептического раствора

- геморроидальные свечи
- хирургическое лечение при частом обострении хронического геморроя, при тромбозах, кровотечениях, выпадении внутренних геморроидальных узлов.

При хроническом геморрое, частом остром геморрое необходимы ректороманоскопия, ирригография, колоноскопия для исключения других заболеваний.

ГЕПАТИТ ВИРУСНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хроническое инфекционное заболевание, вызываемое гепатотропными вирусами, заключающееся в клинико-морфологической картине диффузного поражения печени длительностью более 6 месяцев.

Основные симптомы:

- отрыжка, тошнота, рвота, диарея - при активном процессе, незначительное повышение температуры тела
- увеличение печени, болезненная при пальпации, плотная при остром процессе; при снижении степени выраженности воспаления - размеры печени уменьшаются, плотность ткани печени сохраняется
- боли в области печени при активном процессе при стихании воспаления интенсивность болей снижается

- желтуха не постоянная
- спленомегалия развивается при ^{печв-}зе печени.

Лечение:

- иммуноферментные препараты
- глюкокортикоиды
- дезинтоксикационная терапия
- диета
- симптоматическая терапия.

ГЕСТОЗ

Гестоз - поздний токсикоз беременности.

Прегестоз - прибавка в весе тела, колебания артериального давления (разница давления утром и днем, асимметрия давления, разница давления лежа на левом и правом боку).

Основные симптомы (симптомы после 20-недельной беременности):

- стойкое повышение артериального давления
- протеинурия
- отеки (от отеков нижних конечностей до анасарки).

Лечение проводится с целью сохране

ния беременности до нормального родоразрешения:

- амбулаторное лечение возможно только при прегестозе; диета, фитотерапия, благоприятный суточный режим

при гестозе лечение стационарное; постельный режим; диета, контроль веса тела, артериального давления, содержания белка в моче

- сосудистые спазмолитики

- седативные средства

- средства, улучшающие маточно-плацентарный кровоток, дезагреганты

- антибактериальная терапия при наличии воспалительных заболеваний.

Показания к родоразрешению:

- нарастание артериального давления
- увеличение протеинурии
- нарушения состояния плода
- возможно Кесарево сечение.

ГИДРОЦЕЛЕ

Гидроцеле — водянка оболочек яичка — продуцирование и скопление серозной

церальными листками оболочки **яичп.**

Основные симптомы:

- острая водянка яичка - увеличение размеров мошонки, резкие боли в яичке и придатке, кожа гиперемизована, пальпация болезненная, температура тела повышена
- хроническая водянка яичка - увеличение размеров мошонки, боли в покое, усиливающиеся при ходьбе, пальпация болезненная.

Лечение:

хирургическое

- возможны пункции с аспирацией жидкости, но не более 3-4 раз.

ГИПЕРПАЗИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заболевание возникает вследствие разрастания приуретрального отдела предстательной железы, при прогрессировании сдавливается простатическая часть уретры.

I стадия - поллакиурия, никтурия, позывы к мочеиспусканию; II стадия - к

перечисленным симптомам - наличие остаточной мочи, возможна инфекция; 3 стадия - остаточная моча переполняет мочевой пузырь, моча по каплям вытекает постоянно.

Основные симптомы:

- частые позывы к мочеиспусканию, затрудненное мочеиспускание, вялая струя мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурия
- возрастающее количество остаточной мочи после мочеиспускания
- острая задержка мочи - инфекция мочевыводящих путей.

Способы диагностики:

- анамнез
- пальцевое ректальное исследование предстательной железы
- УЗИ, КТ
- эндоскопическая цистоскопия.

Лечение:

- адrenomоляторы при I стадии заболевания
- при 2-3 стадиях заболевания показано хирургическое лечение; вид и объ

ем оперативного вмешательства определяется хирургом-урологом.

Врачу общей практики необходимо обследовать каждого обращающегося к нему мужчину старше 50 лет на состояние предстательной железы.

ГИПЕРТЕНЗИЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ (гипертоническая болезнь - при от- сутствии причины гипертензии)

А Г - систолическое давление превышает 140 мм рт.ст. и/или диастолическое давление превышает 90 мм рт.ст. (фиксация повышенного давления в результате не менее 3 измерений в разное время суток в спокойном состоянии пациента); при выявлении причины заболевания АТ считается вторичной, при не выявленных причинах - АТ считается первичной, т.е. гипертонической болезнью. Основные симптомы:

- церебральные симптомы: головные боли, головокружения, инсульты ишемические/геморрагические, снижение остроты зрения, психические нарушения

- кардиальные симптомы: боли в области сердца, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда
- почечные симптомы: полиурия, олигурия, никтурия, микрогематурия
- поражение периферических артерий (чаще нижних конечностей)
- невриты, полиневриты.

Лечение:

- диета (курение и алкоголь исключаются, соленья, острые блюда исключаются или ограничиваются)
- исключение тяжелой физической нагрузки, психологических стрессов
- β -адреноблокаторы - пропранолол, пиндолол, бетаксолол и др.
- диуретические средства - гидрохлоротиазид, индапамид, фуросимид и др. (обязательно контроль содержания калия в крови)
- ингибиторы ангиотензин — превращающего фермента - каптоприл, эналаприл и др.
- блокаторы кальциевых каналов - нифедипин, верапамил и др.
- блокаторы рецепторов ангиотензина II

- α -адреноблокаторы.

Больной с выявленной артериальной гипертензией обязательно направляется на стационарное обследование. Подлежит диспансерному учету.

ГИПЕРТИРЕОЗ

Гипертиреоз - синдром избытка гормонов щитовидной железы в крови при диффузном токсическом зобе, узловом токсическом зобе.

Основные симптомы:

- увеличение щитовидной железы (тотальное или узел/узлы)
- снижение веса тела, потливость, кожа горячая, влажная
- эмоциональная неустойчивость
- пульс частый, увеличение пульсового давления
- аппетит повышен, неустойчивый стул, спастические боли в животе
- мышечная слабость, быстрая утомляемость.

Лечение:

- лекарственная терапия - антигипертиреозные средства

- хирургическое лечение - резекция щитовидной железы.

ГЛАУКОМА

Глаукома - заболевание глаз, которое выражается в повышении внутриглазного давления, дегенерации сетчатки и полной слепоте.

Острая глаукома:

- сильные головные боли в области лба, глазных впадин, переносицы, колющая боль в глазах, возникают внезапно, часто ночью или рано утром
- тошнота, рвота
- глаз воспринимает свет как бы сквозь плотный туман
- глазное яблоко сильно краснеет, плотное при пальпации, роговица мутная, расширенный зрачок не сужается.

Простая хроническая глаукома:

- первыми признаками заболевания становятся легкие нарушения зрения, ограничение полей зрения
- при офтальмоскопии определяется характерное углубление в зрачке.

Лечение:

- первая помощь - глазные капли, снижающие внутриглазное давление тимолол, левобуналол, пилокарпин
- больного необходимо направить на стационарное обследование и лечение в офтальмологическое отделение
- больной должен находиться на диспансерном учете у офтальмолога.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Головные боли - наиболее частые жалобы.

Причины головных болей самые разнообразные - это объемные процессы в головном мозге, патология кровеносных сосудов шеи и головы, воспаление мозговых оболочек, внутричерепная гипертензия, стрессы, невралгии и др.

В условиях ММК, скорее всего, невозможно будет в большинстве случаев определить с полной уверенностью причину головной боли. В связи с этим будет необходимо направить больного на специализированное обследование в неврологическое отделение.

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Грыжи живота наружные и внутренние.

Грыжи наружные - выход внутренних органов живота через дефекты передней брюшной стенки.

Грыжи внутренние - выход внутренних органов живота в грудную полость естественные/посттравматические отверстия в диафрагме.

Паховые грыжи - косая паховая грыжа, прямая паховая грыжа.

Бедренная грыжа.

Пупочная грыжа.

Грыжа белой линии живота.

Послеоперационные грыжи.

Основные симптомы:

- выпячивание в определенной области внутренних органов, выпячивание располагается под кожей
- боли различной интенсивности в области выпячивания
- при пальпации определяются размеры выпячивания, размеры грыжевого отверстия, вправимость или невозможность вправления содержимого грыжи в

брюшную полость

- симптом «кашлевого толчка» - определяется кратковременное давление содержимого грыжи на пальпируемые пальцы

- при аускультации выслушиваются перистальтические шумы (если в грыже содержится кишечник)

- грыжи могут ущемляться в грыжевом отверстии, это приводит к ишемии различной степени грыжевого содержимого.

Лечение грыж живота - хирургическое.

ГРЫЖА МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Выпадение части межпозвоночного диска в позвоночный канал со сдавливанием нервных структур; заболевание развивается вследствие остеохондроза/ травмы позвоночника. Различаются про- трузия (выпячивание) и пролапс (выпадение) диска, срединная, латеральная и парамедиальная грыжа.

Основные симптомы:

- боли в поясничной области, по ходу седалищного нерва, тупые, острые
- вертебральный синдром, ограниченная подвижность поясничного отдела позвоночника
- напряжение паравертебральных мышц, болезненность при пальпации мышц
- сколиоз в большую сторону при парамедиальной и срединной грыже, сколиоз в противоположную от сдавленного корешка сторону
- корешковый синдром: боли из поясничной области распространяются на ягодичную область и по ходу седалищного нерва, парестезии
- синдром «кашлевого толчка» - резко возникает боль в зоне иннервации при кашле, чихании, подъеме тяжестей, поворотах по оси позвоночника.

Лечение:

- вытяжение позвоночника
- блокады местноанестезирующими средствами
- анальгетики, НПВС, глюкокортикоиды

- физиотерапия, акупунктура, ЛФК
- оперативное лечение (в ортопедических отделениях).

ГРЫЖА МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Грыжи шейных позвоночных дисков, как правило, возникают при травме или спустя длительное время после нее.

Основные симптомы:

- боли в шее различного характера
- напряжение паравертебральных мышц
- при боковой грыже боли иррадируют в верхнюю конечность, парестезии, атрофия мышц
- при сдавливании спинного мозга развивается миелопатический синдром.

Грыжи грудного отдела позвоночника возникают чаще всего в четырех нижних грудных позвонках, при этом также часто появляется картина сдавления спинного мозга.

Основные симптомы:

- боли в грудном и поясничном отделе позвоночника

- при боковой грыже боли иррадиируют по межреберным нервам в грудную клетку до грудины, в верхнюю часть передней брюшной стенки, парестезии.

Лечение:

- консервативная терапия: физиотерапия, ЛФК, массаж, вытяжение позвоночника

- блокада местноанестезирующими средствами

- анальгетики, НПВС, глюкокортикоиды

- акупунктура

- шейный корсет (мягкий)

- оперативное лечение (в ортопедических отделениях).

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ

Быстрое поступление желудочного содержимого в тонкую кишку после операции резекции желудка, ваготомии, пилоропластики, дренирующих операций на желудке.

Демпинг-синдром ранний - пищевые массы из желудка поступают в тонкий кишечник в течение 30 минут после еды.

Демпинг-синдром поздний - пищевые массы из желудка поступают в тонкий кишечник через 1,5-2 часа после еды.

Степени тяжести: легкая — возникает только после приема молочных и сладких блюд; средняя - возникает после приема любой пищи, больной ложится на высоте реакции; тяжелая — возникает после приема любой пищи, больной принимает пищу лежа, вынужден находиться в горизонтальном положении в течение 2-3 часов после приема пищи.

Основные симптомы:

- ощущение дискомфорта в брюшной полости, боли неопределенного характера, усиление перистальтики, метеоризм
- приступы общей слабости от легкой степени до обморока, головокружение, слабость конечностей, сердцебиение, снижение артериального давления
- похудение
- при приеме сладких блюд симптоматика появляется быстро и более выражена.

Лечение:

- консервативная терапия: диета, максимальное умеренное
- частый прием пищи (5-6 раз в сутки)
- после приема пищи — горизонтальное положение в течение 30-60 минут
- заместительная терапия: желудочный сок, панзинорм форте, панкреатин и др.
- оперативное лечение производится при тяжелой степени демпинг-синдрома (реконструктивные операции, вид операции определяется хирургом-гастроэнтерологом, операция имеет высокий характер сложности).

ДЕРМАТИТ АТОПИЧЕСКИЙ

Атопический дерматит — хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, расчесами, дистрофическими изменениями кожи.

Основные симптомы:

- зуд кожи от слабого до выраженного, сухость кожи, эритема лица, участки депигментации кожи (лицо, плечи)
 - усиление рисунка линий ладони
 - складка кожи на нижнем веке
 - гиперемия, отечность, мокнутие, инфильтрация, папулы, лихенизация кожи, чаще лба и щек, шеи
 - такие же изменения в области естественных кожных складок.

Лечение:

- диета с исключением установленных или облигатных аллергенов (молоко, яйца, орехи, цитрусовые и др.)
 - ванны, примочки, аэрозоли, водные болтушки, присыпки
 - при присоединении инфекции применение растворов антисептиков, глюкокортикоидов с антибактериальными препаратами, ультрафиолетовое облучение в субэритемных дозах
 - антигистаминные препараты внутрь и местно
 - плазмаферез.

ДЕРМАТОМИКОЗЫ

Поражение кожных покровов патогенными грибами.

Классификация: кератомикозы (разноцветный лишай), дерматофития паховая, микозы, трихофития, микроспория, фавус, кандидоз, глубокие микозы.

Основные симптомы:

- поражаются различные участки, волосистая часть головы, кожа бороды и усов, ногти
- круглые, ярко-красные, с четкими границами бляшки до 5 см в диаметре, единичные или возникающие группами
- папулы и пустулы, пиодермия, пузырьки, трещины, эрозии, грубые желто-коричневые корки
- рубцовая алопеция, чешуйки.

Лечение:

- синтетические противогрибковые препараты: ликоназол, клотримазол, нафтивин, нетоконазол и др.; антибактериальная терапия при инфекционных осложнениях.

ДЕРМАТОМИКОЗ СТОП

Хроническое микотическое заболевание подошвенной поверхности кожи стоп, межпальцевых промежутков; возможно вовлечение в патологический процесс отдаленных участков кожи.

Основные симптомы:

- дисгидротическая форма - везикулы в виде бляшек, колец и полуколец на эритематозной коже, располагаются на своде и боковых поверхностях стоп; при вскрытии везикул обнажаются эрозии
- гиперкератотическая форма - эритематозно-сквамозные очаги располагаются на подошвенной и латеральной поверхностях стопы, очаги могут сливаться в более широкие очаги поражения с неровными контурами
- интертригинозная форма - эрозии, мацерация эпителия межпальцевых промежутков и складок пальцев стопы
- присоединение бактериальной инфекции усложняет течение заболевания.

Лечение: лечение в разделе «Дерматомикозы».

ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВРОЖДЕННЫЕ

Воронкообразная грудная клетка - западание грудины и передней части ребер внутрь грудной клетки со сдавлением/смещением сердца, органов дыхания. Три формы деформации: симметричная, асимметричная, плосковоронкообразная. Три степени деформации: 1 степень - глубина деформации меньше 2 см; 2 степень - глубина деформации меньше 4 см; 3 степень - глубина деформации больше 4 см.

Лечение: хирургическое лечение, оперативные вмешательства реконструктивного характера.

Килевидная грудная клетка - вытягивание грудины и ребер впереди от грудной стенки.

Добавочные шейные ребра - определяются наружным осмотром: толстая шея, подвижность шеи может быть ограничена, симптомы сдавления сосудов и нервов на шее. При наличии таких симптомов показано оперативное лечение - удаление добавочных ребер.

ДИАБЕТ САХАРНЫЙ

Заболевание характеризуется гипергликемией, возникающей вследствие нарушений в действии самого инсулина. Различают: сахарный диабет I типа (аутоиммунный, идиопатический), вследствие деструкции (β-клеток поджелудочной железы, что приводит к абсолютной инсулиновой недостаточности; сахарный диабет 2 типа - преимущественно инсулинорезистентность и относительно инсулиновая недостаточность, преимущественный дефект секреции инсулина; гестационный сахарный диабет (во время беременности); сахарный диабет генетической природы, вследствие инфекций, лекарственный.

Степень тяжести сахарного диабета: легкая (практически нет симптомов или они незначительные); средней и тяжелой степени (развиваются сосудистые поражения различных органов).

Основные симптомы:

- полиурия
- полидипсия
- полифагия

- поражение кожи (инфекционные, аутоиммунные)
- снижение зрения
- симптомы ИБС, АГ, нефропатии
- некрозы.

Лечение:

- обучение больного проводить контроль гликемии
- диета
- инсулинотерапия
- лекарственная терапия.

Больной должен находиться под наблюдением эндокринолога, участкового врача.

ДИАРЕЯ ХРОНИЧЕСКАЯ

Заболевание характеризуется наличием постоянного обильного стула, продолжающегося в течение более двух недель.

Основные симптомы:

- частый жидкий стул
- спастические боли в животе, особенно в левой половине
- тенезмы
- метеоризм

- похудение (при обильном стуле наступает и развивается быстро)
- повышение температуры тела
- примесь крови в фекалиях
- могут содержаться остатки пищи в фекалиях
- общая слабость, угнетенное настроение.

Лечение:

- лекарственные средства — антибактериальные препараты, ферменты (хилак форте и др.), спазмолитики
- диета.

ДИВЕРТИКУЛ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки бывают одиночными и множественными, по частоте - на втором месте после дивертикулов толстого кишечника; 2/3 дивертикулов локализуются в области большого дуоденального сосочка.

Основные симптомы:

- при не осложненных дивертикулах симптоматика отсутствует

- осложнения дивертикула - при локализации в верхнем горизонтальном отделе двенадцатиперстной кишки клиническая симптоматика симулирует язвенную болезнь

- при осложненном дивертикуле нисходящей части развивается холангит, механическая желтуха, панкреатит

- дивертикулы нижнего горизонтального отдела могут вызвать механическую непроходимость двенадцатиперстной кишки

Лечение:

- лечение консервативное - диета, спазмолитики, антимикробная терапия

- при частых рецидивах дивертикулита показано хирургическое лечение.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ

Дивертикул располагается в подвздошной кишке приблизительно в 50-100 см от илеоцекального угла.

При осложненном течении - симуляция острого аппендицита, непроходимость кишечника, перфорация, кровотечение - требуется оперативное лечение: удаление дивертикула, резекция кишки.

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

Дивертикулы располагаются в верхнем отделе пищевода, разновидностью их являются дивертикул Ценкера. Этот дивертикул часто заполняется пищевыми массами в такой степени, что развивается механическое сдавление пищевода. В таких случаях требуется оперативное лечение - резекция дивертикула.

Дивертикулы могут располагаться в средней трети пищевода. Оперативное лечение дивертикулов показано при больших дивертикулах и частом осложненном течении.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование, фиброэзофагоскопия.

ДИСМЕНОРЕЯ

Дисменорея - боли спастического характера внизу брюшной полости (в малом тазу) перед и во время менструаций.

Первичная дисменорея — патологических изменений в половых органах не имеется.

Вторичная дисменорея - наличие раз

личных патологических изменений в половых органах; воспалительные заболевания, врожденные заболевания, эндо- метриоз, опухоли.

Лечение:

- симптоматическое
- антибактериальная терапия при воспалительных заболеваниях
- хирургическое лечение (при эндо- метриозе, опухолях).

ЗОБ ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ

Диффузный токсический зоб - ауто-иммунное заболевание, характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы и гипертиреозом.

Основные симптомы: см. раздел «Гипертиреоз».

Лечение: см. раздел «Гипертиреоз».

ЗОБ УЗЛОВОЙ ТОКСИЧЕСКИЙ

Узловой токсический зоб - клиническая симптоматика определяется гипертиреозом, который развивается вследствие гиперфункции аденомы щитовидной железы.

Лечение: хирургическое - оперативное удаление узла/узлов щитовидной железы.

ЗОБ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ

Эндемический зоб — заболевание, поражающее население отдельных географических районов с недостаточностью йода в воде, пищевых продуктах. Зоб эндемический - диффузная и узловая формы. Основные симптомы определяется гипотиреозом/тиреотоксикозом.

Лечение:

- консервативное (препараты йода и тиреоидные гормоны), диета, обогащенная йодом
- при большом диффузном или узловом зобе показано хирургическое лечение.

ЗУД АНАЛЬНЫЙ

Анальный зуд - заболевание, характеризующееся постоянным зудом в области заднего прохода и кожи в перианальной области.

Различают первичный (идиопатиче-

ский, нейрогенный, криптогенный) и вторичный зуд (при геморрое, трещинах заднего прохода, проктосигмоидитах, диарее, глистной инвазии, грибковых поражениях).

Основные симптомы:

- зуд
- кожа сухая/влажная
- расчесы (линейные ссадины).

Лечение:

- диета (исключаются острые и соленые блюда)
- тщательный туалет области заднего прохода (особенно после дефекации)
- местноанестезирующие средства (кремы, гели)
- местные антибактериальные средства (мази)
- лечение выявленных заболеваний.

Лечение проводится амбулаторно.

