

ПОЛНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СПРАВОЧНИК

Самый полный, понятный и доступный справочник, который поможет вам самостоятельно оценить состояние своего здоровья.

- ♦ Исчерпывающая медицинская информация об основных системах организма и их функциях: сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной, нервной, опорно-двигательной и др.
- ♦ Точное описание симптомов заболеваний
- ♦ Новейшие методики диагностики
- ♦ Проверенные способы лечения
- ♦ Надежные методы самодиагностики

www.ksdbook.ru

ISBN 978-5-9910-3816-4



9 785991 038164

www.bookclub.ua

ISBN 978-617-12-2486-5






9 786171 224865

ПОЛНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СПРАВОЧНИК

ПОЛНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СПРАВОЧНИК



 СИМПТОМАТИКА
 ДИАГНОСТИКА
 ЛЕЧЕНИЕ

ВСЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА



ПОЛНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СПРАВОЧНИК



симптоматика



диагностика



лечение

ВСЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА

ХАРЬКОВ
БЕЛГОРОД
2017



КЛУБ
СЕМЕЙНОГО
ДОСУГА

УДК 616
ББК 5я2
П51



Никакая часть данного издания не может быть скопирована или воспроизведена в любой форме без письменного разрешения издательства

Издательство не несет ответственности за возможные последствия выполнения приведенных рекомендаций. Книга не может заменить консультации квалифицированного специалиста

Под общей редакцией к. м. н. *Стеценко Т. В.*

Дизайнер обложки *Ирина Севастьянова*

Довідкове видання

Справочное издание

Повний медичний довідник.
Діагностика. Симптоматика. Лікування
(російською мовою)

Керівник проекту *З. О. Бакуменко*
Координатор проекту *С. І. Мозгова*
Відповідальний за випуск *А. І. Кривко*
Художній редактор *Ю. О. Сорудейкіна*
Технічний редактор *В. Г. Євлахов*
Коректор *О. М. Шелест*

Підписано до друку 20.02.2017.
Формат 84x108/32. Друк офсетний.
Гарнітура «Myriad Pro». Ум. друк. арк. 26,88.
Наклад 9000 пр. Зам. №

Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля»
Св. № ДК65 від 26.05.2000
61140, Харків-140, просп. Гагаріна, 20а
E-mail: cop@bookclub.ua

Віддруковано у державному видавництві
«Преса України»
03047, м. Київ, просп. Перемоги, 50
Свідцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру ДК №310 від 11.01.2001 р.

Полный медицинский справочник.
Диагностика. Симптоматика. Лечение

Руководитель проекта *З. А. Бакуменко*
Координатор проекта *С. И. Мозговая*
Ответственный за выпуск *А. И. Кривко*
Художественный редактор *Ю. А. Сорудейкина*
Технический редактор *В. Г. Евлахов*
Корректор *О. Н. Шелест*

Підписано в печать 20.02.2017.
Формат 84x108/32. Печать офсетная.
Гарнітура «Myriad Pro». Усл. печ. л. 26,88.
Тираж 9000 экз. Зак. №

Книжный Клуб «Клуб Семейного Досуга»
Св. № ДК65 от 26.05.2000
61140, Харьков-140, просп. Гагарина, 20а
E-mail: cop@bookclub.ua

Отпечатано в государственном издательстве
«Пресса Украины»
03047, г. Киев, пр. Победы, 50
Свидетельство о внесении субъекта издательского дела
в Государственный реестр ДК №310 от 11.01.2001 г.

ISBN 978-617-12-2486-5 (Украина)
ISBN 978-5-9910-3816-4 (Россия)

- © DepositPhotos.com / Nobilior, razvan-chirnoaga, pressmaster, alexraths, 18percentgrey, обложка, 2017
- © Книжный Клуб «Клуб Семейного Досуга», издание на русском языке, 2017
- © Книжный Клуб «Клуб Семейного Досуга», художественное оформление, 2017
- © ООО «Книжный клуб "Клуб семейного досуга"», г. Белгород, 2017

Вступление

Залогом успеха укрепления здоровья и профилактики заболеваний является содружество медиков с широкими массами населения. Этим задачам и служит настоящее справочное издание.

В справочнике доступно изложены современные представления о строении и функциях человеческого организма, механизмах основных процессов жизнедеятельности, факторах окружающей среды, оказывающих влияние на здоровье человека.

Читатели могут получить необходимые сведения о причинах возникновения наиболее распространенных нервных, сердечно-сосудистых, легочных, желудочно-кишечных и др. заболеваний, их симптомах, принципах диагностики.

Все статьи данного справочника носят ознакомительный характер, а приведенные лечебные средства не должны применяться без назначения действующего врача.



ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Опорно-двигательная система состоит из скелета и мышц. Она позволяет человеку совершать различные движения, а также защищает внутренние органы от повреждения. Скелет определяет форму тела, к нему прикреплены мышцы. В организме человека насчитывается более 220 костей, образующих скелет головы, туловища, верхних и нижних конечностей и их поясов. У мужчин масса костей скелета составляет 18 % от массы тела, а у женщин — 16 %.

Соединение костей в скелете подразделяется на три типа: неподвижное, полуподвижное и подвижное. Неподвижное соединение представлено костями черепа, полуподвижное — соединением позвонков или ребер с грудиной, осуществляющееся с помощью хрящей и связок. Наконец, подвижно соединяются суставы. Каждый сустав состоит из суставных поверхностей, сумки и жидкости, находящейся в суставной полости. Суставная жидкость уменьшает трение костей при движении. Суставы чаще всего укреплены связками, которые и ограничивают амплитуду движений.



Скелет человека состоит из костей. Различают длинные (кости плеча, предплечья, бедра, голени), короткие (кости кисти и стопы) и плоские (кости черепа, лопатки) кости. Сверху кости покрыты плотной оболочкой — надкостницей, через мелкие отверстия которой проходят кровеносные сосуды, питающие кость. Благодаря надкостнице обеспечивается рост костей в толщину и срастание костей при переломе. Концы кости покрыты хрящом. За счет деления клеток хряща кость растет в длину. За надкостницей расположено компактное плотное вещество, пропитанное солями кальция, а под ним — губчатое вещество кости, которое состоит из множества перекрещивающихся костных пластинок, придающих им прочность. Длинные трубчатые кости внутри имеют полость, заполненную костным мозгом.

Скелет составляют кости головы (череп), туловища, верхних и нижних конечностей.

Череп состоит из мозгового и лицевого отделов. Мозговой отдел — черепная коробка — защищает головной мозг от повреждений. Мозговой отдел образован лобной, затылочной, двумя теменными и двумя височными костями. В состав лицевого отдела черепа входят различные крупные и мелкие кости (например, верхняя и нижняя челюсти, скуловые и носовые кости). Все они неподвижно соединены между собой, кроме нижнечелюстной кости. Скелет туловища образуют позвоночник и грудная клетка. Позвоночник включает в себя 7 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых и 4—5 копчиковых позвонков, в соответствии с которыми и различают пять отделов позвоночника — шейный, грудной, поясничный, крестцовый и копчиковый. Позвоночник человека, в отличие от позвоночника животных, имеет четыре изгиба. Их появление связано с прямохождением и способствует смягчению толчков при ходьбе, беге, прыжках, предохранению внутренних органов и спинного мозга от сотрясений. Каждый позвонок состоит из тела и дуги с несколькими отростками. Внутри позвоночника проходит позвоночный канал, окружающий спинной мозг.

Грудные позвонки, ребра и грудная кость (грудина) образуют грудную клетку, которая находится в верхней части туловища.



Грудная клетка защищает от повреждений расположенные в ней сердце и легкие. У человека 12 пар плоских, дугообразно изогнутых ребер. Ребра подвижно сочленены с позвонками сзади, а спереди они (кроме двух пар нижних ребер) при помощи гибких хрящей соединяются с грудиной, расположенной по средней линии груди. Это позволяет грудной клетке расширяться или сужаться при дыхании.

Скелет верхней конечности (руки) состоит из трех отделов: плеча, предплечья и кисти. Длинная плечевая кость образует плечо. Две кости — локтевая и лучевая — составляют предплечье. С предплечьем соединяется кисть, состоящая из мелких косточек запястья и пясти, образующих ладонь, и гибких подвижных пальцев (их у человека пять, причем большой палец, в отличие от животных, противопоставлен остальным четырем). При помощи лопаток и ключиц, образующих плечевой пояс, кости руки прикрепляются к костям туловища.

Нижняя конечность (нога) состоит из бедра, голени и стопы. Бедро образовано бедренной костью, которая является самой крупной костью нашего тела. Голень состоит из двух берцовых костей, а стопа — из нескольких костей, самая крупная из которых пяточная. Нижние конечности прикреплены к туловищу с помощью пояса нижних конечностей (тазовых костей). Кости конечностей соединяются между собой подвижно при помощи суставов.

Движение тела человека, его отдельных частей и работа многих внутренних органов обеспечиваются мышцами, образованными мышечной тканью. Работа мышц основана на способности мышечной ткани сокращаться.

Различают гладкие и поперечнополосатые мышцы. Гладкие мышцы находятся во внутренних органах и образуют стенки кровеносных сосудов, дыхательных путей, желудка, кишечника. Сокращаются гладкие мышцы медленно и могут долго находиться в сокращенном состоянии.