ЗУД ГЕНИТАЛЬНЫЙ

Генитальный зуд - зуд в области наружных половых органов, причиной которого могут быть воспалительные заболевания, грибковые поражения, мекх

нические раздражители (давления белья, качество и химические свойства белья, лекарства, дерматиты и др.).

Основные симптомы:

- зуд
- кожа гиперемирована, отечна
- линейные расчесы
- признаки бактериальной инфекции и грибкового поражения.

Лечение:

- диета (исключаются острые и соленые блюда)
- тщательный туалет
- местноанестезирующие средства (кремы, гели)
- местные антибактериальные средства (мази)
- лечение выявленных заболеваний.

КОЛИТ ЯЗВЕННЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ

Хроническое воспалительное заболевание толстого кишечника, при котором развивается язвенно-некротическое поражение слизистой оболочки. Различают острый, хронический рецидивирующий

и непрерывный колит. По степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелое течение заболевания.

Легкая степень - стул 4-5 раз/сутки, стул кашицеобразный. Средняя степень тяжести - более частый стул, стул кашицеобразный, жидкий, незначительная примесь крови. Тяжелая степень - стул больше 15 раз/сутки, жидкий, значительная примесь крови.

Основные симптомы:

- частый стул, кашицеобразный/водянистый, с примесью крови, гноя, слизи
- тенезмы
- спастические боли в брюшной полости, особенно в левой половине, боли значительно слабеют после дефекации.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование
 - ирригография (гаустры нечеткие, могут и не определяться, сужение просвета кишки, нечеткость контуров стенки в области язв, складчатость слизистой изменена)
 - колоноскопия (производится вне
-

обострения воспалительного процесса)

- гиперемия, отек слизистой, петехии, язвы, контактная кровоточивость.

Лечение:

- строгая диета (исключаются острые и соленые блюда, сырые овощи и фрукты, алкоголь, кофе, молоко)

- салицилсульфамидные препараты

- антибиотики

- спазмолитики

- глюкокортикоиды

хирургическое лечение производится при осложнениях (кровотечения, перфорации, тяжелый токсический мегаколон, длительное течение заболевания

- 10-12 лет); вид и объем оперативного вмешательства определяет хирург-проктолог.

КРИПТОРХИЗМ

Крипторхизм - отсутствие одного/ обоих яичек в мошонке. Заболевание врожденное.

Основные симптомы:

- жалобы на боли в паховой области

- боли в животе могут возникать в период полового созревания

- при осмотре и пальпации - отсутствии яичка в мошонке
- при напряжении передней брюшной стенки в положении стоя яичко может опускаться в паховый канал.

Лечение:

- хирургическое (низведение яичка в мошонку).

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ

Кровотечения вследствие нарушений эндокринной регуляции - в юношеском возрасте, в климактерическом периоде.

Основные симптомы:

- нерегулярное маточное кровотечение, практически безболезненное, кровотечение незначительное или в большом объеме, анемия
- возникают, как правило, после задержки менструаций.

Лечение:

- средства, стимулирующие мускулатуру матки (эргометрин, эрготамин, окситоцин, дипопрост и др.)
- эстрогенные препараты

- хирургическое лечение - при угрожающих жизни кровотечениях, не купируемых лекарственными средствами
- выскабливание полости матки при кровотечениях, не купируемых лекарственными средствами.

ЛАРИНГИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хроническое воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя и внутренних мышц гортани.

Различают катаральный, атрофический, гиперпластический ларингит (продуктивный воспалительный процесс).

Основные симптомы: хронического катарального ларингита:

- осиплость голоса, переход его в грубый голос, прерывистость голоса, утомляемость голоса
- при ларингоскопии: гиперемия, отечность слизистой оболочки.

Лечение: снижение голосовой нагрузки, вливание смесей антибиотиков и гидрокортизона; ингаляции масляных растворов.

Основные симптомы атрофического ларингита:

- охриплость, низкий тембр, утомляемость голоса

-

при ларингоскопии:слизистая оболочка гладк

Лечение:

- исключение курения
- ингаляции масляных растворов
- орошение гортани физиологическим раствором йода (5 капель 10% йода на 200 мл физраствора)

- снижение голосовой нагрузки.

Основные симптомы гиперпластического ларингита (ларингоскопия):

- ограниченные разрастания слизистой оболочки

- гипертрофия слизистой оболочки в подсвязочном пространстве

- при форсированном выдохе, кашле, громком голосе слизистая оболочка морганиева желудочка выпадает в про

свет гортани, неполное смыкание голосовой щели

- контактная язва - поражение голосовых связок, неполное смыкание голосовых связок.

Лечение: вливание в гортань масляных растворов, колларгола, протаргола, физиотерапия.

ЛАРИНГОТРАХЕИТ

Заболевание развивается вследствие поражения вирусной этиологии верхних дыхательных путей.

Основные симптомы:

- температура тела нормальная/субфебрильная
- кашель громкий, лающий, в начале заболевания сухой, при присоединении бактериальной инфекции - влажный
- инспираторная одышка
- общий анализ крови: лейкопения, при присоединении бактериальной инфекции - лейкоцитоз.

Лечение:

- обильное питье
- исключение физических нагрузок,

голосовая нагрузка должна быть снижена

- щадящий общий режим
- противовирусные препараты
- при присоединении бактериальной инфекции антибактериальная терапия
- при спазме гортани — спазмолитики.

ЛЕГКОЕ ФЕРМЕРА

Легкое фермера - экзогенный аллергический альвеолит, вызывается у работников сельского хозяйства (контакт с сеном, зерном, силосным кормом).

Основные симптомы:

- приступообразный кашель, частый
- одышка (постоянная, усиливается с годами)
- приступы озноба
- общая слабость, быстрая утомляемость
- общий анализ крови без изменений, но может быть увеличение количества эритроцитов и гемоглобина.

Лечение:

- исключить контакт с аллергенами»
- глюкокортикоиды.

ОПИСТОРХОЗ

Описторхоз - гельминтоз, поражают ся печень, желчный пузырь, поджелудоч ная железа (кошачья, беличья двуустка)

Основные симптомы:

- в начале заболевания высока температура тела
- крапивница, лимфоаденопатия
- головные, мышечные, суставны боли
- в дальнейшем боли в эпигастраль ной и правой подреберной области, сим птомы холецистита, панкреатита, воз можна желтуха.

Способы диагностики:

- в дуоденальном содержимом, фекалиях обнаружены яйца паразитов
- общий анализ крови: эозинофг лия, лимфоцитоз.

Лечение:

- этиотропные лекарственные среj ства - хлоксил, празиквантель.

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ

- хондрома
- хондробластома
- хондромиксоидная фиброма
- остеохондрома
- остеобластокластома
- остеоид-остеома
- остеома
- гемангиома.

Основные симптомы:

- основные симптомы, заставляющие обратиться больного к врачу - припухлость, опухолевидные образования различных костей; боли (могут отсутствовать) в месте появления патологических изменений.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование, КТ, УЗИ.

Лечение:

- хирургическое - удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- при гемангиомах позвоночника — лучевая терапия.

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ

- хондросаркома
- периостальная фибросаркома
- остеогенная саркома
- злокачественная лимфома кости
- саркома Юинга.

Основные симптомы:

- основные симптомы: припухлость, опухолевидные образования различных костей; боли в области припухлостей и опухолевидных образований; патологические переломы

- общий анализ крови: ускорение СОЭ.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование, КТ, УЗИ
- биопсия.

Лечение:

- хирургическое - резекция кости, ампутация конечности, лимфаденэктомия
- лучевая терапия
- химиотерапия
- комбинированная терапия.

ОПУХОЛИ КРОВЕТВОРНОЙ И ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ

Диагностика опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани возможна только в условиях онкологического учреждения, при стационарном обследовании.

В данном разделе представлены симптомы опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани, при наличии которых у больного в условиях ММК можно предположить указанные заболевания:

- подъем температуры тела до 40°C (в каких-то случаях подъема температуры может и не быть)
- увеличение периферических лимфоузлов, печени, селезенки
- гиперплазия десен
- инфильтрация кожи в различных участках тела
- геморрагический синдром
- боли в костях, суставах
- в анализах крови: лейкопения (меньше $1 \times 10^9 /л$) до лейкоцитоза (до $200-300 \times 10^9 /л$), тромбоцитопения

- увеличение внутригрудных лимфатических узлов (всем пациентам, обратившимся в ММК, проводится рентгенологическое исследование органов дыхания).

При обнаружении вышеперечисленных симптомов необходимо направление в онкологические учреждения на консультацию.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ ПЕРВИЧНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ

- гемангиома печени - сосудистые опухоли, одиночные, множественные, различного размера; протекают, как правило, бессимптомно; могут при больших размерах сдавливать соседние органы
 - гепатоцеллюлярная аденома - опухоль из печеночных клеток, различного размера; протекают чаще бессимптомно, возможны самопроизвольные разрывы с кровотечениями в брюшную полость
 - локальная узловая гиперплазия печени - опухоль из всех тканей печени, протекает чаще бессимптомно

- гемангиоэндотелиома печени у детей - опухоль из сосудистой ткани, протекает чаще бессимптомно, возможна малигнизация.

Способы диагностики:

. УЗИ, КТ, МРТ.

Лечение: хирургическое, возможно длительное наблюдение - периодическое УЗИ, при росте опухоли оперативное удаление.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ ПЕРВИЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ

- гепатоцеллюлярная карцинома - рак из печеночных клеток в виде узла с инвазивным ростом, часто метастазы в легкие

- гепатобластома — опухоль из печеночных клеток, часто из эмбриональных гепатоцитов, опухоль печени в детском возрасте

- холангиокарцинома - опухоль из эпителия желчных протоков

- ангиосаркома печени — опухоль из сосудистых клеток, ранние метастазы в

селезенку, легкие.

Основные симптомы:

- тупые, ноющие, не прекращающиеся боли в правом подреберье, в верхнем правом квадранте брюшной полости
- общий анализ крови — ускорение

Способы диагностики:

УЗИ, КТ, МРТ, диагностическая лапароскопия.

Лечение:

- хирургическое - резекция атипичная, доли, лимфаденэктомия
- химиотерапия (общая, селективная)
- комбинированное — хирургическое и химиотерапия.

ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ

- дермоидные кисты
- тимомы
- фибромы, липомы, хондромы, миксомы
- нейрогенные опухоли
- сосудистые опухоли

- бронхогенные, энтерогенные опухоли

- перикардальные кисты.

Основные симптомы:

- отсутствие симптомов (опухоли выявляются при профилактическом рентгенологическом исследовании)

- боли неопределенного характера за грудиной

- кашель сухой/влажный при сдавлении трахеи, бронхов

- дисфагия при сдавлении пищевода

- при нейрогенных опухолях, сдавливающих спинной мозг или спинномозговые корешки, соответственная неврологическая симптоматика, при сдавлении звездчатого ганглия - синдром Горнера (птоз, энофтальм, анизокория)

- возможны нарушения сердечного ритма при сдавлении сердца

- возможен синдром верхней полой вены при ее сдавлении.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование - изменения контуров средостения

- КТ, МРТ.

Лечение:

- хирургическое - торакотомия, торакоскопия с удалением опухоли.

ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ

Лимфомы - опухоли из лимфоидной ткани, рано определяются метастазы в лимфоузлы, поражение с выраженным инвазивным ростом.

Основные симптомы:

- выраженные, не прекращающиеся боли за грудиной
- упорный кашель сухой/влажный
- повышение температуры тела
- быстрое похудение, возможна дисфагия.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование
- КТ, МРТ
- биопсия новообразования (при медиастиноскопии, торакоскопии, передней торакотомии во втором межребре-рье).

Лечение:

- комбинированное - химиотерапия и лучевая терапия

- хирургическое лечение не проводится.

Герминомы — опухоли, исходящие из эмбриональной ткани: семинома, эмбрионально-клеточная саркома, тератокарцинома, хорионкарцинома.

Основные симптомы:

-

выраженные, не прекращающиеся боли за грудиной

- упорный кашель сухой/влажный
- возможна дисфагия.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование
- КТ, МРТ
- биопсия новообразования.

Лечение:

- хирургическое
- химиотерапия
- лучевая терапия

ОПУХОЛИ щитовидной ЖЕЛЕЗЫ

Рак щитовидной железы составляет до 90% всех опухолей железы.

Основные симптомы:

- наличие узлового образования в железе, плотный узел, может врастать в трахею, окружающие мышцы, увеличение шейных, подчелюстных лимфоузлов
- кашель, диспноэ при прорастании трахеи
- дисфагия при прорастании пищевода.

Способы диагностики:

- пальпация
- УЗИ, КТ, МРТ
- ларингоскопия, фиброэндозофагоскопия
- биопсия.

Лечение:

- хирургическое (резекция щитовидной железы), сочетание с гормонотерапией
- лечение радиоактивным йодом.

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

Опухелевидные новообразования:

- фолликулярные кисты, кисты желтого тела, параовариальные кисты, эндометриомы.

Основные симптомы:

- может быть бессимптомное течение заболевания

- боли неопределенного характера внизу брюшной полости, пояснице

- нарушение менструального цикла
- дизурия.

Способы диагностики:

- анамнез
- влагалищное исследование
- УЗИ, КТ
- лапароскопия, биопсия.

Лечение:

- консервативная терапия, гормоно-терапия

- хирургическое лечение показано при неэффективной консервативной терапии, при перекрутах и кровоизлияниях новообразований.

Злокачественные новообразования:

- эпителиальные опухоли
- смешанные опухоли
- опухоли стромы полового тяжа
- герминогенные опухоли.

Основные симптомы:

- боли неопределенного характера внизу брюшной полости, пояснице, боли не связаны с менструальным циклом
 - нарушение менструального цикла
 - возможны дизурические явления, нарушение акта дефекации
 - общая слабость, быстрая утомляемость.

Способы диагностики:

- анамнез
- влагалищное исследование
- УЗИ, КТ
- лапароскопия, биопсия.

Лечение:

- хирургическое.

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Различаются следующие степени:

1 степень - зияние половой щели, незначительное опущение стенок влагалища.

2 степень - опущение стенок влагалища, мочевого пузыря и передней стенки прямой кишки.

3 степень - шейка матки опущена до входа во влагалище.

4 степень - шейка матки опущена ниже входа во влагалище.

5 степень - полное выпадение матки с выворотом стенок влагалища.

Лечение:

- консервативное лечение возможно предпринять только при I степени опущения
- хирургическое лечение носит реконструктивный характер; влагалищная ампутация матки возможна при 5 степени опущения.

ОСТЕОАРТРОЗ

Заболевание заключается в воспалительно-дегенеративном поражении всех элементов сустава.

Причиной возникновения и развития остеоартроза, в первую очередь, является несоответствие между степенью механической нагрузки и способностью сустава противостоять такой нагрузке.

Основные симптомы:

- боли тупые, ноющие внутри сустава даже при незначительной нагрузке, при ходьбе; боли в покое не беспокоят
- боли в суставах в покое (положение лежа) свидетельствуют о наличии воспалительного процесса в суставе и околосуставных тканях
- ограничение движения в суставах различного объема
- «крепитация» в суставе при пассивном максимальном сгибании и разгибании сустава

Наиболее часто поражаются коленные суставы, суставы кисти, суставы поясничного и шейного отделов позвоночника, тазобедренные и голеностопные су

ставы, т.е. суставы, имеющие большую механическую нагрузку.

Способы диагностики:

- основным методом диагностики является рентгенологические исследования.

Лечение:

- уменьшение механической нагрузки на суставы, физической нагрузки, корсеты, шины, наколенники

- НПВС
- глюкокортикоиды
- препараты, содержащие яд пчел, змей
- биогенные препараты (румалон)
- антимикробная терапия при острых воспалительных поражениях суставов
- физиотерапия
- возможно хирургическое лечение - эндопротезирование суставов.

ОСТЕОМИЕЛИТ

Острое/хроническое воспаление костного мозга, распространяющееся на кость и надкостницу.

Классификация:

- гематогенный острый/хронический
- посттравматический (травма, огнестрельная рана)
- одонтогенный (из очага воспаления в зубе, пародонте).

Основные симптомы:

- гематогенный остеомиелит у детей - высокая температура тела (до 39- 40°C), ограничение движений в пораженной конечности. Отек, гиперемия, сильная болезненность над местом поражения
- гематогенная инфекция у взрослых больных - травма, переломы костей, бактериальная инфекция в анамнезе, местная гиперемия, отек, повышение температуры, болезненность над очагом поражения; поражение часто носит по- дострый характер
- хронический остеомиелит - неза

живающая рана, язва, свищ над очагом поражения, скудно-гнойное/кровянисто-гнойное отделяемое.

Лечение:

- при остром остеомиелите показано стационарное лечение
 - иммобилизация конечности
 - массивная антибактериальная терапия
 - иммунокорректирующие препараты
 - хирургическое лечение — остеотрепанация, секвестрэктомия с промыванием мозгового канала
 - вскрытие флегмон около очага поражения
 - при хроническом остеомиелите обеспечение оттока гнойной жидкости наружу

• физиотерапия.

Способы диагностики:

- основным методом является рентгенологическое исследование
- обязательно посев отделяемого из участка поражения на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам.

ОСТЕОПОРОЗ

Синдром генерализованной потери объема костной ткани, потери прочности кости.

Различают следующие виды остеопороза:

- тип I - постменопаузальный - распространен у женщин, связан с прекращением секреции эстрогенов
- тип 2 - инволюционный - возникает у мужчин и женщин старше 75 лет
- комбинация I и 2 типов остеопороза
- идиопатический - у мужчин и женщин моложе 75 лет
- ювенильный - у детей
- вторичный - связан с длительным приемом глюкокортикоидных средств.

Основные симптомы:

- могут беспокоить боли неопределенного характера в костях, преходящие, постоянные, во время сна могут исчезать
- гипертонус мышц в области пораженной кости, особенно позвонков
- рентгенологические признаки - пониженная плотность костной ткани, выявление трабекулярности, переломы.

Лечение:

- эстрогены, препараты кальция.

ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА

Дегенеративное поражение хряща межпозвоночного диска, смежных тел и суставов позвонков и окружающих тканей. Наиболее часто патологическим процессом поражаются ниже-поясничные и нижнешейные отделы позвоночника.

Основные симптомы поясничного поражения:

- острые боли в поясничной области
- движения в позвоночнике резко усиливают боли
- паравертебральные мышцы напряжены, болезненность при пальпации поясничной области
- боли могут иррадиировать в ягодичную область и далее в нижнюю конечность, пальпация по ходу седалищного нерва, нервов бедра и голени болезненная
- сдавление поясничных корешков
- протрузия или грыжа межпозвоночных дисков (наружу или внутрь спинномозгового канала) с соответствующей неврологической симптоматикой.

Основные симптомы шейного поражения:

- острые боли в шейной области
- движения в позвоночнике резко усиливают боли
- шейные мышцы напряжены
- боли иррадируют в голову, надплечье, верхние конечности; парестезии на верхних конечностях
- протрузия или грыжа межпозвоночных дисков (наружу или внутрь спинномозгового канала) с соответствующей неврологической симптоматикой.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование
- КТ - устанавливается точная локализация патологического процесса.

Лечение:

- тракция соответствующего отдела позвоночника
- эпидуральные блокады
- НПВС
- массаж, мануальная терапия, акупунктура
- оперативное лечение - острая симптоматика сдавления спинного мозга, конского хвоста мозга.

ОТИТ НАРУЖНЫЙ

Наружный отит - воспаление наружного слухового прохода.

Острый ограниченный наружный отит - фурункул слухового прохода.

Хронический наружный отит - заболевание, длящееся более 6 недель.

Злокачественный наружный отит - характеризуется распространением гнойно-некротического воспаления в глубину тканей, секвестрацией хрящевой и костной ткани.

Основные симптомы:

- боль в ухе, иррадирует в глаз, зубы, шею, усиливается при жевании, громком разговоре, надавливании на козелок, пониженный слух
 - регионарный лимфаденит
 - гнойные выделения из слухового прохода неприятного запаха
 - при отоскопии - фурункул, гиперемия, инфильтрация и отечность кожи, барабанная перепонка гиперемирована
 - при отоскопии хронического отита — кожа, грубая, барабанная перепонка

тускляя, утолщена

- при отоскопии при злокачественном отите - некроз кожи, некротические массы.

Лечение:

- антибактериальная терапия
- местное лечение — промывание наружного прохода антисептическими средствами

- дренирование наружного слухового прохода

- УВЧ, УФО

- лечение отита грибковой этиологии - применяются различные антигрибковые средства

- при некротическом отите - лечение стационарное.

ОТИТ СРЕДНИЙ ГНОЙНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хроническое гнойное воспаление полости среднего уха с периодическими обострениями.

Основные симптомы:

- боли в ухе
- гноетечение из слухового прохода

- перфорация барабанной перепонки
- снижение слуха, может быть значительное
- поражение только слизистой оболочки
- поражение слизистой оболочки и костных структур.

Лечение:

- лечению поддается с трудом
- рекомендуется стационарное лечение
- антибактериальная терапия
- тщательный туалет среднего уха и наружного слухового прохода с применением различных антисептических средств
- дренирование
- физиотерапия
- хирургическое лечение - вид и объем оперативного лечения определяется лор-хирургом.

ПАНКРЕАТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хронический панкреатит - воспалительно-склеротическое поражение поджелудочной железы с нарушениями внешней и внутренней секреции.

Различаются: хронический фиброзный панкреатит, хронический обструктивный панкреатит, хронический кальцифицирующий панкреатит, кисты и псевдокисты поджелудочной железы.

Основные симптомы:

- боли различного характера в эпигастриальной области, правом подреберье, по всему животу, опоясывающие боли; боли появляются, как правило, в периоды обострения хронического панкреатита

- тошнота, рвота, неустойчивый стул
- похудение
- симптомы сахарного диабета
- перемежающаяся желтуха
- общий анализ крови - в период обострения лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение

СОЭ

- нарастает активность амилазы крови.

Способы диагностики:

- характерный анамнез и жалобы
- при пальпации определяется увеличенная плотная головка поджелудочной железы

- УЗИ, КТ

- биохимические анализы крови.

Лечение:

- в период обострения - голодание, минеральная вода без газа, спазмолитики, антигистаминные препараты, ингибиторы протеаз

- панкреатические ферменты

- санаторно-курортное лечение

- хирургическое лечение - вид и объем оперативного вмешательства определяется хирургом.

ПАРАПРОКТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хроническое воспаление стенки прямой кишки и параректальной жировой клетчатки с наличием сформированного свищевого хода, открывающегося в прямую кишку либо в кожу около заднего прохода.

Основные симптомы:

- постоянное слизисто-гнойное содержимое, выделяющееся через свищевой ход либо из заднего прохода, либо через свищевой ход кожи
- мацерация кожи, зуд в коже около заднего прохода
- рубцовые изменения стенки прямой кишки, нарушение функции сфинктера заднего прохода.

Лечение:

- хирургическое лечение - основной принцип оперативного вмешательства: иссечение свищевого хода (вид и объем оперативного вмешательства определяется хирургом-проктологом).

ПЕРИАРТРОЗ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫЙ

Заболевание заключается в дегенеративно-воспалительном поражении сустава и парасуставной ткани с болями и ограничением объема движения в суставе.

Основные симптомы:

- боли в области сустава, усиливающиеся ночью
- движения в суставе ограничены в

различном объеме

- пальпация в области сустава болезненная
- может отмечаться атрофия тканей в области сустава при длительном анамнезе заболевания.

Лечение:

- НПВС, глюкокортикоиды (инъекции в параартикулярную область)
- ЛФК, физиотерапия
- ограничение движения в суставе на время лечения.

ПИЕЛОНЕФРИТ

Неспецифическое инфекционное заболевание почек с поражением патологическим процессом чашечно-лоханочной системы и интерстициальной ткани. Различают: острое заболевание, хроническое (с периодическими обострениями) заболевание.

Основные симптомы:

- острый пиелонефрит: повышение температуры тела до 38-40°C, озноб, выраженная потливость
- выраженные тупые, ноющие боли

в поясничной области, в брюшной полости (соответствующей поражению почки половине области), положительный симптом Пастернацкого

- дизурия, полиурия, олигурия
- возможна артериальная гипертензия
- хронический пиелонефрит: протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия, незначительные преходящие боли в поясничной области, слабоположительный симптом Пастернацкого

- результаты лабораторного исследования мочи: моча мутная, лейкоцитурия, протеинурия, микрогематурия

- общий анализ крови: ускоренная СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Способы диагностики:

- характерный анамнез
- исследование мочи, крови
- УЗИ.

Лечение:

- антибактериальная терапия
- диуретики при олигурии
- в/в введение растворов (5% глю

коза, физраствор и др.) при полиурии

- антигипертензивные средства
- иммуннокорректирующая терапия
- диета
- хирургическое лечение: показания к операции, вид и объем оперативного вмешательства определяет хирург- уролог.

ПЛЕВРИТЫ

Воспалительное/реактивное заболевание плевральной полости, с наличием или без жидкости в полости.

Воспалительные заболевания развиваются вследствие бактериальной инфекции.

Реактивные плевриты развиваются как осложнение других заболеваний (туберкулез, опухоли, травмы).

Различаются плевриты сухие и экссудативные; экссудативные плевриты: серозный, геморрагический, гнойный, гнилостный.

Основные симптомы:

- боли в грудной клетке при дыха

нии при сухом плеврите, уменьшающиеся при экссудативном плеврите

- сухой кашель, особенно при сухом плеврите

- одышка

- ослабление голосового дрожания при плевральном выпоте

- укорочение перкуторного звука, до тупости, при плевральном выпоте

- шум трения плевры при сухом плеврите

- ослабление дыхания, вплоть до исчезновения дыхания при выпотном плеврите

- пальпация межреберных промежутков болезненная

- больной лежит на боку - стороне поражения плевры.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование

- УЗИ, КТ

- посев содержимого плевральной полости на определение микрофлоры и ее чувствительность к антибактериальным препаратам

- цитологическое исследование

плеврального содержимого.

Лечение:

- выявление основного заболевания
- антибактериальная терапия
- симптоматическая терапия
- пункции плевральной полости с аспирацией содержимого
- дренирование по Бюлау плевральной полости
- торакоскопия (диагностическая, лечебная).

ПЛОСКОСТОПИЕ

Деформация стопы - снижение высоты поперечного и/или продольного свода; врожденное, приобретенное.

Основные симптомы:

- боли в костях и мышцах стопы и голени при ходьбе; боли часто появляются и в бедре и тазобедренных суставах.

Лечение:

- при незначительном плоскостопии - ЛФК, вкладки-супинаторы в обувь, специальная ортопедическая обувь
- при выраженном плоскостопии - операция сложного реконструктивно-пластического характера.

ПНЕВМОТОРАКС

Наличие воздуха в плевральной полости.

Различаются: травматический, спонтанный, искусственный.

Закрытый, открытый, клапанный (напряженный) пневмоторакс.

Основные симптомы:

- боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании
 - кашель
 - подкожная эмфизема
 - при перкуссии тимпанический звук
- при аускультации ослабление или отсутствие дыхания
 - одышка, бледность, синюшность кожных покровов
 - нарушения гемодинамики: учащение пульса, снижение артериального давления
 - смещения органов средостения (особенно влево при правостороннем пневмотораксе).

Лечение:

- стационарное (в хирургическом

- пункция плевральной полости с аспирацией воздуха
- дренирование плевральной полости по Бюлау
- хирургическое лечение: вид и объем оперативного лечения определяется хирургом.

ПОЛИКИСТОЗ ЯИЧНИКОВ

Поражение яичников мелкими кистами, хроническая олигоовуляция/ановуляция, часто бесплодие, выкидыши.

Основные симптомы:

- нарушения менструального цикла
- редкая беременность, выкидыши
- увеличение размеров яичников
- гирсутизм
- ожирение.

Способы диагностики:

- УЗИ яичников.

Лечение:

- гормональная терапия
- необходимо наблюдение гинеколога.

ПОЛИП ШЕЙКИ МАТКИ

Наличие объемного образования на ножке, выпадающее из просвета шейки.

Основные симптомы:

- незначительные межменструальные кровотечения из влагалища.

Лечение:

- удаление полипа (возможно амбулаторно)
- обязательно морфологическое исследование удаленного полипа.

ПОЛЛИНОЗ

Атопическое заболевание сезонного характера с поражением дыхательных путей, кожи, слизистых оболочек. Этиологические факторы: пыльца растений, загрязненность воздуха, пищевые продукты.

Основные симптомы:

- наиболее часто поражается слизистая оболочка глаз и верхних дыхательных путей (слезотечение, насморк, чихание, зуд в носоглотке, кашель)
- дерматиты
- бронхоспазм

- поражение нервной системы (головные боли, синдром Меньера, быстрая общая утомляемость)

- повышение температуры тела.

Лечение:

- исключение аллергического фактора
- антигистаминные лекарственные средства (препараты 2 и 3 поколений)

- специфическая иммунотерапия (обязательно определение аллергена, проводится вне приступа заболевания)

- глюкокортикоидные препараты.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты — прикрепление плаценты в нижнем полюсе матки и/или частичным, полным перекрытием внутреннего зева.

Различают:

- полное предлежание плаценты - полное перекрытие внутреннего зева

- боковое предлежание плаценты - плацента на 2/3 перекрывает внутренний зев

- краевое предлежание плаценты - плацента на 1/3 перекрывает внутренний зев

- низкое расположение плаценты - плацента расположена в нижнем сегменте матки, нижний ее край не доходит до внутреннего зева на 2-3 см.

Основные симптомы:

- внезапное влагалищное кровотечение, чаще в 3 триместре беременности, что связано с разрывом плаценты вследствие растяжения стенок матки

- УЗИ матки с 95% достоверностью указывает на предлежание плаценты

- необходимо воздержаться от влагалищного исследования, так как оно может привести к усилению кровотечения.

Необходима срочная госпитализация в гинекологическое отделение. Объем операции (Кесарево сечение, амниотомия, наложение щипцов) определяется хирургом-гинекологом.

ПРОСТАТИТ

Простатит - воспаление предстательной железы.

Основные симптомы:

- острый простатит: повышение температуры тела до 38-40°C, ознобы
- сильные боли в промежности
- болезненное, учащенное мочеиспускание
- затрудненное мочеиспускание, задержка мочи
- простата увеличена
- хронический простатит: может протекать бессимптомно
- боли незначительные, в промежности, мошонке, половом члене
- учащение мочеиспускания, никтурия.

Способы диагностики:

- пальцевое исследование простаты (при остром простатите железа увеличена, резко болезненная; при хроническом - тестовая консистенция, болезненная)
- УЗИ, КТ - увеличение простаты, определение ее структуры.

Лечение:

- госпитализация при остром простатите: антибактериальная терапия, при абсцессе - хирургическое лечение
- при хроническом простатите - антибактериальная терапия (циклы в течение 3 месяцев), физиотерапия.

ПСОРИАЗ

Псориаз - хронический, рецидивирующий дерматоз. Поражение представляет мономорфную сыпь - папулы диаметром от 8-12 мм до 30 мм, розовато-красноватого цвета, покрытые серебристобеловатыми мелкими чешуйками; папулы имеют тенденцию к слиянию; цвет папул иногда бледнеет, иногда усиливается. Псориаз наиболее часто поражает разгибательную поверхность локтевых и коленных суставов, но могут быть поражены и большие участки кожи.

Основные симптомы:

- различают следующие разновидности: обычный, экссудативный, артропатический, пустулезный, эритродермия
- основной элемент псориаза -

бляшки розовато-красного цвета, покрытые легко счистываемыми чешуйками, при соскабливании чешуек образуются точечные кровоизлияния

- бляшки могут быть покрыты экссудатом, сероватыми корками, гнойничками
- поражение мелких суставов кистей и стоп, могут быть поражены и крупные суставы
- возможны симптомы интоксикации.

Лечение:

- глюкокортикоидные средства
- фотосенсибилизирующие средства: бероксан, аммифурин, псорален, псоберан, фогем
- препараты кальция
- цитостатики: метотрексат, циклоспорин.

РАК ВЛАГАЛИЩА

Рак влагалища - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки влагалища.

Основные симптомы:

- кровянистые скудные отделяемые
- ощущение дискомфорта
- боли постоянные
- позднее симптоматика определяется вовлечением в патологический процесс соседних тканей
- при осмотре - наличие разрастающейся ткани на слизистой оболочке, опухолевидные новообразования различных размеров
- КТ определяет распространение процесса
- необходима биопсия.

Лечение:

- при подозрении на онкологическое поражение, установление наличия опухолевидного новообразования необходимо срочное направление на обследование и лечение в онкологическое учреждение.

РАК ВУЛЬВЫ

Рак вульвы - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток наружных женских половых органов.

Основные симптомы:

- при раке in situ ощущение зуда, незначительных болей неопределенного характера
- опухлевидное новообразование различных размеров выявляется при наружном осмотре.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухлевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК ГОРТАНИ

Рак гортани - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки гортани.

Основные симптомы:

- охриплость голоса
- кашель, кровохарканье
- ощущение инородного тела в гортани

- одышка
- дисфагия, изменение формы шеи, болезненность при пальпации, увеличенные подчелюстные и шейные лимфоузлы - при поздней стадии заболевания
- необходима ларингоскопия и биопсия.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК ЖЕЛУДКА

Рак желудка - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка.

Основные симптомы:

- общая слабость, быстрая утомляемость
- отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище
- похудение
- тошнота
- боли в эпигастральной области, тупые, ноющие, постоянные

- рвота, возможна примесь крови
- особое внимание необходимо обратить на наличие в анамнезе атрофического гастрита, язвы желудка.

Необходима ФГДС, биопсия, при которых возможно установление диагноза практически в 100% случаев, КТ - для выявления метастазов.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК КОЖИ

Рак кожи - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток кожных покровов.

Основные симптомы:

- появление на коже небольшого ограниченного узелка, поверхность гладкая, цвет розовый, красный, темнокоричневый, при пальпации плотный
- по мере роста новообразование в центре изъязвляется, покрывается корочкой

- опухоль по краям может быть жемчужного цвета

- метастазирование редко.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК ЛЕГКОГО

Рак легкого - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки трахео-бронхиального дерева. Различают: плоско-аденокарциномы, низкодифференцированные формы рака.

Основные симптомы:

- постоянный кашель
- повышение температуры тела
- одышка
- боли неопределенного характера в грудной клетке
 - кровохарканье
 - плевральный выпот
 - заболевание может протекать бессимптомно и опухоль легкого выявляет

ся при профилактическом рентгенологическом исследовании

- метастазирование чаще всего в печень, кости.

Для установления диагноза необходимо рентгенологическое исследование, КТ, фибробронхоэндоскопия, биопсия опухоли.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клинические формы рака:

Узловая форма - плотное, округлое, бугристое, малоподвижное новообразование четко определяется при пальпации, кожа может быть спаяна с опухолью, расположение узла около соска может привести к его деформации, смещению.

Отечно-инфильтративная форма - опухоль быстро растет, распространяется по тканям всей железы, окружающую

жировую ткань, мышцы грудной стенки, кожа рано спаивается с опухолью, сосок и ареола деформируются и тоже спаиваются с опухолью. При пальпации опухоли определяется тестоватая консистенция, без четких границ, пальпируются более плотные участки, рано определяются метастазы в периферические лимфоузлы.

Маститоподобная форма - опухолевое поражение напоминает мастит.

Рожистоподобная форма - опухоль сопровождается рожеподобными изменениями кожи грудной железы.

Оккультная форма - проявлениями опухоли является лимфаденит подмышечных узлов, что напоминает обычный лимфаденит. Длительное течение такого лимфаденита, до 2-3 недель, требует специального исследования грудной железы (УЗИ, маммография, КТ, МРТ) для возможного выявления первичной злокачественной опухоли.

Болезнь Педжета - опухоль млечного протока, с прорастанием соска и ареолы молочной железы: кожа гиперемирова-

на, шелушится, из соска выделения; новообразование пальпируется в поздних стадиях.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рак мочевого пузыря - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки мочевого пузыря.

Основные симптомы:

- гематурия - первое проявление рака
- дизурия
- пиурия (при присоединении инфекции)
- боли практически отсутствуют
- в поздних стадиях — метастазы в кости, легкие.

Способы диагностики:

- самым информативным методом является уретроцистоскопия с биопсией опухолевидного образования

- цитологическое исследование мочи
- УЗИ, КТ, МРТ
- экскреторная урография.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ

Рак нижней губы - злокачественная опухоль их эпителия красной каймы губ и переходной границы каймы в кожу лица.

Основные симптомы:

- наличие плотноватого узелка на нижней губе размером до 8-10 мм, возвышающегося над поверхностью губы
- поверхность узелка красновато-сероватого цвета
- поверхность узелка может быть изъязвлена, покрыта трудноотделяемой корочкой
- лимфоузлы подчелюстные могут быть увеличены.

Способы диагностики:

- характерные основные симптомы
- биопсия
- пальпация подчелюстных лимфоузлов.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Рак толстого кишечника - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки толстого кишечника.

Основные симптомы:

- рак правых отделов толстого кишечника: незначительные неопределенного характера боли, непостоянные/постоянные
 - медленно развивающаяся анемия вследствие малой кровопотери
 - возможно определение опухолевидного образования при пальпации
 - рак левых отделов толстого ки

щечника и прямой кишки - возможны запоры разной степени выраженности

- боли в левой половине брюшной полости

- развитие кишечной непроходимости
- примесь крови в стуле
- метастазирование в печень, кости, легкие.

Способы диагностики:

- ирригоскопия
- ректороманоскопия с биопсией опухоли

- фиброэндоскопическая биопсия опухоли.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК ПИЩЕВОДА

Рак пищевода — злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки пищевода.

Основные симптомы:

дисфагия - затрудненное глотание твердой, затем полутвердой пищи; может внезапно наступить значительное облегчение глотания такой пищи, что свидетельствует о распаде опухоли

боли при глотании за грудиной

• боли за грудиной свидетельствуют о поражении опухолью парапищеводных тканей

- быстрое похудение
- выраженная общая слабость.

Способы диагностики:

• рентгенологическое исследование пищевода с контрастом (жидким, полужидким)

фиброэзофагоскопия с биопсией КТ органов грудной клетки.

Лечение:

• при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Основные симптомы:

- дизурия
задержка или недержание мочи
- гематурия
- поллакиурия
- никтурия
- возможны незначительные боли в области малого таза
- при метастазах в кости возможны боли в очаге поражения.

Способы диагностики:

- пальцевое исследование железы через прямую кишку
 - УЗИ простаты
 - биопсия простаты под контролем УЗИ, КТ
 - исследование крови на простат-специфический антиген
- УЗИ, КТ, МРТ малого таза, органов брюшной полости.

Лечение:

- при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки - злокачественная опухоль из эпителиальных клеток слизистой оболочки шейки матки.

Основные симптомы:

- периодические влагалищные кровотечения, спонтанные
- влагалищные кровотечения после полового сношения
- при значительном инвазивном росте - увеличение размеров шейки.

Способы диагностики:

- кольпоскопия, биопсия; УЗИ, рентгенологическое исследование, КТ, МРТ производятся для выявления метастазов.

Лечение:

при подозрении или установлении опухолевидного новообразования необходимо срочное направление в онкологическое учреждение.

РАСШИРЕНИЕ ВЕН ВАРИКОЗНОЕ

Варикозное расширение вен — необратимое расширение и удлинение вен вследствие патологических изменений

их стенки и недостаточности клапанного аппарата. Наиболее часто поражаются поверхностные вены системы большой подкожной вены.

Основные симптомы:

- стадия компенсации - вены голени незначительно извиты, варикозное расширение также незначительное

- стадия субкомпенсации - варикозное расширение вен, пастозность, незначительные отеки стопы и голени, пигментации кожи, беспокоят боли в мышцах голени, преходящие судорожные сокращения мышц голени, индурация подкожной жировой клетчатки, возможно образование язвы в области лодыжек

стадия декомпенсации - постоянные значительные отеки стопы, голени, резкое расширение вен, образование значительных по размеру варикозных узлов, экзема, рожа, трофические незаживающие язвы, тромбофлебит, кровотечения из язв, острые боли в нижней конечности.

Способы диагностики:

- осмотр

УЗИ - наиболее эффективный метод диагностики - определяются кровоток по поверхностным и глубоким венам, состояние клапанов вен.

Лечение:

- хирургическое
- консервативная терапия возможна при наличии противопоказаний к хирургическому лечению или несогласии пациента на операцию
- склерозирующая терапия возможна при ограниченном незначительном варикозном расширении вен
- хирургическое лечение необходимо производить в ангиохирургических отделениях, где возможно исследование в полном объеме и квалифицированно будет определен способ оперативного вмешательства.

РАХИТ

Заболевание детского возраста, характеризуется недостаточным поступлением и/или усвоением кальция фосфатов в развивающийся организм.

Основные симптомы:

- начальный период заболевания: заболевание начинается на 2-3 месяце жизни, длительность до 3 месяцев; размягчение краев затылочной кости, уплощение затылка, размягчение краев большого родничка, утолщение ребер в месте перехода хряща в ребро, незначительный остеопороз костей запястья
- период разгара заболевания; симптомы начального периода нарастают, размягчение затылочной кости, «грудь сапожника» - образование вдавления в нижней трети грудины и ребер, «куриная грудь» - взбухание грудины с ребрами, варусная и вальгусная деформация костей голени, сужение таза, выраженное разрастание лобных и теменных бугров, ребер в месте перехода хряща в ребра, костные утолщения в запястьях и фаланг пальцев кисти, неправильное прорезывание зубов
- период реконвалесценции заболевания - восстановление костной системы, не полное, остаются довольно выраженные изменения.

Лечение:

- продолжение естественного вскармливания
- ранний прикорм (рыбий жир, икра, яичный желток, печень, мясо, сливочное масло)
- эргокальциферол, препараты кальция, калия, магния
- витамины, микроэлементы
- УФО
- длительные прогулки на свежем воздухе, в загородных зонах.

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ

Рвота беременных наблюдается преимущественно в первой половине беременности, заключается в появлении отвращения к пище.

Основные симптомы (тяжесть заболевания):

- легкая степень - рвота 3-4 раза в день, общее состояние удовлетворительное
- средняя степень - 8-10 раз в день, обезвоживание, незначительное похудение, кожа сухая, диурез снижен, пульс

100-120 ударов в минуту, температура низкая субфебрильная

- тяжелая степень - рвота очень частая, может быть практически непрекращающаяся, резкое обезвоживание, кожа сухая, тонус ее резко снижен, быстрое похудение, иктеричность кожи и слизистых оболочек, диурез практически отсутствует, запах ацетона при дыхании, потеря сознания до комы, возможен летальный исход.

Лечение:

- диета (исключаются острые продукты, пряности, жиры)
- коррекция обезвоживания, ацидоза, потери электролитов
- антигистаминные препараты
- производные фенотиазина (седативные средства)
- хирургическое лечение - прерывание беременности (по жизненным показаниям).

ТОНЗИЛЛИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Тонзиллит хронический - инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся местными патологическими изменениями миндалин и окружающих тканей.

Клинически различают компенсированную (поражение только миндалин) и декомпенсированную (поражение местных и отдаленных органов) формы.

Основные симптомы:

- гиперемия, валикообразное утолщение небных дужек
- рыхлые или рубцово-измененные миндалины, спайки между миндалинами и дужками
- гнойные пробки в лакунах миндалин
- регионарный лимфаденит.

Лечение:

- консервативное: антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды
- местное лечение - полоскания, промывание лакун антисептическими растворами

- гипосенсибилизирующие средства
- иммунокоррекция
- хирургическое лечение при отсутствии эффекта консервативной терапии.

ТРИХОМОНИАЗ

Инфекционное заболевание, проявляющееся поражением мочеполовой системы, передающееся половым путем.

Классификация: острый, подострый (длительность до 2 месяцев), хронический (давность заболевания более 2 месяцев); трихомонадоносительство (признаки воспаления отсутствуют).

Основные симптомы:

- женщины: вагинит острый/подострый, уретрит, цистит, выделения желто-зеленоватые из половых путей, пенистые, неприятный запах, зуд, жжение, дизурия; при влагалищном исследовании определяется гиперемия, возможны точечные кровоизлияния, эрозии

- мужчины: симптомы уретрита, простатита.

Лечение:

- туалет половых органов

- метронидазол, орнидазол, тинидазол
- клотримазол
- влагалищные спринцевания физиологическим раствором.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Воспалительное заболевание глубоких вен, заключающееся в образовании тромба и воспалении стенки вены. Наиболее часто поражаются вены нижних конечностей.

Основные симптомы:

- ощущение тяжести, распирающие боли в нижних конечностях, отеки стопы, голени, бедра
- повышение температуры тела
- кожа глянцевая
- конечность холодная наощупь
- пальпация конечности болезненная
- болезненность более выражена при пальпации внутренней поверхности стопы, голени, бедра
- УЗИ определяет локализацию, размер тромба.

Лечение:

- стационарное лечение
- компрессия конечности эластичным бинтом
- антибактериальная терапия
- антикоагулянтная терапия (контроль свертывающей системы крови)
- антиагрегантные средства.

ТРОМБОФЛЕБИТ ПОВЕРХНОСТНЫЙ

Воспалительное заболевание поверхностных вен, заключающееся в образовании тромба и воспаления стенки вены. Наиболее часто поражаются вены нижних конечностей.

Основные симптомы:

- боли в участках поражения
- возможно повышение температуры тела
- по ходу пораженной вены при пальпации определяется инфильтрат, болезненность
- гиперемия кожи над участком поражения.

Лечение:

- местно: гепариновая мазь, гинкор-гель, троксевазин
- НПВС
- при варикозном расширении вен показано оперативное лечение.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза.

Классификация:

Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.

Туберкулез легких:

- первичный туберкулезный комплекс
- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
 - диссеминированный туберкулез
 - милиарный туберкулез
 - очаговый туберкулез
 - инфильтративный туберкулез
 - казеозная пневмония
 - туберкулома
 - кавернозный туберкулез
 - фиброзно-кавернозный туберкулез

- цирротический туберкулез
- туберкулезный плеврит (в т.ч. эмпиема)
 - туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей
 - туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (конiotуберкулез)

Туберкулез других органов:

- туберкулез мозговых оболочек и ЦНС
 - туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов
 - туберкулез костей и суставов
 - туберкулез мочевых, половых органов
 - туберкулез органов кожи и подкожной клетчатки
 - туберкулез периферических лимфатических узлов
 - туберкулез глаза
 - туберкулез прочих органов

Примечание к классификации. Классификация предусматривает указания в диагнозе локализации протяженности

процесса (в легких по долям и сегментам, в других органах - по локализации поражения), фазы процесса (инфильтрации, распада, обсеменения либо рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления), а также наличия или отсутствия *M.tuberculosis* в материале - БК(+) или БК(-).

Диагностика туберкулеза складывается из симптомов общего характера, присущих интоксикационному синдрому, и симптомов поражения конкретного органа; из результатов туберкулиновой диагностики; из результатов бактериоскопии и бактериологических исследований физиологических жидкостей и тканей; из результатов рентгенологических исследований.

При подозрении на заболеваемость туберкулезом или установлении диагноза в условиях ММК необходимо срочное направление больного на стационарное обследование и лечение в противотуберкулезное учреждение.

УГРИ

Угри - хроническое заболевание но**, характе-ризирующееся гнойно-воспалительным поражением сальной желе г, и волосяного мешочка. Заболевание поражает подростков и юношей в период полового созревания и заканчивается к 20-25 годам. Заболевание помимо морфологического субстрата характеризуется наличием тяжелого нервно-психического состояния.

Основные симптомы:

- угри представляют собой округлые, несколько выступающие над кожей высыпания, красноватого цвета, плотные, практически всегда воспаленные, могут быть гнойные пузырьки с гноевидной жидкостью
- отдельные угри имеют тенденцию к слиянию, гнойному расплавлению, довольно значительную воспалительную инфильтрацию кожи и подкожной клетчатки (абсцессы).

Лечение:

- лечение заболевания длительное (месяцы и годы); после успешного лечения часты рецидивы

- лекарственная терапия: антибактериальные средства: доксицилин гидрохлорид, тетрацилин и эритромицин (мази), азитромицин, ко-тримоксазол и его аналоги, клиндамицин (крем, гель), фузидиева кислота (местно), бензоила пероксид, цинка сульфат, метронидазол (местно), сульфадекортэм, левамизол, диане-35, димексид, другие косметические мази, кремы, гели, выпускаемые для лечения угрей.

ФАРИНГИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хронический фарингит - хроническое воспаление глотки.

Различают: катаральный, гипертрофический, атрофический фарингит.

Основные симптомы:

- жалобы на сухость, першение, «царапание», кашель
- наличие густого вязкого секрета, отхождение при кашле единичными плевками
- дискомфорт в глотке при приеме пищи

- при фарингоскопии гиперемия, незначительная отечность слизистой оболочки (катаральный фарингит); слизистая оболочка гиперемирована, утолщена, рыхловатая, на задней стенке глотки слизь (гипертрофический фарингит); истонченная, сухая, блестящая слизистая оболочка, на которой могут быть вязкая слизь, корочки (атрофический фарингит).

Лечение:

- ингаляция щелочных, масляных растворов
- полоскание
- физиотерапия.

ФИБРОМИОМА МАТКИ

Фибромиома матки - доброкачественная опухоль из гладкомышечных волокон и соединительной ткани, с четкими границами, одиночная, множественная, различных размеров, гормонально-зависимая.

Различают: интрамуральная фиброма - расположение внутримышечное; субмукозная фиброма - расположена также

внутримышечно, но прилегает к эндометрию; субсерозная фиброма - расположена внутримышечно, но прилегает к серозной оболочке матки.

Основные симптомы:

- патологические менструальные кровотечения (гиперменорея)
- боли в малом тазу могут быть при перекруте ножки фибромиомы, ее некрозе, некрозе эндометрия над фибромиомой
-

при больших фибромиомах могут давить

Способы диагностики:

-
- альпация передней брюшной стенки

- УЗИ
- КТ, МРТ.

Лечение:

-

консервативное лечение: назначают препараты, подавляющие секрецию

ния: остеопороз в анамнезе)

- хирургическое лечение проводится при обильных кровотечениях, угрожающих здоровью (развитие анемии) и жизни больной; при больших, осложненных фибромиомах; вид и объем оперативного вмешательства определяет хирург-гинеколог.

ХОЛЕЦИСТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хронический холецистит - хроническое, часто рецидивирующее, воспалительное заболевание желчного пузыря, обусловленное, как правило, наличием камней в его полости.

Основные симптомы:

- анамнез заболевания, погрешности в питании (алкоголь, острые блюда, переизбыток)

- незначительные боли тупого, давящего характера в эпигастральной области и правом подреберье, не постоянные.

Лечение;

- диета
- при невыраженном обострении;

антибактериальная терапия, спазмолитики
общего миотропного действия

- хирургическое лечение - удаление желчного пузыря производить вне обострения заболевания (лапароскопическая холецистэктомия, лапаротомия и холецистэктомия).

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени - диффузный фиброз печени.

Основные симптомы:

- постоянные тупые боли, слабой интенсивности, в правом подреберье
- анемия
- при пальпации определяется незначительное увеличение печени, ткань печени плотная, край заострен
- субиктеричность, иктеричность кожи, склер
- телеангиэктазии (на лице, подреберной области)
- портальная гипертензия: увеличение селезенки, варикозное расширение вен пищевода, кровотечения из пищевода (возможны до летального исхода)

- асцит.

Лабораторные исследования:

- анемия, тромбоцитопения, лейкопения (при гиперспленизме)
- повышение концентрации билирубина, у-глобулина, гипоальбуминемия.

Лечение:

- симптоматическое
- диета (обязательно исключение алкоголя, острых блюд)
- консервативное лечение практически не дает эффекта
- хирургическое лечение - трансплантация печени производится до появления симптомов декомпенсации.

ЦИСТИТ

Цистит - воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря.

Основные симптомы:

- дизурия (частые, сильные позывы к мочеиспусканию, рези при мочеиспускании)
- никтурия
- общий анализ мочи: бактериурия, лейкоцитурия, эритроцитурия (не обязательно), белок, эпителиальные клетки.

Лечение:

- антибактериальная терапия: антибиотики, фторхинолоны, производные нитрофурана
- спазмолитики общего миотропного действия при спастических болях
- диета.

ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКОГО

Эхинококкоз легкого - глистная инвазия с развитием эхинококковых кист легкого.

Основные симптомы:

- при небольших (до 5-6 см в диаметре) кистах симптоматика отсутствует
- при больших по размеру и множественных кистах возможны тупые боли в грудной клетке, одышка
- кровохарканье появляется при отслойке хитиновой оболочки от фиброзной (измененной легочной ткани легкого) капсулы
- нагноение эхинококковой кисты дает симптоматику абсцесса легкого
- прорыв эхинококковой кисты в бронхиальное дерево сопровождается

сильным кашлем с отделением водянистой жидкости солоноватого вкуса, возможна тяжелая аллергическая реакция.

Способы диагностики:

- рентгенологическое исследование легких.

Лечение:

- хирургическое: торакотомия, удаление содержимого кисты, хитиновой оболочки, капитонаж легочной ткани.

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ

Эхинококкоз печени - глистная инвазия с развитием эхинококковых кист в печени.

- часто протекает бессимптомно (небольшие кисты, нет сдавления желчевыводящих путей)
- тупые боли в правом подреберье
- увеличение печени при больших кистах, болезненность
- возможна иктеричность кожи и склер
- прорыв кисты в брюшную полость сопровождается симптоматикой острого живота, возможна тяжелая ал

аллергическая реакция

- прорыв кисты в толстый кишечник, в желчные пути.

Способы диагностики:

- УЗИ, КТ, МРТ печени, брюшной

полости.

Лечение:

- хирургическое — лапаротомия, удаление кисты, дренаж фиброзной капсулы через брюшную стенку.

ЯЧМЕНЬ

Ячмень — острое/хроническое воспалительное заболевание волосяного фолликула ресницы (наружный ячмень), мейбомиевой железы (внутренний ячмень).

Основные симптомы:

- гиперемия края века
- зуд в краях века
- гнойный налет на краях века ^
- раздражение склеры, слизистой

оболочки

- боли.

Лечение:

- глазные капли (сульфацетамид,

гентамицин, ципрофлоксацин и др.)

- глазные мази (эритромицином тетрациклиновая)
- хирургическое лечение - при локализации в одной железе и образовании фиброзного очага.

**МАТЕРИАЛЫ К РАБОТЕ
В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ
СИТУАЦИЙ
(ПРИРОДНЫЕ, ТЕХНОГЕННЫЕ,
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
КАТАСТРОФЫ)**

При чрезвычайных ситуациях в мобильном медицинском комплексе проводят следующие лечебно-профилактические мероприятия:

- остановку продолжающегося наружного кровотечения посредством прошивания сосуда в ране вместе с мягкими тканями или наложения зажима, кровоостанавливающего жгута, давящей повязки, тугой тампонады раны; контроль за правильностью ранее наложенного жгута
- устранение асфиксии путем трахе-

остомии, прошивания языка, иммобилизации отломков челюстей, обеспечение полной проходимости верхних дыхательных путей

- наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе (при эвакуации необходимо контролировать возможное развитие напряженного пневмоторакса), пункция плевральной полости или торакоцентез при напряженном пневмотораксе

- закрытый массаж сердца и искусственную вентиляцию легких методом «рот в рот» (или с помощью аппаратов для ИВЛ) при остановке сердечной деятельности и дыхания

- новокаиновые блокады и транспортную иммобилизацию при ранениях и переломах костей конечностей, осложненных шоком; введение обезболивающих, сердечных средств и протившоковых растворов (при шоке)

- переливание крови и кровезаменителей при тяжелом шоке, значительном обескровливании при условии временной остановки кровотечения

- катетеризацию или капиллярную пункцию мочевого пузыря при задержке мочеиспускания
 - отсечение конечности, висящей на лоскуте («транспортная ампутация»)
 - введение раненым и обожженным антибиотиков и столбнячного анатоксина
 - устранение недостатков первой медицинской и доврачебной помощи (исправление повязок, улучшение транспортной иммобилизации у раненных в конечности при отсутствии признаков шока)
 - введение обезболивающих средств, противошоковых растворов и проведение новокаиновых блокад при повреждениях средней тяжести
 - введение антибиотиков и столбнячного анатоксина при открытых травмах и ожогах
 - смена повязок при загрязнении ран радиоактивными веществами, наложение контурных повязок при ожогах
 - назначение различных симптоматических средств.

Цель проведения противошоковых мероприятий на этапе первой врачебной помощи - обеспечение возможности эвакуации раненых в лечебно-профилактические организации. Полное выведение из состояния шока в задачу первичной врачебной помощи не входит. Снятие шин и наложение новых производится только тогда, когда без этого нельзя исправить иммобилизирующую повязку, а также в тех случаях, когда недостатки транспортной иммобилизации угрожают развитием шока.

^

Алгоритм сердечно-легочной реанимации:

А. Обеспечение проходимости дыхательных путей

- очистить полость рта от инородных тел
 - запрокинуть голову
 - открыть рот
 - выдвинуть вперед нижнюю челюсть

Восстановление проходимости дыхательных путей с помощью воздуховода (трубки дыхательной ТД-1.02 или трубки S-образной).

Внимание! Без обеспечения надежной проходимости дыхательных путей переходить к следующему этапу реанимации нельзя.

В. Искусственное дыхание:

- «рот в рот»и - 15 вдуваний в минуту
- «рот в нос» - 15 вдуваний в минуту
- аппаратная искусственная вентиляция легких.

Внимание! Не только вдувать воздух в пострадавшего, но и контролировать попадание его в легкие.

С. Искусственное поддержание кровообращения:

- ехника закрытого массажа сердца - 60 толчков в минуту.

Внимание! Массаж сердца проводить ритмично, щадящим способом.

Последовательность реанимации одним человеком:

- свободить дыхательные пути пострадавшего
- сделать 2 вдувания в легкие
- проводить последовательно массаж сердца и искусственное дыхание.

Последовательность реанимации двумя сотрудниками:

- освободить дыхательные пути пострадавшего
- сделать 2 вдувания в легкие
- проводить одновременно массаж сердца и искусственное дыхание.

Техника придания «Устойчивого бокового положения»:

- 1 - согнуть правую ногу
- 2 - подвести правую руку под туловище
- 3 - повернуть пострадавшего на правый бок
- 4 - подложить левую руку под лицо.

При синдроме длительного сдавления:

- при обнаружении пораженного наложить жгут выше места сдавления и освободить его от сдавления; сразу после извлечения из-под завала начинать внутривенное введение 5% раствора глюкозы или 0,9% натрия хлорида, ввести обезболивающие, транспортная иммобилизация.

При поступлении в мобильный медицинский комплекс производится катетеризация мочевого пузыря с оценкой цвета и количества мочи, налаживается контроль диуреза. Внутривенно вводят 1000-1500 мл кровезаменителей, при возможности - 400 мл 4% гидрокарбоната натрия, 10 мл 10% хлорида кальция.

Если на пострадавшую при длительном сдавлении конечность наложен жгут, оценивают ее жизнеспособность. В случае явных признаков гангрены, а также при наличии ишемической мышечной контрактуры с полным отсутствием чувствительности или при сроках наложения жгута более 2,5-3 час - жгут не снимают.

У остальных раненых на фоне инфузионной терапии, введения сердечно-сосудистых и антигистаминных препаратов производится снятие жгута, новокаиновая блокада, транспортная иммобилизация, обеспечивается охлаждение поврежденной конечности (пузыри со льдом). Если позволяет состояние раненого, дается щелочно-солевое питье

(изготавливается из расчета по чайной ложке питьевой соды и поваренной соли на литр воды). Эвакуация осуществляется в первую очередь.

ГЕМОТОРАКС

Гемоторакс - скопление крови (жидкой, свернувшейся) в плевральной полости вследствие различных травм.

Основные симптомы:

- малый гемоторакс - скопление крови в синусах плевральной полости, симптоматика поражения отсутствует
- средний гемоторакс - скопление крови до уровня середины лопатки, отмечаются общая слабость, одышка, цианоз, боли в грудной клетке, падение АД приблизительно до 90-100 мм рт.ст. пульс до 110-120 уд/мин.
- большой гемоторакс - скопление крови в плевральной полости выше уровня середины лопатки
- в общих анализах крови наблюдается разной степени снижение количества эритроцитов и гемоглобина.

Способы диагностики:

- обзорная рентгенография органов грудной клетки: коллапс лёгкого, горизонтальный уровень жидкости, смещение (флотация) средостения в здоровую сторону; пункция плевральной полости кровью; при продолжающемся кровотечении полученная при пункции кровь сворачивается.

Лечение:

- пункция плевральной полости
- дренирование плевральной полости
- торакотомия при продолжающемся кровотечении; показание к экстренной торакотомии: продолжающееся выделение крови после удаления скопившейся крови
 - катетеризация вен и восстановление ОЦК
 - кровоостанавливающая терапия
 - реинфузия крови, излившейся в плевральную полость.

ОЖОГИ

Ожог - повреждение кожи, вызванное воздействием термической, химической, электрической или лучевой энергии.

Классификация:

Используется классификация ожогов по четырем степеням, которая была принята на XXVII Всесоюзном съезде хирургов:

I степень - поверхностный эпидермальный ожог (покраснение и отек кожи, стойкая артериальная гиперемия и воспалительная экссудация)

II степень - ожог верхнего слоя кожи (появляются пузыри, наполненные прозрачной желтоватой жидкостью, под отслоившимися пластами эпидермиса остается базальный его слой)

III А степень - дермальный ожог - поражение собственно кожи, но не на всю ее глубину; чаще поражение ограничивается ростковым слоем эпидермиса на верхушках сосочков, реже наступает омертвление эпителия и поверхности дермы при сохранении более глубоких ее слоев и кожных придатков

III Б степень - распространение ожога на всю толщу кожи с образованием некротического струпа, а иногда и на подкожную клетчатку

IV степень - омертвление не только кожи, но и образований, расположенных глубже собственной фасции - мышц, костей, сухожилий, суставов.

В связи с особенностями лечения ожоги подразделяют на две группы. К первой группе относятся поверхностные ожоги (I, II и III А степени), ко второй группе - ожоги III Б и IV степени.

ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ

Ожоги вызывают комплекс патологических изменений, охватывающих практически все жизненно важные системы.

Патологический процесс, в котором ожоговая рана и обусловленные ею висцеральные изменения находятся во взаимосвязи и взаимодействии, представляет собой ожоговую болезнь. Она развивается в выраженной форме при поверхностных ожогах более 25-30% площади тела или глубоких более 10%.

У маленьких детей и лиц пожилого возраста ожоговая болезнь может развиваться и при менее обширных ожогах (8-10% поверхности тела). Ее тяжесть, частота осложнений и исход зависят в основном от площади глубокого поражения. Существенную роль играет и характер раневого процесса. При влажном некрозе в ожоговой ране, когда нет четкого отграничения погибших и живых тканей и значительная их часть находится в состоянии некробиоза, резорбция токсических веществ особенно велика. При сухом коагуляционном некрозе тяжелое течение ожоговой болезни характерно в основном для пострадавших с глубокими ожогами, превышающими 15% поверхности тела.

Критическим состоянием считают тотальный (100%) ожог I степени и ожог II или IIIА степени более 30% поверхности тела. Опасными для жизни являются также ожоги III Б и IV степени лица, гениталий и промежности, если они превышают 10%, и ожоги конечностей площадью более 15%.

ОЖГОВЫЙ ШОК

Ожоговый шок продолжается от I до 3 суток и сменяется периодом острой токсемии, длящейся до 10-15 дней после травмы. Далее наступает период септикотоксемии, начало которого совпадает по времени и патогенетически связано с началом отторжения омертвевших тканей. Продолжительность этого периода различна и определяется сроком существования ожоговых ран. После их заживления или операции (восстановление кожного покрова) начинается четвертый период ожоговой болезни — реконвалесценция, который определяет обратное развитие типичных для ожоговой болезни нарушений.

Выделяют три степени шока: легкую, тяжелую и крайне тяжелую.

Приведенные в таблице данные позволяют ориентировочно определить тяжесть шока (его клинические проявления).

Лечение ожогового шока в общем сходное с лечением травматического шока, однако, имеет свои особенности. При

У маленьких детей и лиц пожилого возраста ожоговая болезнь может развиваться и при менее обширных ожогах (8-10% поверхности тела). Ее тяжесть, частота осложнений и исход зависят в основном от площади глубокого поражения. Существенную роль играет и характер раневого процесса. При влажном некрозе в ожоговой ране, когда нет четкого отграничения погибших и живых тканей и значительная их часть находится в состоянии некробиоза, резорбция токсических веществ особенно велика. При сухом коагуляционном некрозе тяжелое течение ожоговой болезни характерно в основном для пострадавших с глубокими ожогами, превышающими 15% поверхности тела.

Критическим состоянием считают тотальный (100%) ожог I степени и ожог II или IIIА степени более 30% поверхности тела. Опасными для жизни являются также ожоги III Б и IV степени лица, гениталий и промежности, если они превышают 10%, и ожоги конечностей площадью более 15%.

ОЖОГОВЫЙ ШОК

Ожоговый шок продолжается от I до 3 суток и сменяется периодом острой токсемии, длящейся до 10-15 дней после травмы. Далее наступает период септикотоксемии, начало которого совпадает по времени и патогенетически связано с началом отторжения омертвевших тканей. Продолжительность этого периода различна и определяется сроком существования ожоговых ран. После их заживления или операции (восстановление кожного покрова) начинается четвертый период ожоговой болезни - реконвалесценция, который определяет обратное развитие типичных для ожоговой болезни нарушений.

Выделяют три степени шока: легкую, тяжелую и крайне тяжелую.

Приведенные в таблице данные позволяют ориентировочно определить тяжесть шока (легкого клинические проявления)

Лечение ожогового шока в общем входное с лечение травматического шока, однако, имеет свои особенности. При

Остаточный азот, ммоль/л	Изредка повышается до 30-35	К концу первых суток повышается до 40-45	Превышает 45
Гемоглобинурия	Нет	Иногда кратковременная, в течение первых суток	С первых часов продолжительная; моча черного цвета с большим осадком и запахом гари
Рвота	Редкая	Частая, положительная реакция на скрытую кровь	Повторная, порой неукротимая, цвета «кофейной гущи»
Парез кишечника	Нет	Нет	Возникает с первых часов после ожога
Ацидоз	Нет или компенсированный	Декомпенсированный метаболический	Декомпенсированный метаболический (рН менее 7,35)
Температура тела	Субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Нормальная, чаще пониженная

Лечение ожогового шока в общем сходное с лечением травматического шока, однако, имеет свои особенности. При ожогах наступает интенсивная транссу-

дация плазмы в ткани, что приводит выраженному отеку. Уже в первые часы после обширного ожога количество плазмы в крови уменьшается на 25-33% - кровь сгущается. Из-за уменьшения ОЦК и гемолиза нарастает тканевая гипоксия. Именно по этим причинам необходимы более интенсивная оксигенотерапия и переливание большого количества крови и кровезаменителей. В первые 2-3 ч надо ввести 0,8-1,2 л крови или плазмы, 1,5-2 л изотонического раствора натрия хлорида и до 1 л 5% раствора глюкозы, до 1 л реополиглюкина. Важное значение имеет борьба с болью (введение наркотических препаратов, антигистаминных средств, проведение новокаиновых блокад). На фоне проведения протившоковой терапии больному необходим полный покой, в некоторых случаях даже следует отложить обработку ожоговых ран.

При благоприятном течении ожогового шока ожоговая болезнь постепенно переходит в стадию токсемии.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Помощь пострадавшим от ожогов на догоспитальном этапе является весьма ответственной и нередко трудной задачей. Трудности возрастают при значительном числе одновременно пораженных при пожарах, в авариях и т. п. Извлечение пострадавших из горящих квартир, машин, отключение электрического тока требуют, помимо знаний и практических навыков, смелости и решительности. При массовых поражениях важное значение приобретает организация помощи. Слишком поспешная эвакуация, без оказания неотложной помощи нуждающимся в ней, может быть причиной неблагоприятных исходов. Необходимо сразу выявить тех, кому помощь должна быть оказана в первую очередь, и тех, кому она может быть отсрочена, определить характер помощи и ее объем, очередность эвакуации, медицинское обеспечение транспортировки, наметить лечебное учреждение, куда следует эвакуировать нуждающихся в госпитализации. Возможно раньше должна быть

оказана помощь при угрожающих жизни патологических состояниях (выраженные нарушения жизнедеятельности после электротравмы, тяжелые поражения органов дыхания, отравление токсическими продуктами горения, тепловой коллапс, глубокие ожоги более 20% поверхности тела). На месте происшествия обследование пострадавших должно быть быстрым, но продуктивным и последовательным. При оценке состояния необходимо обратить внимание на поведение и положение пострадавшего. При поверхностных ожогах больных беспокоит сильная боль, они возбуждены, как правило, мечутся, стонут. При обширных ожогах пострадавшие обычно более спокойны, жалуются на жажду и озноб. Если сознание спутанное, следует иметь в виду возможность отравления продуктами горения, прежде всего угарным газом, тяжелого алкогольного или другого отравления или комбинированного механотермического поражения. Причину нарушения сознания надо выяснить как можно быстрее для оказа

ния необходимой неотложной реанимационной помощи.

Важно оценить состояние органов дыхания. При ожогах лица пламенем часто имеются ожоги слизистой оболочки верхних дыхательных путей. При тяжелых поражениях нарушаются глубина и ритм дыхания, иногда развивается острая дыхательная недостаточность с явлениями стеноза гортани. На месте травмы надо ориентировочно оценить площадь и глубину ожоговой раны, чтобы определить объем противошоковой терапии на догоспитальном этапе.

При термических ожогах необходимо прежде всего немедленно прекратить действие высокотемпературного поражающего агента, теплового излучения и удалить пострадавшего из опасной зоны. Если одежду снять не удастся, пламя следует погасить, плотно накрыв горящий участок одеялом, либо заставить пострадавшего лечь на землю или любую поверхность, прижав к ней горящие места. Можно сбить пламя, катаясь по земле, погасить его струей воды, а

если рядом имеется водоем или другая емкость, наполненная водой, погрузить пораженный участок или часть тела в воду. Ни в коем случае не следует бежать з воспламенившейся одежде, сбивать пламя незащищенными руками. Максимальное спокойствие и самообладание, пешительные и рациональные действия как самого пострадавшего, так и лиц, оказывающих первую помощь, способствуют предупреждению поражений или ;.меньшению их тяжести.

После гашения пламени и удаления пострадавшего из опасной зоны необходимо приступить к оказанию первой помощи. Чтобы сократить период гипертермии тканей, а, следовательно, уменьшить глубину поражения, целесообразно охладить участок ожога струей воды, прикладыванием холодных предметов и др. При общем перегревании нужно гасстегнуть или снять одежду (в теплое зремя года), положить на голову лед или холодный компресс. На ожоговую рану накладывают сухие стерильные повязки, предпочтительно ватно-марлевые. При

отсутствии стерильных перевязочных средств можно использовать любую чистую ткань (полотенце, простыню). В крайнем случае обожженный участок на несколько часов можно оставить без повязок. Не следует производить каких-либо манипуляций на ожоговой ране, так как это может усилить боль и ухудшить состояние пострадавшего. При ожогах кистей необходимо как можно раньше снять кольца, которые в дальнейшем из-за развития отека могут привести к сдавлению и ишемии пальцев. Одежду с обожженных областей не снимают, а разрезают по швам и осторожно удаляют. Снимать всю одежду, особенно в холодную погоду, не следует, поскольку пострадавшие с обширными ожогами и без того испытывают ощущение холода. Во всех случаях должны быть введены обезболивающие средства (промедол, пантопон).

При отравлении токсическими продуктами горения и поражении органов дыхания необходимо прежде всего обеспечить доступ свежего воздуха. Важно восстановить и поддерживать проходи

мость дыхательных путей, для чего при ожогах лица и верхних дыхательных путей чаще всего достаточно удалить слизь и рвотные массы из полости рта и глотки, устранить западание языка, раскрыть лот и ввести воздуховод.

Клинические наблюдения показывают, что в первые часы после травмы, как правило, развивается тяжелый отек гортани (стеноз III-IV степени), при котором жизненно необходима трахеостомия, не успевающая развиться. Поэтому при оказании помощи на месте происшествия и при транспортировке производить трахеостомию не рекомендуется.

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН

Лечение ожоговых ран начинают с первичной хирургической обработки, при обширных ожогах ее всегда производят под наркозом. Обработка и дальнейшее лечение зависят от глубины и распространенности ожоговых ран. Так как они бывают сравнительно обширные, необходимо особое внимание уделить профилактике вторичной инфекции, т. е. соблюдать асептику. При ожогах I сте

пени окружность ожоговой поверхности дезинфицируют 70% этиловым спиртом, ожоговую поверхность также обрабатывают марлевыми шариками, смоченными спиртом. Чаще всего использовать повязки с рыбьим жиром или 5% синтомициновой эмульсией; можно наложить сухую стерильную повязку. Ожоги лица лечат открытым способом, их обычно смазывают стерильным маслом. Ожоги I степени заживают примерно в течение недели, не оставляя видимых рубцов.

При первичной хирургической обработке ожогов II и III А степени окружность и сами ожоговые раны дезинфицируют спиртом, орошают ожоговые поверхности раствором фурациллина 1:5000 или другим антисептиком. Небольшие и среднего размера пузыри не вскрывают, более крупные - прокалывают в основании и выпускают из них жидкость.

При глубоких ожогах (III Б степени) оказывается первая врачебная помощь и пострадавший срочно эвакуируется в специализированное учреждение.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

Химические ожоги по глубине поражения также подразделяются на четыре степени.

I степень характеризуется лишь умеренно выраженными воспалительными явлениями, гиперемией и отеком кожи

II степень проявляется гибелью эпидермиса, а иногда и верхних слоев дермы

III степень - происходит омертвление всех слоев кожи, нередко и подкожного жирового слоя

IV степень характеризуется гибелью кожи и глубжележащих тканей.

При химических ожогах необходимо учитывать природу повреждающего агента и различать:

- ожоги веществами, вызывающими коагуляционный некроз (кислоты и вещества, действующие подобно им)
- ожоги веществами, вызывающими колликвационный некроз (щелочи)
- термохимические ожоги, при которых поражение обусловлено агрессивными веществами и высокотемпературным действием.

Обычно наблюдаются химические ожоги кожи. Ожоги слизистых оболочек (ротовой полости, пищевода, желудка) происходят в быту при случайном приеме уксусной кислоты, щелочи, а также при суицидальных попытках. Эффективность первой помощи при химических ожогах тем выше, чем она раньше оказана. Ее цель - как можно раньше прекратить действие попавших на кожу агрессивных веществ. Для этого необходимо быстрое, желательно в первые 10-15 сек, обильное обмывание пораженной поверхности большими количествами проточной воды.

Такую обработку нужно продолжать 10-15 мин. Если помощь оказывают с некоторым запозданием, продолжительность обмывания увеличивают до 30-40 мин. После обильного обмывания водой пораженный участок обрабатывают нейтрализующими растворами:

- при ожогах кислотами: 2% раствором натрия гидрокарбоната, 5% раствором натрия тиосульфата;
- при ожогах щелочами: 1-2% рас

твором уксусной, борной или лимонной кислоты;

- при ожогах фосфором (во время промывания водой частицы дополнительно снимают пинцетом): 5%раство- ром медного купороса (меди сульфата), калия перманганата, 2% раствором, соды;

- капли иприта снимают с кожи ватой; участки обрабатывают хлорамино- вым спиртом (10% раствор хлорамина в ~0% растворе этанола), 0,1-0,2% раствором калия перманганата, сероводородным спиртом.

ОТМОРОЖЕНИЯ

Отморожения - повреждение тканей холодовым агентом (атмосферный воздух, лед, снег).

Классификация:

- 1 степень - кожные покровы бледные
- 2 степень - на коже наблюдаются пу- зыри с серозным экссудатом
- 3 степень - на коже пузыри с геморра- гическим экссудатом, некроз кожи и под- кожной клетчатки, струпы черного цвета

4 степень - некроз всех слоев кожи, мышц, костей, влажная гангрена, флегмона, остеомиелиты.

Лечение:

- пострадавшего помещают в теплое помещение (16-18°C)
- освобождают от одежды пораженные участки кожи
- растирание кожи руками при I степени отморожения, на кожу накладывают стерильные мазевые повязки
- при отморожениях 3-4 степени - повязки, новокаиновая футлярная блокада выше границы отморожения (при поражении конечностей)
- лекарственная терапия: антибактериальные средства, внутриартериальное введение спазмолитиков общего миотропного действия, гепарина, дезагрегантов, внутривенные введения физраствора, 5% раствора глюкозы, реополиглюкина
- хирургическое лечение - вскрытие пузырей, некрэктомия, лечение гнойных ран, ампутация.

ОТРАВЛЕНИЯ

Отравление - патологическое состояние, обусловленное воздействием на организм химических веществ, которые нарушают жизненно важные функции, что создает опасность для жизни.

Аварии на различных химических предприятиях, при транспортных авариях, когда перевозятся химические вещества, заражение продовольствия, несоблюдение мер безопасности на предприятиях, террористические акты, военные действия могут привести к возникновению чрезвычайной ситуации, т.е. массовому отравлению людей.

В зависимости от вида воздействия отравляющих веществ (ОВ) при массовых отравлениях различают:

- поражение кожных покровов пора
- поражение органов дыхания пора
- поражение органов пищеварения п
- поражение нервной системы. пора

Начинать работу в очаге поражения

Основные признаки поражения кожных покровов: гиперемия, гипертермия, цианоз кожи, пузыри, заполненные экссудатом, отслоения эпидермиса.

Основные признаки поражения органов дыхания: дыхательная недостаточность, цианоз кожи, учащенное/редкое дыхание, кашель, аспирационная обтурация дыхательных путей, отек легких.

Основные признаки поражения органов пищеварения: тошнота, рвота (этот симптом характерен и для других отравлений), кишечные колики, поносы, кровь в кале.

Основные симптомы поражения нервной системы: расстройства координации движений, судороги, парезтезии, параличи, гипертермия, головные боли, кома.

Действия ММК по оказанию первой врачебной помощи при массовых отравлениях.

При поражении кожных покровов: освобождение пострадавшего от одежды, обильное обмывание водой пораженных кожных покровов, наложение на пораженные участки кожи стерильных салфеток

ток, введение обезболивающих средств, организация срочной доставки пострадавших в токсикологические отделения (или в любые лечебные учреждения, где в условиях стационарного лечения может быть оказана квалифицированная врачебная помощь).

При поражении органов дыхания: освобождение полости рта, носоглотки от рвотных масс, обтурирующих эти полости, введение воздуховода, вдыхание кислорода, дыхательные аналептики («сульфокамфокаин, кордиамин, беме-грид); госпитализация.

При поражении органов пищеварения: зондовое промывание желудка; госпитализация.

При поражении нервной системы: противосудорожные средства, седативные средства, антидепрессанты, диуретики, преднизолон; госпитализация.

При всех видах отравления лечение I первая помощь в условиях ММК) должна быть направлена на ускорение выведения токсических веществ из организма, на оказание специфической (анти-

дотной терапии), на симптоматическую терапию.

Список отравляющих веществ, вызывающих массовые поражения: угарный газ, фосфоротравляющие средства, БОВ (ви-икс, би-зет, зарин, фосген, дифосген, хлорциан, иприт, люизит, си-эс), оксиды азота, дихлорэтан, альдегиды, анилин, хлорпикрин, аммиак, формальдегид.

АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Различают полные и неполные ампутации; при неполных ампутациях конечность остается связанной с телом каким-то объемом ткани: мышечной, сухожильной. Ампутация, как правило, сопровождается массивной кровопотерей (геморрагический шок) и сильными болями (болевой шок).

Первой задачей оказания помощи является остановка кровотечения — необходимо наложение жгута.

Вторая задача, также основная, является выведение из шока - проводятся противошоковые мероприятия (в/в переливания противошоковой жидкости, крове

замещающих растворов, крови, плазмы; обезболивающие средства, преднизолон).

Введение однократной максимальной дозы антибиотиков, противостолбнячная, противогангренозная сыворотка.

Транспортировка в травматологические отделения, предварительно накладывается асептическая повязка.

ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ

Необходимо различать:

- переломы закрытые
- переломы открытые
- переломы огнестрельные
- переломы со сдавлением мягких тканей
- переломы с повреждением сосудисто-нервного пучка (до полного разрыва артериального сосуда, питающего конечность).

Для диагностики перелома производится рентгенография в двух проекциях поврежденной кости, желательно с захватом на рентгено снимок проксимального и дистального суставов.

Основные симптомы:

- припухлость, деформация в месте перелома
- боли в месте предполагаемого перелома
- резкая болезненность
- патологическая подвижность в месте предполагаемого перелома.

Лечение:

- обезболивание (местное)
- вправление отломков ручное (отломки периферические устанавливают по отношению центрального обломка, различные типы гипсовых, пластмассовых повязок)
- вправление отломков хирургическое
- при открытых переломах - стерильная повязка на рану, введение однократной максимальной дозы антибиотиков, противостолбнячная сыворотка, фиксация конечности шиной, доставка пострадавшего в травматологическое отделение
- при огнестрельных переломах при повреждении артериального сосуда,

с длительным сдавлением мягких тканей - первая врачебная помощь и доставка пострадавшего в травматологическое отделение.

ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ ОБЩЕЕ

Общее переохлаждение развивается вследствие низкой температуры (атмосферный воздух, вода), заключается в угнетении функций центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, дыхания, метаболизма.

Основные симптомы:

- I степень (адинамическая): заторможенность, озноб, кожные покровы бледные, незначительная брадикардия. Лечение: общее согревание, горячее питье, госпитализация

- 2 степень (ступорозное): потеря сознания, адинамия, кожные покровы бледные, акроцианоз, пульс до 30 ударов в минуту, АД снижено, дыхание поверхностное, редкое. Лечение: общее согревание, внутривенное введение теплых растворов, кардиотонические средства, антиоксиданты, госпитализация в отделение интенсивной терапии.

- 3 степень (судорожная): глубокое бессознательное состояние, рвота, судороги, мышечная ригидность, сужение зрачков, АД ниже 30 мм рт.ст. или не определяется, пульс меньше 30 ударов в минуту, дыхание редкое (до 6-8 в мин.), сухожильные рефлексы не определяются. Лечение: ИВЛс

подогретым кис

лородом, противосудорожные средства (диазепам), сосудорасширяющие средства (папаверин, эуфиллин, но-шпа), трентал, внутривенные вливания необходимо производить подогретыми растворами. Постоянный биохимический контроль крови, так как быстро развивается ацидоз, гипогликемия.

Общее переохлаждение сочетается, как правило, с отморожениями.

РАНЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ

Ранения различают: пулевые, осколочные, взрывные; изолированные, множественные, сочетанные; по тяжести - легкие, средние, тяжелые, крайне тяжелые; ранения в сочетании с общей контузией (взрывные).

Основные симптомы:

Симптоматика ранения определяется нарушением функций поврежденных органов, степенью их тяжести, а также осложнений (болевого шок, объем кровопотери, инфекционные осложнения).

Вид оказания хирургической помощи определяется поражением органа - оперативные вмешательства на органах брюшной полости, грудной полости, мочеполовых органах и т.д.

Обработка раны определяется положениями военно-полевой хирургии.

Первичная хирургическая обработка раны (ПХО): рассечение раны, иссечение нежизнеспособных тканей, восстановление анатомических соотношений в ране; ПХО ранняя - обработка раны в первые сутки после ранения. ПХО отсроченная - обработка раны на вторые сутки и ПХО поздняя - обработка раны на третьи сутки после ранения.

Вторичная хирургическая обработка раны (ВХО): оперативное лечение развившихся в ране осложнений - прогрес-

сирующего некроза тканей, раневой инфекции.

Хирургической обработке не подлежат мелкие поверхностные раны, сквозные пулевые ранения с узким раневым каналом, множественные мелкие, неглубокие слепые раны.

Наложение первичного шва производится только при ранении лица, головы, мошонки и полового члена, при открытом пневмотораксе; после лапаротомии швы накладываются на переднюю брюшную стенку до кожи, при ранении сустава - швы накладываются только на капсулу сустава; не исключается дренирование раны различными дренажами. При ампутации конечности производится ПХО без ушивания культи.

При всех случаях ранения вводится одноразовая максимальная доза антибиотиков, противостолбнячная сыворотка.

ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Травмы грудной клетки подразделяется на закрытые и открытые травмы.

Закрытые травмы: повреждение мягких тканей, переломы ребер и грудины, повреждения внутренних органов (сердце, легкие, пищевод, диафрагма).

Открытые травмы (ранения): травмы, проникающие в полость грудной клетки с ранением внутренних органов.

Оба вида травмы опасны для жизни, так как сопровождаются, как правило, кровопотерей, глубокими расстройствами ССС, развитием шока, дыхательной недостаточностью.

Разрывы трахеи и крупных бронхов (главные и долевыe бронхи) приводят к тяжелой дыхательной недостаточности вследствие поступления воздуха в плевральную полость (полости, средостение), что вызывает развитие пневмоторакса, чаще напряженного. Диагностика должна быть возможно скорой - перкуссия, аускультация, рентгенологическое исследование.

Лечение:

- в условиях ММК: пункция плевральной полости с эвакуацией воздуха, дренирование плевральной полости (по Бюлау, если возможно - с активным отсасыванием воздуха)

- противошоковые мероприятия
- доставка пострадавшего в хирургическое отделение.

Разрывы аорты и ее ветвей, легочных кровеносных сосудов.

Травма, как правило, фатальная.

В других случаях показана экстренная торакотомия, определение кровоточащего кровеносного сосуда, прошивание или перевязка сосуда, доставка пострадавшего в хирургическое отделение.

Ранение сердца.

Ранения сердца, как правило, фатальные.

В отдельных случаях может сохраниться сердечная деятельность (например, при тампонаде сердца). Помощь таким пострадавшим должна быть экстренной. В условиях ММК помощь в таких случаях заключается в экстренной

торакотомии и ушивании раны сердца с последующей доставкой пострадавшего в хирургическое отделение.

Ранения пищевода.

Ранения пищевода сразу же сопровождаются развитием пневмомедиастинума, подкожной эмфиземой шеи и грудной клетки. Диагностика заключается в проведении рентгенологического исследования пищевода с водорастворимым контрастом. В условиях ММК возможно ограничиться следующим: проведение противошоковых мероприятий, введение максимальной однократной дозы антибиотиков широкого спектра действия, противостолбнячной сыворотки и срочная доставка пострадавшего в хирургическое отделение.

Ушиб легких.

При ушибе легких развивается геморрагическая инфильтрация альвеолярной ткани и мелких бронхов. Наблюдается одышка, боли в грудной клетке, гипоксия, кашель (возможно отделение крови). Первая врачебная помощь заключается в проведении противошоковых меропр

ятий, противокашлевые лекарственные средства не назначаются. Госпитализация в хирургическое отделение.

Ушиб сердца.

Ушиб сердца наблюдается при сильных прямых ударах в нижнюю половину грудины. При ушибе сердца возникают боли резкой интенсивности в области сердца, удушье, кожные покровы землисто-серого цвета, холодный пот, падение АД, частота пульса 140-150 ударов в минуту, при аускультации сердца тоны глухие, аритмия. Лечение в условиях ММК: противошоковые мероприятия, антиаритмические средства. Доставка пострадавшего в отделение интенсивной терапии.

Эмфизема средостения.

В отдельных случаях нет возможности установить причину быстро и объемно развивающейся эмфиземы средостения, с переходом ее на шею, лицо, грудную клетку, переднюю брюшную стенку, при этом развивается выраженная дыхательная и сердечная недостаточность. В этом случае эффективным способом борьбы

: эмфиземой является супрастернальная чедиастинотомия. Техника медиастинотомии: местное обезболивание над руко-гткой грудины, введение анестетика по адней стенке грудины на глубину 8-10 см, разрез кожи длиной 4-5 см, пальцем до задней стенке грудины формируется канал, вставляется дренаж (резиновая ■рвбка), на кожу накладываются по одному шву по сторонам дренажа.

Сдавление грудной клетки (без повреждения внутренних органов).

Основные симптомы:

- сильные боли в грудной клетке, агрудинные боли
- кашель очень болезненный, возможно кровохарканье
- выраженная одышка, дыхание поверхностное частое
- снижение АД, высокая частота тульса
- кожные покровы бледные, или гиперемированы, или синюшные
- сознание часто спутанное
- на рентгенограммах инфильтраты з легочной ткани.

Лечение:

- противошоковые мероприятия
- ИВЛ
- госпитализация в отделение интенсивной терапии.

ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Травмы брюшной области подразделяются на закрытые и открытые травмы.

Основные симптомы тупой травмы с повреждением внутренних органов:

- при разрыве полых органов: сильные боли в брюшной полости
- напряжение передней брюшной стенки при пальпации
- симптом Щеткина-Блюмберга положительный
- на рентгенснимках - газ в брюшной полости
- при повреждении паренхиматозных органов (печень, селезенка) наблюдается симптоматика кровопотери различной степени.

Лечение:

- экстренная лапаротомия
- объем оперативного вмешательства

ства определяется характером повреждения органов брюшной полости

- доставка пораженного в хирургическое отделение.

При открытых травмах брюшной полости показана экстренная лапаротомия, объем оперативного вмешательства определяется в зависимости от поражения органов.

ТРАВМЫ ЛИЦА

При травмах лица в первую очередь необходимо осмотреть ротовую полость и носоглотку. В связи с тем, что значительные травмы лица сопровождаются обильным кровотечением, сгустки крови могут скапливаться в ротовой и носоглоточной области и привести к асфиксии. После удаления сгустков крови оценивается вид травмы лица.

Рвано-ушибленные раны с кровотечением (кровотечение из ран лица обычно обильное): кровотечение останавливается прижатием (пальцем, тугим тампоном), ни в каком случае не останавливается зажимом, так как при этом могут быть повреждены

нервы. Окончательно кровотечение останавливается и обрабатывается рана в условиях операционной.

Переломы скуловой кости. Наиболее часто перелом скуловой дуги в месте соединения с височной костью. Симптомы: боли в месте перелома, при открывании рта, жевании, движение нижней челюсти в сторону перелома не осуществляется.

Переломы нижней челюсти чаще в области шейки, по срединной линии. Симптомы: открывание рта почти невозможно, боли в месте перелома, жевание невозможно, пальпация в месте перелома резко болезненная.

Переломы верхней челюсти - линии переломов разнообразные, в травму вовлекаются кости носа, глазницы, синусы. Переломы вызывает тяжелая, массивная травма, сопровождающаяся, как правило, потерей сознания, симптомами сотрясения головного мозга.

Пораженные травмами лица нуждаются в доставке на лечение к челюстнолицевому хирургу.

ТРАВМЫ ПОЧЕК

Различаются:

1 степень - ушиб почки (паренхиматозные кровоизлияния, подкапсульная гематома)

2 степень - разрыв почечной паренхимы без проникания в полость почки, гематома парапочечной ткани

3 степень - разрыв почечной паренхимы с прониканием в полости почки, повреждение крупных кровеносных сосудов почки

4 степень - полное размозжение почки, отрыв почки от почечной ножки (кровеносных сосудов, мочеточника).

Основные симптомы:

- наиболее характерным симптомом является гематурия (кроме отрыва почки)
- боли в поясничной области, брюшной полости (ложная картина острого живота)
-

при тяжелой травме - травматический шок, картина массивной кровопотери.

Способы диагностики:

- в условиях ММК достоверным методом диагностики является УЗИ почек.

Лечение:

- при тяжелой травме - противошоковые мероприятия, переливание крови и кровезамещающих средств

- срочная доставка пострадавших в хирургическое/урологическое отделение

- при 1-2 степени - госпитализация в хирургическое/урологическое отделение для динамического наблюдения.

Открытые травмы почек (огнестрельное, колото-резаные раны). Основные симптомы определяется симптоматикой травматического шока, объемом кровопотери. После оказания первой помощи необходима срочная госпитализация в хирургическое/урологическое отделение.

ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Травмы закрытые и открытые.

Открытые травмы - огнестрельные, колото-резаные.

Закрытые травмы - внутрибрюшинные вследствие сдавления полного мочевого пузыря, его разрыв, истечение мочи в брюшную полость; внебрюшинные вследствие перелома костей таза.

Основные симптомы:

- анурия, олигурия, гематурия
- боли в надлобковой области
- болезненность при пальпации надлобковой области, симптомы раздражения брюшины
- травматический шок.

Лечение:

- при травме без разрыва пузыря — динамическое наблюдение в течение 3-5 дней
- при разрывах и ранениях мочевого пузыря - лапаротомия, ушивание разрывов, ран, эпицистостома, мочевого катетер, госпитализация в хирургическое/урологическое отделение.

ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНО-СПИНОМОЗГОВЫЕ

Повреждение позвоночника и спинного мозга — переломы позвонков без травмы спинного мозга и переломы позвонков с травмой спинного мозга; переломы позвонков со смещением и без смещения позвонков; переломы дужки и отростков позвонка.

Различаются: неосложненные травмы (без нарушения функции спинного мозга и его корешков) и осложненные травмы; закрытые травмы (без нарушения целостности кожных покровов и мягких парапозвоночных тканей) и открытые; проникающие в спинномозговой канал и непроникающие.

Чаще подвергаются травме нижнешейные и верхне-грудные позвонки, нижегрудные и верхне-поясничные позвонки.

В условиях ММК необходимо установить следующее: какие и сколько позвонков повреждено, имеется ли повреждение спинного мозга (потеря чувствительности и движения на каком-либо

уровне, нарушения дыхания и сердечной деятельности, нарушение функций тазовых органов) и симптоматика травматического шока.

Лечение:

- противошоковые мероприятия
- иммобилизация позвоночника — твердые носилки, шейный корсет
- срочная доставка пострадавшего в нейрохирургическое отделение.

ТРАВМЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ

Травмы черепно-мозговые — закрытые и открытые, непроникающие и проникающие в полость черепа.

В условиях ММК только при сотрясении головного мозга возможно наблюдение и симптоматическое лечение (после консультации невропатолога, нейрохирурга). В дальнейшем, через несколько дней, пострадавший должен быть направлен под наблюдение невропатолога.

При ушибе головного мозга, при проникающем ранении черепа пострадавший должен быть направлен в нейрохирургическое отделение: доставка

осуществляется на носилках, с шейным корсетом. Может быть оказана первая врачебная помощь: введение обезболивающего (ненаркотического) средства, максимальной одноразовой дозы антибиотика, противостолбнячной сыворотки, на рану должна быть наложена асептическая повязка. Первичная хирургическая обработка раны в условиях ММК может быть произведена только при отсутствии неврологической очаговой симптоматики, без перелома костей черепа, без проникающей раны.

ЛИХОРАДКА ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ КОНГО-КРЫМСКАЯ

Геморрагическая конго-крымская лихорадка — природно-очаговая острая инфекция, протекающая с высокой температурой; возбудитель - арбовирус рода нейровирусов; резервуар - дикие млекопитающие; переносчики - клещи семейства ixodidae, возможно заражение от больного человека; характерна весенне-летняя сезонность.

Основные симптомы:

- продолжительность инкубационного периода до 14 суток. Продромальный период до 9 суток. Заболевание начинается с резкого повышения температуры тела (до 39-41 °С), озноба. Жалобы на сильные головные боли, в брюшной полости, пояснице, в суставах, мышцах, тошноту, рвоту, возможна диарея. Кожа лица, шеи, верхней половины грудной клетки гиперемизирована, гиперемия зева, конъюнктивы, сосуды склер инъецированы, язык сухой, обложен серовато-беловатым налетом, симптом Пастернацкого положительный, незначительная тахикардия, снижение артериального давления.

- геморрагический период начинается с 3-6 суток - появляется сыпь на коже живота, боковых поверхностях грудной клетки, плечевого пояса, предплечьях, бедрах, на слизистых оболочках. возможны желудочно-кишечные, носовые, в полости рта, маточные кровотечения, кровохарканье, макрогематурия.

- далее нарастает симптоматика заболевания - выраженная общая слабость, спутанность сознания вплоть до бессознательного состояния, могут появиться симптомы менингоэнцефалита, снижение АД, выраженная тахикардия, неукротимая рвота, живот вздут, печень увеличена, пальпация живота болезненная, боли в пояснице, симптом Пастер-нацкого положителен.

Лечение:

- изоляция больного, госпитализация
- госпитализация в инфекционные отделения

-

лекарственная терапия - лечение симптоматическое; дезинтоксикационные ср

ТУЛЯРЕМИЯ

Туляремия — зоонозная природно-очаговая инфекция, характеризующаяся поражением регионарных лимфоузлов,

интоксикацией, лихорадкой; возбудитель - мелкие неподвижные грамотрицательные кокко-бациллы; эпидемиология - резервуар: домовые мыши, полевки, водяные крысы, ондатры, зайцы; пути заражения: укусы, вдыхание воздуха, тищейвой.

Основные симптомы:

- начало болезни: лихорадка, озноб, головные, мышечные боли, отечность ища, слизистой оболочки ротовой полости, носоглотки, региональный лимфаденит, через несколько дней - увеличение печени и селезенки, гематурия
- бубонная форма: сформированные увеличенные лимфоузлы шейные, подчелюстные, подмышечные, малоблезненные, имеют четкие контуры, при нагноении вскрываются и образуется вищ; при укусе насекомого образуется капсула и формируется региональный бубон; при алиментарном пути заражения развивается односторонняя/двусторонняя катаральная, некротическая ангина и формируется подчелюстной бубон

- абдоминальная форма: сильные боли в животе, рвота, вздутие живота, запор/диарея; при пальпации можно прощупать увеличенные брыжеечные лимфоузлы

- легочная форма: симптоматика бронхита, пневмонии; на рентгенограммах определяются увеличенные лимфоузлы средостения, корня легкого

- генерализованная форма: тяжелое общее состояние, септическая симптоматика, отсутствует регионарный лимфаденит.

Лечение:

- госпитализация
-

антибактериальная терапия: стрептомицин, те

- симптоматическая терапия.

ХОЛЕРА

Холера - острое карантинное инфекционное заболевание, характеризующееся тяжелой диареей, рвотой, выраженным обезвоживанием организма; возбудитель - холерный вибрион (подвижная грамотрицательная бактерия); резервуар - больные и бактерионосители; пути передачи - пищевые продукты, вода.

Основные симптомы:

- инкубационный период от нескольких часов до 5 суток
- общее недомогание
- рвота, сильные боли в брюшной полости
- выраженная диарея - до 10 л/сутки, стул водянистый, «рисовый отвар»
- быстро развивается обезвоживание, развивается сердечно-сосудистая недостаточность, гипотермия, анурия, судороги, одышка
- развивается острая почечная недостаточность
- в анализе крови - гипонатриемия, гипокалиемия, гипогликемия, нейтрофильный лейкоцитоз, ацидоз.

Лечение:

- госпитализация
- антибактериальная терапия: доксициллин, тетрациклин, ципрофлоксацин, котримоказол, сульфаметоксазол, фуразолидон, внутривенные введения растворов солей
- симптоматическая терапия.

ЧУМА

Чума - особо опасное карантинное природно-очаговое инфекционное заболевание, характеризуется развитием тяжелой интоксикации, поражением лимфатических узлов, легких, высокая, ближе к 100%, летальность; возбудитель - неподвижная грамотрицательная бактерия; резервуар - грызуны; передача чумы осуществляется крысиными блохами, человеком.

Основные симптомы бубонной чумы:

- инкубационный период от 1 до 6 суток
- внезапный подъем температуры тела до высоких цифр
- сильная головная боль, выраженная общая слабость

- ощущение сильной боли в подмышечной или паховой области, где быстро зазвывается бубон - увеличенные лимфоузлы
- бубон увеличивается до 10 см в диаметре, спаян с окружающими тканями, резко болезненный при пальпации, может нагноиться, дренироваться в кровеносное русло и развиться менингит, вторично-легочная чума, вторично-септическая чума.

Основные симптомы первично-легочной чумы:

- внезапное возникновение сильных болей в грудной клетке
- кашель с отделением кровавой мокроты
- быстрое развитие сердечно-легочной недостаточности
- с мокротой выделяется большое количество чумных бактерий, контагиозность близка к 100%.

Основные симптомы кишечной формы чумы:

- боли в брюшной полости

- профузная диарея с обильным выделением крови и слизи.

Основные симптомы первично-септической чумы:

- множественные геморрагии на коже и слизистых оболочках, массивные желудочно-кишечные, почечные кровотечения

- резко выражены симптомы общей интоксикации.

Лечение:

- госпитализация
- стрептомицин, тетрациклин, хлорамфеникол
- дезинтоксикационная терапия
- симптоматическая терапия.

ЯЗВА СИБИРСКАЯ

Сибирская язва - острое зоонозное инфекционное заболевание, формы - локализованная кожная с образованием карбункула и язвы и генерализованная, септическая; возбудитель - грамположительная неподвижная спорообразующая бактерия *Bacillus anthracis*; резервуар - травоядные животные; путь заражения

- укусы мух-жигалок, слепней, человек заражается при контакте с инфицированным материалом, зараженным мясом.

Основные симптомы кожной формы:

- инкубационный период от нескольких часов до 7-8 суток

- появление красноватого пятна на коже (чаще верхние конечности, голова, шея), развитие папулы медно-красного цвета, затем везикулы, серозное содержимое ее быстро становится темно-красным, затем на месте везикулы образуется струя черного цвета; возможно образование дочерних везикулов; инфильтрат вокруг струпа

- регионарный лимфаденит, лимфангит

- симптомы выраженной общей интоксикации: высокая температура, тахикардия, снижение АД, выраженная общая слабость.

Основные симптомы септической формы:

- легочная форма: выраженная интоксикация, насморк, кашель с отделением обильной, пенистой, кровавой мо

кроты, затем развивается тяжелая пневмония с выраженной дыхательной недостаточностью

- желудочно-кишечная форма: выраженная интоксикация, резкие боли в брюшной полости, тошнота, рвота, диарея с кровью; возможно прободение язв кишечника и развитие перитонита.

Лечение:

- госпитализация
- бензилпенициллин, тетрациклин, хлорамфеникол, иммуноглобулин сибирезвенный
- дезинтоксикационная терапия
- повязки с борной кислотой на язвы.

ЯЩУР

Ящур - острое зоонозное вирусное заболевание с везикуло-эрозивным поражением слизистых оболочек и кожных покровов с синдромом интоксикации; возбудитель - вирус рода Aphotavirus; резервуар - дикие и домашние копытные животные; пути заражения - попадание возбудителя на поврежденные кожные

покровы или слизистые оболочки, мясо больных животных, воздушно-пылевое заражение.

Основные симптомы:

- начало острое: высокая температура, озноб, головная боль, миалгия, регионарный лимфаденит, ротовая полость - выраженная гиперемия и отечность слизистой оболочки, мелкие пузырьки с прозрачным или мутным содержимым, на кончике языка и его краев наибольшее количество пузырьков, пузырьки быстро лопаются и образуются эрозии и язвы

- выраженное слюнотечение
- поражаются слизистые оболочки носа, уретры
- подобное поражение может быть только на коже.

Лечение:

- госпитализация
- уход за полостью рта, кожи (5% оксалиновая мазь)
- лазерное и ультрафиолетовое облучение
- дезинтоксикационная, симптоматическая терапия.

КРАТКАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО - неспецифическое гнойно-некротическое воспаление легочной ткани, при котором происходит полное отграничение некротических масс от окружающей легочной ткани пиогенной капсулой и быстрым гнойным расплавлением некроза. Различают острый, хронический и очистившийся (ложная киста) абсцесс. Начальная стадия - полость абсцесса полностью выполнена некротическими массами и гноем, нет отторжения некротических масс от стенок полости, дренирования гноя через бронх нет. На рентгенограмме выявляется высокой интенсивности округлой или овальной формы тень без четких контуров - инфильтрация легочной ткани. Перед прорывом гнойника в полости появляются участки просветления. После прорыва в полости опреде

ляется небольшое эксцентрическое просветление. По мере разжижения содержимого и опорожнения гнойника в полости появляется горизонтальный уровень жидкости. Секвестр в полости абсцесса - признак активности гнойно-воспалительного процесса. При благоприятном течении процесса полость абсцесса опорожняется, образуются звездчатые рубцы или ложные кисты (если нет рубцевания). При блокированных гнойниках после интенсивного лечения антибиотиками возникает «холодный» абсцесс - округлые четко отграниченные округлые образования.

АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО — врожденное отсутствие одного легкого. Рентгенологически выявляется полное затемнение одной половины грудной клетки, где отсутствует легкое, а полость выполнена сместившимися органами средостения. Купол диафрагмы высоко смещен вверх, межреберные промежутки сужены. Здоровое легкое компенсаторно увеличено в размерах, пролабирует в средостение.

АСПЕРГИЛЛЕЗ ЛЕГКИХ - бывает первичный и вторичный. Первичный аспергиллез возникает у мукомолов, любителей голубей и у других лиц, вдыхающих пыль со спорами грибка. Рентгенологически в легких выявляются очаговые и инфильтративные уплотнения, которые быстро исчезают при специфическом лечении. Может наблюдаться увеличение лимфоузлов корня легкого. При переходе в хроническую стадию развивается пневмосклероз, возможны мелкоточечные обызвествления. Вторичный аспергиллез - поражение грибом полостей в легком (санированные каверны, абсцессы и бронхоэктазы, кисты). В полости появляется округлое образование, которое легко смещается при изменении положения больного.

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ - рентгенологически проявляется повышением воздушности легочной ткани и, как следствие, объема легких. Ребра принимают горизонтальное положение, диафрагма смещается вниз, контур её уплощается,

реберно-диафрагмальные синусы укорачиваются. По мере развития эмфиземы появляются её симптомы (см.), формируется легочное сердце. При бронхиальной астме корни легких обычно расширены, прикорневой легочный рисунок усилен. Периферический легочный рисунок обеднен из-за капилляроспазма.

АТЕЛЕКТАЗ - спадание легочной ткани, альвеолы не содержат воздуха. Ателектазы бывают врожденные (апневматозы) и приобретенные. Приобретенные ателектазы делят на приобретенные и компрессионные. Компрессионные ателектазы возникают вследствие сдавления легочной ткани извне без нарушения бронхиальной проходимости (см. пневмоторакс). Приобретенные ателектазы возникают в результате закупорки бронха. Рентгенологически определяется однородной структуры интенсивная тень треугольной формы, которая соответствует спавшейся единице легкого (субсегмент, сегмент, доля, легкое). Уменьшение объема легочной ткани ве

дет к увеличению и перемещению соседних участков легкого и иногда соседних органов (средостения, диафрагмы, сосудов). Дольковые и ацинозные ателектазы создают на рентгенограмме очаговые тени. Дисковидные ателектазы - поперечные линейные тени чаще над правым куполом диафрагмы, развиваются при нарушении дыхательных экскурсий диафрагмы при закупорке слизью мелких бронхов.

БРОНХОПНЕВМОНИЯ - очаговая пневмония. Рентгенологическая картина полиморфна и динамична. Появляются очаговые тени, чаще крупные 1-2 см в диаметре с тенденцией к слиянию. Участки дольковой инфильтрации чередуются с нормальной и компенсаторно-взднутой легочной тканью. Бронхопневмония чаще локализуется в нижних легочных полях, верхушки легких, как правило, не изменены. Обычно наблюдается реакция корня в виде расширения и потери дифференцировки, могут быть увеличены регионарные лимфоузлы, ча

сты плевральные реакции в виде спаек, шварт и экссудативного плеврита. Рентгенологическая картина динамична и быстро меняется в процессе наблюдения и лечения.

БРОНХОЭКТАЗЫ - расширения бронхов. Выделяют цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы. Существует несколько классификаций по форме, где различают веретенообразные, малые и большие кистозные бронхоэктазы. Основные методы диагностики - КТ и бронхография.

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ - развивается при инфицировании бронхоэктазов и хроническом воспалительном процессе в них. Рентгенологическая картина зависит от степени и тяжести патологических изменений в бронхах и легочной ткани. На рентгенограммах выявляются косвенные признаки заболевания - уменьшение объема легочной ткани, перибронхиальный склероз, деформация легочного рисунка,

появление кистовидных просветлений, эмфизема соседних участков легочной ткани.

ГАМАРТОМА - доброкачественная дизэмбриональная опухоль легкого, локализуется в толще легочной паренхимы ближе к висцеральной плевре. На рентгенограмме - округлое четко очерченное образование с ровными или фестончатыми контурами, обычно с обызвествлением в центре, которое сравнивают с розеткой. Легочная ткань вокруг узла и корень легкого не изменены. Если в ложе опухоли зияет просвет бронха, возникает симптом контрастной каймы.

ГЕМОТОРАКС - скопление крови в плевральной полости. Рентгенологическая картина соответствует таковой при любом скоплении жидкости в плевральной полости. Вначале жидкость накапливается в заднем и боковом реберно-диафрагмальном синусе. На рентгенограммах появляется интенсивное затенение с косым верхним контуром. При разрыве

легочной ткани развивается гемопневмоторакс. Рентгенологически выявляется типичная картина - горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости с просветлением воздуха над ним.

ЗОБ ЗА ГРУДИННЫЙ - рентгенологически проявляется расширением средостения, появлением дополнительной овальной тени в переднем средостении, смещением пищевода и трахеи. При «ныряющем» зобе наблюдается перемещение дополнительного образования при глотании. Диагностика упрощается при наличии обызвествления в толще образования.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА БРОНХОВ

И ЛЕГКИХ - инородные тела различаются рентгеноконтрастные и рентгенонегативные. При рентгенопозитивных (контрастных) инородных телах диагностика проста, так как они легко обнаруживаются при рентгеноскопии и рентгенографии. При рентгенонегативных инородных телах бронхов развива

ется картина нарушения бронхиальной проходимости - ги-повентиляция, обтурационная эмфизема, ателектаз соответствующего сегмента легкого. Диагностика требует проведения рентгенографии или рентгеноскопии с функциональными пробами.

МЕЗОТЕЛИОМА ПЛЕВРЫ - опухоль вызывает ограниченное или диффузное утолщение плевры в результате опухолевых напластований, могут быть различимы отдельные узлы, которые хорошо определяются при пневмотораксе. Часты геморрагические плевриты. На фоне жидкости опухолевые изменения в плевре не дифференцируются. Диагностике помогает быстрое накопление выпота в плевральной полости после пункции.

МЕТАСТАЗЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ЛЕГКИЕ - в легких определяются множественные и единичные узлы, лимфангит, милиарный карциноз и псевдопневмонические фо

кусы. Самая частая форма метастазирования - множественные узлы округлой формы различных размеров.

НЕВРИНОМА СРЕДОСТЕНИЯ

опухоль, обычно исходящая из оболочки межреберных нервов или пограничного симпатического ствола. На рентгенограммах в заднем средостении определяется плотное овальное образование, которое широко прилежит к позвоночнику, не пульсирует, не меняет своей формы при дыхательных пробах, имеет ровные, иногда волнистые очертания.

ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЕ ПЛЕВРЫ -

крапчатой структуры уплотнения, плотность которой превышает таковую у ребер. Обызвествления могут быть различных размеров и конфигурации, часто имеют вид каймы вокруг осумкованной жидкости. Обызвествления бывают плоскими и объемными.

ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ - растут из эпителиальной, соединительной, мышечной, хрящевой и другой ткани, могут возникать из аберрантных тканей (гетеропластические опухоли - тератомы). При внутрибронхиальном росте рентгенологически опухоли проявляют себя картиной нарушения бронхиальной проходимости (гиповентиляция, ателектаз). При внебронхиальном росте опухоли дают картину округлого или овального узла в толще легочной ткани. Некоторые доброкачественные опухоли имеют обызвествления и включения. Растут доброкачественные опухоли медленно и бессимптомно, достигают больших размеров.

ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ - независимо от природы опухоли ведущим симптомом на рентгенограмме является расширение средостения. Если опухоль не выходит за пределы срединной тени, она не дифференцируется от теней соседних органов. Одностороннее расши

рение вызывают опухоли, исходящие из лимфоузла или бронха. Двустороннее расширение обычно происходит, если опухоль исходит из непарного образования или из нескольких лимфоузлов. Прямолинейный контур расширенного средостения возникает, если на контур выходит сосуд, например верхняя полая вена. Если опухоль исходит из многих лимфоузлов (лимфогранулематоз, лимфосаркома, ретикулосаркома), отмечается асимметричное расширение с полициклическими контурами. При больших размерах опухоли смещают и сдавливают соседние органы, например, трахею и пищевод.

ПЛЕВРИТ ВЫПОТНОЙ — скопление жидкости в плевральной полости, которая вначале занимает реберно-диафрагмальные синусы. Рентгенологически наблюдается треугольная тень с косым верхним контуром, которая сливается с диафрагмой и грудной стенкой. Размеры тени зависят от количества жидкости в плевральной полости.

Плотность тени увеличивается сверху вниз. Большое количество жидкости в плевральной полости приводит к смещению средостения в здоровую сторону, диафрагмы - вниз. Симптом Прозорова - при большом скоплении жидкости, когда она занимает всю плевральную полость от верхушки до диафрагмы, на высоте вдоха появляется светлое окошко в центре легкого. Второй симптом Прозорова - изменение интенсивности тени в плевральной полости во время вдоха и выдоха, что связано с перемещением жидкости в плевральной полости в процессе дыхания.

ПЛЕВРИТ ДИАФРАГМ АЛ ЪН Ы Й - скопление жидкости между нижней поверхностью легкого и диафрагмой. Вначале жидкость скапливается над задним скатом диафрагмы. Базальные отделы легкого поднимаются вверх, образуют выпуклую границу, которая соответствует конфигурации диафрагмы. Создается ложное впечатление о высоком стоянии диафрагмы. Слева можно видеть

увеличение расстояния между газовым пузырем желудка и нижним краем легкого. Задний реберно-диафрагмальный синус вначале очень глубокий. Затем там появляется полоска тени, которая суживается кверху. Полоска расширяется на выдохе и суживается на вдохе.

При исследовании больного в латеропозиции, жидкость растекается параллельно краю ребер, купол диафрагмы принимает нормальное положение.

ПЛЕВРИТ ОСУМКОВАННЫЙ -

осумкование бывает полным и частичным. При полном осумковании выпот окружен швартами со всех сторон и не меняет своей формы и локализации в зависимости от положения тела обследуемого. При частичном осумковании жидкость имеет возможность перемещения в плевральной полости. Осумкованный плеврит чаще всего располагается пристеночно и реже в междольевых щелях. Но жидкость может осумковываться парамедиастинально, над диафрагмой, над верхушками легких, в любом отделе

плевральной полости. На рентгенограмме по краю легкого видна полуовальная тень с четким контуром. Между тенью жидкости и стенкой грудной полости плавный переход, образуется тупой угол. Жидкость уплощается во время глубокого вдоха и становится более выпуклой и резко очерченной при выдохе.

ПЛЕВРИТ СУХОЙ (ФИБРИНОЗНЫЙ) - в подавляющем большинстве наблюдений это не самостоятельное заболевание плевры, а сопутствующая реакция на патологический процесс в соседнем органе. При этой форме плеврита наблюдается быстро наступающее выпадение фибрина и организация экссудата. Рентгенологически выявляется снижение прозрачности легочной ткани, плевральные напластования, спайки и сращения, укорочение синусов, ограничение подвижности диафрагмы.

ПНЕВМОНИЯ - острый воспалительный процесс паренхиматозной и интер-стициальной ткани легкого ин-

фекционной этиологии. Пневмони поражают бронхи, они вовлекают тологический процесс только ресі торные отделы легочной ткани. О' ным рентгенологическим симпт является инфильтрация легочной ни - понижение воздушности легс ткани в результате заполнения алі воспалительным экссудатом. При выделять три основных типа пж нической инфильтрации: альвеолз инфильтрация однородной струю альвеолярная инфильтрация неодж ной структуры (очаговые и сливньк говые тени); интерстициальная инс трация. Тип инфильтрации и созд мая рентгенологическая картина заі от возбудителя. Но эта зависимое является постоянной и абсолютной

ПНЕВМОНИЯ ХРОНИЧЕС
НЕСПЕЦИ-ФИЧЕСКАЯ - лока ваный хронический воспалител процесс в легких, который явл следствием не разрешившейся в те¹ трех месяцев острой пневмонии. Nk

логическим субстратом такого процесса является пневмосклероз с рубцовым сморщиванием легочной ткани и воспалительные изменения в соответствующих бронхах. Рентгенологически в легких выявляется ограниченный участок пневмосклероза, плевральные шварты. Изменения в бронхах визуализируются на бронхограммах и КТ. При обострении появляются участки инфильтрации.

ПНЕВМОСКЛЕРОЗ - разрастание соединительной ткани вдоль сосудов и бронхов, вокруг альвеол и долек. Рентгенологически проявляется появлением сетчатой и петливой деформации легочного рисунка без уменьшения объема легочной ткани, уплотнения и расширения корня легкого. При углублении патологического процесса развивается пневмофиброз.

ПНЕВМОТОРАКС - появление свободного воздуха в плевральной полости. При некоторых инфекционных плевритах, вызванных газообразующей микро

флорой, свободный газ в плевральной полости может быть продуктом их жизнедеятельности. Пневмоторакс бывает тотальным, частичным и осумкованным. При тотальном пневмотораксе выявляется обширное просветление и отсутствие легочного рисунка на этом фоне, тень спавшегося легкого, смещение средостения в здоровую сторону. При частичном пневмотораксе аналогичная картина, но меньшего объема. При малом количестве воздуха возникают диагностические трудности, рекомендуется повторить исследование во время вдоха, что позволяет установить клапанный пневмоторакс. При вдохе количество газа в плевральной полости увеличивается. При осумковании в плевральной полости выявляется просветление, ограниченное от легочной ткани толстыми плевральными напластованиями.

ПНЕВМОФИБРОЗ - разрастание соединительной ткани с развитием диспнеи, развитием фиброзного сморщивания (фиброателектазов) и

эмфизематозных вздутий. Всегда имеется объемное уменьшение и уплотнение легочной ткани, выраженный пневмосклероз, участки эмфиземы, корни плотные и тяжистые.

РАК ЛЕГКОГО ЦЕНТРАЛЬНЫЙ (РАК БРОНХА) - злокачественная опухоль из эпителия крупных бронхов. Под центральным раком понимают опухоль крупных бронхов (главных, долевых и сегментарных). В зависимости от преобладающей формы роста опухоли выделяют эндобронхиальный, экзобронхиальный (перибронхиально-узловой) и перибронхиально-разветвленный рак. Вся рентгенодиагностика по существу складывается из двух синдромов: нарушение бронхиальной проходимости, патологические изменения корня легкого. При эндобронхиальном росте выявляются симптомы нарушения бронхиальной проходимости (гиповентиляция и ателектаз). При экзобронхиальном росте - узловое образование в корне легкого, связанное со стенкой бронха, расширен

ный и плотный корень. При перибронхиальном росте - корень широкий плотный тяжистый. От корней в легочную ткань тянутся плотные тяжи в виде расходящихся лучей. Изменения в легочной ткани зависят от размеров опухоли, нарушения бронхиальной проходимости (ателектазы, участки понижения воздушности легочной ткани), метастазирования (лимфогенное и гематогенное), увеличение лимфоузлов корня и средостения. Для диагностики необходима КТ и эндоскопическое бронхологическое обследование.

РАК ЛЕГКОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ - опухоль развивается из эпителия мелких бронхов. На ранних стадиях своего развития опухоль может иметь форму узла, округлого образования и маленького полостного образования. Узлом называют в размере до 3 см в диаметре. Тень больших размеров обычно называют образованием в легком. Вся рентгеновская семиотика складывается из проявлений самой опухоли, прорас

тания соседних структур (bronхов, сосудов), распространения по лимфатическим коллекторам, кровеносным сосудам, плевральным листкам, септальным перегородкам, а также из картины метастазов и осложнений (распад опухоли и вторичное воспаление).

РАК ЛЕГКОГО медиастинальный - сама опухоль может не визуализироваться, но выявляются обширные метастазы в лимфоузлы средостения. Рентгенологическая картина соответствует злокачественной опухоли лимфоузлов средостения.

РАК ВЕРХУШКИ ЛЕГКОГО (опухоль Pancoast) - вариант периферического рака. Опухоль располагается на верхушке легкого, прорастает мягкие ткани апертуры грудной клетки, сосуды и нервы. В настоящее время под опухолью Пэнкоста понимают бронхогенный рак верхушечной локализации с прорастанием мягких тканей и костей апертуры грудной полости с вышеописанной кли

нической симптоматикой.

ТЕРАТОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ (терато-дермоидные кисты) - смешанные опухоли эмбрионального генеза. Рентгенологически проявляются асимметричным расширением тени средостения. Диагностика упрощается при обнаружении в толще опухоли костных элементов, зубов, челюстей.

Характерно краевое обызвествление опухоли в виде скорлупы. Диагностика уточняется при КТ.

ТИМОМА - опухоль вилочковой железы. Рентгенологически выявляется асимметричное расширение переднего средостения. Структура опухоли однородная, форма овальная, округлая и любая иная, в зависимости от размера и распространения в средостении. Диагностика уточняется при КТ.

ТУБЕРКУЛ ЕЗ ЛЕГКИХ. Первичный туберкулезный комплекс - развивается в организме не инфицированного человека, поражает детей и подростков, реже

- лиц в возрасте от 18 до 25 лет. На рентгенограмме: легочный компонент в фазе инфильтрации - очаговая тень (I O-12мм) или фокус при распространении процесса на несколько долек, тень округлой или неправильной округлой формы. Размер пневмонического поражения может охватывать несколько сегментов вплоть до доли. Тень имеет нечеткие, но ясные очертания, лежит субплеврально в кортикальном слое легкого. К корню тянется «дорожка» различной степени выраженности. Регионарные лимфоузлы увеличены. Практически всегда имеется реакция плевры. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВЛУ)-самая частая форма заболевания. Рентгенологическая картина зависит от степени туберкулезного поражения. «Малые формы»: изменений не выявляется (на рентгенограмме); расширение корня разной степени (его части или всего объема), удлинение корня, что зависит от локализации группы пораженных узлов; асимметрия корня и его выпуклость. Опухолевидная форма: расширение, уплотнение и уд

линение корня; выпуклые, волнистые, бугристые очертания корня; неясные просветы бронхов (симптом «потускнения») бронха и плохая различимость сосудистых стволов; появление конгломератов — «спекшиеся» лимфатические узлы; расширение средостения - симптом «дымовой трубы», при поражении медиастинальных лимфоузлов; уплотнение междолевой плевры. Инфильтративная форма: расширение корня с неясными очертаниями, чаще с одной стороны; потеря структуры корня легкого; медиастино-интерлобарные уплотнения плевры (шварты). Диссеминированный туберкулез легких - образование в легких множественных рассеянных очагов. Диссеминация инфекции может происходить по гематогенному, лимфогенному и смешанному пути. Образование очагов бронхогенного происхождения - это фаза процесса, фаза диссеминации, а не форма болезни. При остром (сюда относят и милиарный туберкулез) и подостром процессе в легких образуются однотипные очаги вследствие их одновремен

ного появления. Очаги продуктивные и продуктивно-некротические, располагаются симметрично на фоне эмфизематозной легочной ткани. Хроническое течение - очаги разного строения, разной величины. Часты поражения бронхов и бронхиол. Свежий диссеминированный туберкулез - очаги равномерно рассеяны по всем легочным полям. Очаги могут быть милиарными, мелкими, средними и крупными. Мелкоочаговая диссеминация - очаги (2-3мм) рассеяны по всем легочным полям равномерно. Сосудистый рисунок нивелирован. Очаги выявляются на фоне нежной сетки - инфильтративное уплотнение интерстициальной ткани. Средне очаговая диссеминация - очаги ацинозно-нодозные, т.е. 3-5мм, однотипные, рассеяны по всем легочным полям на фоне петлистого легочного рисунка. Корни расширены за счет увеличенных лимфоузлов. Крупноочаговая диссеминация - крупные очаги, хорошо очерченные (осумкование) на фоне измененного легочного рисунка и расширенных корней легких. Очаги склонны к распаду и образованию каверн.

Рентгеносимптоматика хронического диссеминированного туберкулеза — полиморфные очаги в верхних и средних полях легких; сгруппированность очагов на верхушках и под ключицами; образование конгломератов; фиброз и эмфизематозные буллы; деформация и смещение корня вверх; увеличение лимфоузлов; формирование легочного сердца. Очаговый туберкулез - поражение легочной ткани в виде нескольких или множественных уплотнений очагового характера: ацинозные, ацинозно-нодозные и бронхолобулярные очаги. Очаги на фоне измененной интерстициальной ткани и другие сопутствующие изменений в легких и плевре определяются на ограниченном участке легкого - в пределах 1-2 сегментов, редко доли легкого. Инфильтративный туберкулез - самая динамичная и опасная форма заболевания. Инфильтративный туберкулез склонен к прогрессированию заболевания и переходу в кавернозную и фиброзно-кавернозную форму заболевания. Инфильтративный туберкулез занимает первое

место по числу впервые выявленных легочных форм заболевания. Рентгенологически инфильтративный туберкулез проявляется в виде двух типов: ограниченные инфильтративные процессы в виде фокусов уплотнений - округлые инфильтраты; разлитые, часто обширные, процессы в виде сегментарных, бисегментарных и долевого уплотнений. Туберкулома - инкапсулированный фокус казеозной пневмонии. Рентгенологически - округлое или неправильной округлой формы образование. Локализация чаще типичная для туберкулеза (SI, 2,6). Размер - мелкие (1-12 мм), средние (2-4 мм), крупные (4-6 см), гигантские редко. Форма округлая, при конгломератных туберкуломах неправильная с бугристыми очертаниями (состоит из нескольких туберкулом). Контуры четкие. Могут быть плевральные тяжи (висячая туберкулома). Структура - однородная, с включением кальцинатов, слоистая, конгломератная. Кальцинаты частые, так как туберкулома обычно формируется вокруг кальцинированного очага.

Кавернозный туберкулез - промежуточная форма между фазой распада; любой формы туберкулеза и фиброзно-кавернозным туберкулезом. К кавернозному туберкулезу относят появление свежей каверны, обычно единичной, когда исчезли клинические и рентгенологические признаки исходной формы туберкулеза. Рентгенологическая картина; обычно единичная каверна со всеми ее признаками без выраженных фиброзных изменений легочной ткани. Характерны ограниченность поражения 1-2 сегментами и отсутствие фиброзных изменений.

Фиброзно-кавернозный туберкулез - результат неблагоприятного течения различных форм заболевания, чаще инфильтративного туберкулеза. Рентгенологическая картина полиморфна, отражает степень разрушения легкого. Основным признаком - деформированные за счет склероза легочной ткани кольцевидные тени каверн, тяжи вдоль сосудов и бронхов, фиброз и фиброателектазы, эмфизематозные буллы и вздутия за счет дистрофических процессов в

легочной ткани, плевральные сращения, очаги разной плотности. Цирроз легких - семиотика этой формы туберкулеза, который характеризуется разрастанием соединительной ткани на месте бывших туберкулезных изменений, определяется предшествующей формой туберкулеза. Например, после инфильтративного туберкулеза наблюдается уплотнения легочной ткани на ограниченном участке, видны признаки объемного уменьшения сегментов и доли легкого и вздутие соседних долей и сегментов. В толще сморщенной легочной ткани можно увидеть бронхоэктазы. Если циррозу предшествовал обтурационный ателектаз, видно сужение и деформация соответствующего бронха. После фиброзно-кавернозного туберкулеза обычно развивается двусторонний цирроз верхних отделов легких. Картина многообразна - от «матового стекла» до однородного уплотнения. Со всеми признаками сморщивания легочной ткани, эмфиземы соседних отделов, бронхоэктазами и рубцовыми изменениями.

ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ - гнойный плеврит. Рентгенологическая картина не отличается от выпотного плеврита.

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ - патологическое увеличение воздуходерживающих пространств, расположенных дистально терминальных бронхиол в сочетании с разрушением стенок альвеол. Основные типы эмфиземы: центрилобулярная (проксимальная ацинарная), если основной участок разрушения альвеол расположен вокруг терминальной бронхиолы в центре вторичной легочной доли: панлобулярная (панацинарная) - воздушные полости занимают целые ацинусы: парасептальная (дистальная ацинарная) - в патологический процесс вовлекаются дистально расположенные ацинусы. Рентгенологически - повышение прозрачности легочной ткани, обеднение легочного рисунка, уплощение диафрагмы, «висячее» сердце, деформация грудной клетки, формирование легочного сердца.

ЭМФИЗЕМНЫЕ БУЛЛЫ - альвеолярные кисты, тонкостенные полости, которые возникают в результате разрыва и атрофии альвеолярных перегородок.

ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ - эхинококковые кисты в легких. Рентгенологически выявляется четко очерченное круглое или овальное затемнение слабой интенсивности - полость, заполненная жидкостью. Характерна светлая полоска газа в виде вытянутого серпа или полумесяца, что говорит об отслоении хитиновой оболочки. Иногда по краю кисты определяются полосы обызвествления. При неравномерном отложении извести структура кисты становится крапчатой.

**КРАТКАЯ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ
СИМПТОМАТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ
КОСТНО-СУСТАВНОЙ
СИСТЕМЫ**

АБСЦЕСС БРОДИ - первично-хронический абсцедирующий остеомиелит. Локализация в метафизах и эпиметафизах большеберцовой, бедренной, плечевой и лучевой кости встречается в подавляющем большинстве наблюдений. Рент-генологически - овальный или округлый очаг деструкции до 3 см в диаметре, внутренний контур гладкий, вокруг зона склероза. Периостальная реакция отсутствует, но иногда встречается.

АНКИЛОЗ - сращение суставных концов костей, которое является следствием деструктивных воспалительных заболеваний, оперативных вмешательств. Проявляется деструкцией суставных поверхностей, исчезновением суставной щели, переходом балок с одной кости на другую. Анкилоз может быть полным и неполным.

АРТРИТЫ - воспаление суставов, этиологию которых рентгенологически установить невозможно. Рентгенологические изменения появляются позже клинических проявлений. Продолжительность отсутствия рентгенологических проявлений от нескольких месяцев до нескольких лет, что в определенной степени зависит от локализации патологического процесса и возбудителя. Первые рентгенологические признаки - расширение суставной щели и остеопороз, затем по мере разрушения хряща нарастает сужение суставной щели, деструкция суставных концов костей, краевые узурь. Появляются очаги деструкции в эпифизах костей, разрушается субхондральная пластинка, могут быть секвестры (туберкулез), остеосклероз, могут быть периостальные наслоения в области метафизов трубчатых костей (зависит от локализации). С течением времени появляются краевые костные разрастания, деформации суставов, при кокковой флоре - анкилоз.

АРТРОЗЫ (деформирующий или обезображивающий остеоартроз) - разграничивают на первичный и вторичный остеоартроз. Первичный хрящевой остео-артроз начинается в здоровых хрящах многих суставов у лиц старше 40 лет. Вторичные артрозы являются следствием травм, сосудистых нарушений, артритов, остеонекрозов, дисплазий в одном или нескольких суставах. Выделяют 3 стадии заболевания. Первая стадия - умеренное сужение рентгеновской суставной щели, небольшие костные разрастания. Вторая стадия - нарастание сужения суставной щели, деформация, уплощение, неровность суставных поверхностей костей, составляющих сустав, грубые костные разрастания, нарушение конгруэнтности вплоть до подвывихов и вывихов. Третья стадия - изменения в эпифизах костей, субхондральный склероз, очаги кистозной перестройки, зурация, напоминающая туберкулезное поражение; редко - развитие внутрисуставной остеомы вследствие метаплазии суставного хряща.

АСЕПТИЧЕСКИЙ ОСТЕОНЕКРОЗ (остеохондропатии, остеохондрит, остеохондролит) - некроз эпифизов и апофизов костей вследствие глубокого нарушения кровообращения. Чаще наблюдается у детей и подростков. Стадия некроза - рентгенологически не выявляется. Стадия перелома - уплощение и уплотнение эпифиза или апофиза, расширение рентгеновской суставной щели. Стадия фрагментации - разделение на два или три фрагмента уплотненного некротизированного участка кости. Стадия восстановления - медленное восстановление костной ткани. Исход заболевания - остеоартроз. Независимо от локализации выявляются аналогичные рентгенологические изменения.

АТРОФИЯ КОСТИ - уменьшение объема кости вследствие преобладания процессов рассасывания костных балок. Атрофия бывает физиологической и патологической, моно- и полиоссальной, атрофия от давления, концентрическая и эксцентрическая атрофия.

БЕХ ГЕРЕВА БОЛЕЗНЬ - анкилозирующий спондилоартрит, является формой неспецифического первичного хронической полиартрита, при котором нарастает обызвествление и окостенение связочного аппарата позвоночника. Как правило, поражаются крестцово-подвздошные сочленения с образованием анкилоза. Первая стадия - рентгенологически не выявляется. Вторая стадия - нечеткость и разволокнение субхондральных пластинок, сужение щелей суставов и хрящевых образований, появление «скобок» в результате окостенения связочного аппарата. Обычно первые симптомы появляются в крестцово-подвздошном сочленении. Третья стадия — окостенение связочного аппарата позвоночника, который принимает вид «бамбуковой палки», остеопороз, суставные щели не выявляются. Четвертая стадия позвоночник приобретает вид трубчатой кости, окостеневают диски и все связки, кости атрофированы.

БРУЦЕЛЛЕЗ - хроническое инфекционное заболевание. Преимущественно поражаются подвздошно-крестцовые сочленения, реже - крупные суставы и позвоночник. На рентгенограммах - остеопороз, субхондрально расположенные мелкие очаги деструкции. С течением временем развивается склероз, сужение суставных щелей, деформирующий артроз, при длительном течении - анкилоз. Для бруцеллезного спондилита характерны мелкие очаги деструкции в поверхностных слоях тел позвонков, которые, прогрессируя, образуют краевые деструкции, вокруг очагов деструкции зоны склероза. Высота межпозвонковых дисков снижается, но они полностью не исчезают, рано и быстро окостеневает связочный аппарат позвоночника. Редко - натечные абсцессы. Обычно поражаются оба крестцово-подвздошных сочленения - остеопороз ведет к рассасыванию подхрящевых слоев костей, составляющих сочленение, по мере разрушения хряща происходит сужение суставной щели, затем анкилоз. Грубый склероз и секвестрация не типичны.

ГАЙМОРИТ (синуситы околоносовые) - синуситы - гайморит, фронтит, этмоидит, их сочетания. Общий симптом для всех синуситов - понижение пневматизации пазух. При острых процессах в пазухе может определяться уровень жидкости, при хроническом течении - утолщение слизистой оболочки, которая определяется как лентовидная тень около стенок пазухи.

ГЕБЕРДЕНА УЗЛЫ - остеофиты в области концевых фаланговых суставов. Развивается остеопороз, укорочение фаланг, сужение рентгеновской суставной щели, деформации суставов. Возникают вследствие обменно-дистрофических процессов. Чаще наблюдаются у женщин 40-60 лет.

ГИПЕРОСТОЗ- диффузное утолщение кости с увеличением её массы, которое отражает процессы повышенного костеобразования. Кость становится толще за счет кортикального слоя. Первичный гиперостоз наблюдается при гигантизме.

Вторичный гиперостоз бывает травматический, воспалительный, опухолевый, токсический, гормональный.

ГИПЕРТЕНЗИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ - рентгено-логически проявляется усилением внутреннего рельефа черепных костей, их истончением, расширением турецкого седла, остеопорозом и выпрямлением его стенок, расширением черепных швов и отверстий, изменением формы черепа и положения черепных ямок, расширением диплоитических вен и венозных выпускников.

ГИПЕРТРОФИЯ КОСТИ - увеличение объема кости в результате утолщения коркового слоя при сохранении структуры губчатого вещества. Возникает вследствие постоянной функциональной перегрузки кости.

ДЕСТРУКЦИЯ КОСТИ - разрушение кости с заменой её патологической тканью (гнойными грануляциями, опухолевой, фиброзной). На рентгенограм

ме проявляется отсутствием нормальной костной структуры. Рентгенологическая картина деструкции отражает структуру замещающей кость ткани - просветление при гнойной деструкции, ячеистость при фиброзной дисплазии.

ДЕФЕКТ КОСТИ - отсутствие костной ткани (изъян) без замещения патологической тканью. Дефекты кости бывают врожденные и приобретенные.

ДИСПЛАЗИЯ КОСТИ - нарушение костеобразования вследствие генетических причин. Рентгенологическая картина отражает характер нарушения костеобразования.

ДИСТРОФИЯ КОСТИ — нарушение ремодуляции кости вследствие эндогенных или экзогенных причин. Рентгенологическая картина отражает характер нарушения костеобразования.

ОСТЕОПОРОЗ - дистрофический процесс, при котором происходит истончение и исчезновение костных балок. В

компактном слое происходит его истончение и разволокнение, костномозговой канал расширяется. В губчатом веществе - расширение костных ячеек с уменьшением костных балок, истончением оставшихся костных балок, иногда с их компенсаторной гипертрофией.

ОСТЕОСКЛЕРОЗ - костная перестройка, при которой увеличивается количество костных балок в единице объема кости. Рентгенологически проявляется утолщением кортикального слоя кости, сужением костномозгового канала и полным исчезновением губчатого рисунка.

ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА - дегенеративно-дистрофическое поражение межпозвоночных дисков. Рентгенологически при первой стадии выявляется нарушение статики позвоночника - выпрямляется лордоз и появляется сколиоз. Изменения пульпозного ядра выявляются при МРТ. Вторая стадия

кового диска, изменение высоты и конфигурации дисков, краевые разрастания может быть частичный или неравномерный остеопороз с появлением симптома «распорки». В дальнейшем развивается патологическая сминаемость позвонков остеопороз краев их тел, обызвествление выпавшей части межпозвонкового диска, «вакуум-феномен» - линейное просветление на фоне межпозвонкового промежутка, персистирующие апофизы внедрение студенистого ядра в подхрящевую поверхность с отслоением переднего или заднего края тела позвонка, субхондральный склероз, спондилоартроз, деформация межverteбральных сочленений.

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТИ — остеопороз;
периостит линейный, в том числе
слоистый (луковичный) или/и бахромчатый;
деструкция; секвестрация; остеосклероз;
распространение на сустав. Патномоничные
симптомы воспаления - секвестрация и
распространение на сустав.**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ - остеопороз; деструкция; периостит спикулоподобный (игольчатый) или в виде козырька; прорыв кортикального слоя и прорастание мягких тканей. При саркоме Юинга периостальная реакция может быть в виде линейного и бахромчатого периостита. При остеогенной саркоме деструкция может быть в виде участка остеосклероза, могут быть окостенения в мягких тканях и тень опухоли.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ - разрастание «сидит» на ножке или широком основании, сохраняет материнскую структуру, отодвигает или сдавливает соседние органы и ткани. Доброкачественные опухоли - остеома компактная, остеома губчатая, остеохондрома, хондрома и другие.

СПОНДИЛЕЗ ДЕФОРМИРУЮЩИМ - дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника вследствие естественного старения организма. Первичной дегенерации подвергаются наружные волокна фиброзного кольца, упругость пульпозного ядра не меняется. Рентгенологически выявляются остеофиты при отсутствии снижения межпозвонкового диска.

ФОРЕС I БЕ БОЛЕЗНЬ - анкилозирующий старческий гиперостоз позвоночника (фиксирующий лигаментоз). Характеризуется массивным окостенением продольных связок позвоночника в шейном и грудном отделе, поперечник тел позвонков расширен из-за разрастания костных масс, «талиа» позвонков отсутствует. В отличие от болезни Бехтерева заболевание развивается в пожилом возрасте, не поражает мелкие суставы и крестцово-подвздошные сочленения.

Болезнь дивертикулярная кишечника	98
Болезнь желчнокаменная.....	100
Болезнь легких диффузная интерстициальная .	101
Болезнь легких хроническая обструктивная (хобл)	102
Болезнь мочекаменная	104
Болезнь язвенная желудка и двенадцатиперстной кишки	105
Бородавки	107
Бронхит острый	109
Бронхоэктазы	НО
Бруцеллез.....	112
Бурит.	ИЗ
Варикозное расширение вен нижних конечностей	115
Варикоцеле	116
Вич-инфекция - спид	117
Волчанка дискоидная красная	119
Волчанка системная красная	120
Вульвовагинит бактериальный	122
Вульвовагинит кандидозный	122
Вывих	123

Вывих в тазобедренном суставе врожденный...	
125	
Выпадение прямой кишки.....	127
Гастрит хронический	128
Гематурия.....	130
Геморрой	130
Гиперплазия доброкачественная пред- ста- тельной железы.....	132
Гестоз	133
Г идроцеле	134
Гиперплазия доброкачественная пред- стательной железы	135
Гипертензия артериальная (гипертони- ческая болезнь - при отсутствии причины гипертензии)...	137
Гипертиреоз.....	139
Глаукома	140
Головная боль.....	141
Грыжи живота.....	142
Грыжа межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника.....	143
Грыжа межпозвоночного диска шейного и грудного отделов позвоночника	145
Демпинг-синдром.....	146

Дермами агонический	148
Дерматомикозы.....	150
Дерматомикоз стоп	151
Деформации грудной клетки врожденные...	152
Диабет сахарный.....	153
Диарея хроническая	154
Дивертикул двенадцатиперстной кишки	155
Дивертикул меккеля.....	156
Дивертикулы пищевода	157
Дисменорея.....	157
Зоб диффузный токсический	158
Зоб узловой токсический.....	158
Зоб эндемический.....	159
Зуд анальный	159
Зуд генитальный.....	160
Колит язвенный неспецифический	161
Крипторхизм	163
Кровотечения маточные дисфункциональные..	164
Ларингит хронический.....	165
Ларинготрахеит.	167

Легкое фермера	168
Описторхоз.....	IW
Опухоли костей щПрщ і и < I и —и	170
Опухоли костей і ни I и і і і—к	171
Опухоли кроветворной и лмфямоі ткани	172
Опухоли печени первичные дсорокаче- ственные	173
Опухоли печени первичные злокачественные.... 174	
Опухоли средостения доброкачественные ..	175
Опухоли средостения злокачественные.....	177
Опухоли щитовидной Железы.....	179
Опухоли и опухолевидные новообразования яичников.....	180
Опущение и выпадение Матки и влагалища..... 182	
Остеоартроз	183
Остеомиелит	185
Остеопороз	187
Остеохондроз позвоночника	188
Отит наружный.....	190

Отит средний гнойный хронический	191
Панкреатит хронический	193
Парапроктит хронический	194
Периартроз плечелопаточный	195
Пиелонефрит	196
Плевриты	198
Плоскостопие	200
Пневмоторакс	201
Поликистоз яичников	202
Полип шейки матки	203
Поллиноз	203
Предлежание плаценты	204
Простатит	206
Псориаз	207
Рак влагалища	209
Рак вульвы	210
Рак гортани	210
Рак желудка	211
Рак кожи	212
Рак легкого	213
Рак молочной железы	214

Рак мочевого пузыря _____	I -
Рак нижней губы _____	I ~
Рак толстого кишечника ^{в пищеводе} _____	ки
.....	
Рак пищевода _____	<u>У*</u>
Рак предстательной —.....
Рак шейки матки.....
Расширение вен варикозе _____	HZ
Рахит.....	"4
Рвота беременных 226
Тонзиллит хронически*	22*
Трихомонада.....	22 ^{3/4}
Тромбоз глубоких вен _____	<i>инициэ-</i>
стей
Тромбофлебит Поверхностный.	23,
Туберкулез	232
Угри.....
Фарингит хронический _____	I
Фибромиома матки.....
Холестит хронический	239
Цирроз печени.....	240
Цистит.....	24!

Эхинококкоз легкого	242
Эхинококкоз печени	243
Ячмень	244
Материалы к работе в условиях чрезвычайных ситуаций (природные, техногенные, эпидемио-логические Катастрофы).....	245
Гемоторакс	252
Ожоги	254
Ожоговая болезнь	255
Ожоговый шок.....	257
Основные признаки ожогового шока степени тяжести	259
Первая помощь при ожогах.....	262
Лечение ожоговых ран	267
Химические ожоги	269
Отморожения.....	271
Отравления.....	273
Ампутации конечностей.....	276
Перелом костей	277
Переохлаждение общее.....	279
Ранения огнестрельные.....	280
Травмы грудной клетки.....	283

Травмы брюшной полости.....	288
Травмы лица.....	289
Травмы почек.....	291
Травмы мочевого пузыря.....	293
Травмы позвоночно-спинномозговые	294
Травмы черепно-мозговые.....	295
Лихорадка геморрагическая конго-крым- ская	296
Туляремия.....	298
Холера.....	301
Чума.....	302
Язва сибирская.....	304
Ящур.....	306
Краткая рентгенологическая симпто- матика заболеваний органов дыхания	308
Агенезия легкого.....	309
Аспергиллез легких.....	310
Астма бронхиальная.....	310
Ателектаз.....	311
Бронхоэктазы.....	313
Бронхоэктатическая болезнь.....	313

Гамартома.....	314
Гемоторакс.....	414
Зоб загрудинный	3]5
Инородные тела бронхов и легких	315
Мезотелиома плевры.....	316
Метастазы злокачественных опухолей в легкие.....	316
Невринома средостения.....	317
Обызвествлениеплевры.....	317
Опухоли легких доброкачественные	318
Опухоли средостения.....	31 ^
Плеврит выпотной.....	3] 9
Плеврит диафрагмальный.....	320
Плеврит осумкованный.....	321
Плеврит сухой (фибринозный)	322
Пневмония	322
Пневмония хроническая неспеци-фиче- ская	323
Пневмосклероз	324
Пневмоторакс.....	324
Пневмофиброз	325
Рак легкого центральный (рак бронха)	326

Рак легкого периферический.....	327
Рак легкого	328
Рак верхушки легкого (опухоль rancoast). 328	
Тератомы средостения (терато-дермоид-ные кисты)	329
Тимома.....	329
Туберкулез легких.....	329
Эмпиема плевры	337
Эмфизема легких	337
Эмфиземные буллы	338
Эхинококкоз легких	338
Краткая рентгенологическая симптоматика заболеваний костно-суставной системы.....	339

Отпечатано в ТОО «Литер-Принт» Республика Казахстан
пр.Сефуллина 312 тел.: 8 (727) 383 04 06 факс: 8 (727) 383
06 15

Подписано в печать 21 ноября 2012г Формат 60х90 Бумага
офсетная Печать офсетная. Объем 22.75 печатных листов.
Тираж 2 000 экт. Закат №7555.