К поперечнополосатым относятся мышцы туловища и конечностей. Сила сокращения поперечнополосатых мышц больше, чем гладких. В световом микроскопе мышечные волокна выглядят поперечно исчерченными — с чередующимися свет-

лыми и темными полосами. Мышцы данного вида состоят из множества мышечных волокон, которые собраны в пучки. К костям они крепятся сухожилиями, которые образованы плотной соединительной тканью. В теле человека насчитывается несколько сот поперечнополосатых мышц.

Выделяют три основные группы мышц: головы, туловища и конечностей. К первой группе относятся жевательные и мимические мышцы. Жевательные мышцы обеспечивают пережевывание пищи, приводя в движение нижнюю челюсть. Мимические, сокращаясь, изменяют выражение лица и помогают человеку в процессе общения.

К мышцам туловища относятся мышцы груди, спины и живота. Мышцы груди принимают участие в движении грудной клетки, а также рук (с помощью большой грудной мышцы). Мышцы живота образуют брюшной пресс, с помощью которого органы брюшной полости удерживаются в нормальном положении. Они состоят из слоев, волокна которых перекрещиваются, что делает стенку живота более прочной и позволяет ей преодолевать давление внутренних органов. А мышцы спины участвуют в движении позвоночника и обеспечивают сохранение вертикального положения тела.

Наконец, мышцы конечностей способствуют движению рук и ног. Мышцы рук позволяют человеку совершать сложные движения, а мышцы ног удерживают тело в вертикальном положении.

В основе любых движений человека лежит сокращение мышц. Мышцы, обеспечивающие движение, делятся на две группы: сгибатели и разгибатели. Они работают согласованно, а руководит их работой нервная система. Утомление мышц связано с истощением энергетических запасов организма. Для восстановления работоспособности мышцам необходим отдых.

Ортопедические заболевания

АНКИЛОЗ — неподвижность в суставе как исход патологических изменений в нем. Возникает в результате воспалительных



изменений в суставе, а также после тяжелых внутрисуставных переломов, связанных с разрушением суставных поверхностей. Особенно часто анкилоз образуется после открытых травм сустава, сопровождающихся развитием в нем длительно текущего дегенеративного процесса. При этом наступает дегенерация хрящевого покрова суставных поверхностей с разрастанием соединительной фиброзной (фиброзный анкилоз) или костной (костный анкилоз) ткани. Длительное пребывание в гипсовой повязке также способствует возникновению анкилоза сустава.

Симптомы, течение. Основная жалоба при фиброзном анкилозе — боль в суставе. При этом остаточные качательные движения сохранены. Костный анкилоз характеризуется отсутствием болевых ощущений и каких-либо движений в суставе. При анкилозе сустава в функционально выгодном положении пользование конечностью возможно. В то же время, например, при анкилозе коленного сустава в положении сгибания или локтевого сустава в положении полного разгибания опорная функция нижней конечности становится невозможной, а верхней — малопригодной даже для самообслуживания.

Диагноз подтверждают рентгенологическим исследованием сустава.

Лечение оперативное, показано лишь при анкилозе в порочном, афункциональном положении.

БУРСИТ — воспаление околосуставной слизистой сумки. Причины: травма (ушиб), особенно повторная, длительная хроническая травматизация, инфицирование ссадин, порезов в области сумки и др.

Симптомы, течение. Для гнойного бурсита характерно острое начало. При хроническом серозном бурсите жидкость постепенно накапливается в слизистой сумке, не вызывая боли. Основным симптомом — локализованная припухлость в области расположения околосуставной сумки, чаще всего на передней поверхности коленного сустава или в области локтевого отростка. Гнойный бурсит может осложниться флегмоной окружающих мягких тканей. При самопроизвольном вскрытии возникают свищи.



Лечение. При остром серозном бурсите — покой, иммобилизация сустава, тепловые процедуры. При хроническом — пункция сумки в асептических условиях, удаление экссудата с его бактериологическим исследованием, давящая повязка. При рецидивирующем течении хронического бурсита показано оперативное лечение — иссечение слизистой сумки. При гнойном бурсите делают разрез для дренирования сумки, назначают антибиотики.

ВЫВИХИ — полное стойкое смещение суставных поверхностей костей за пределы физиологической нормы. При этом всегда нарушается целостность суставной сумки. Неполное смещение называют подвывихом. Различают травматические, привычные, патологические вывихи.

Травматический вывих возникает при сильной механической травме сустава. Наблюдаются закрытые и более тяжелые по течению и прогнозу открытые вывихи, при которых имеется рана в области сустава.

Симптомы, течение. Боль в суставе, невозможность активных и пассивных движений в нем и нарушение его конфигурации. Тяжелым осложнением вывиха может быть повреждение близлежащих кровеносных сосудов или нервов. Если вывих не вправлен в течение первых 2 ч после травмы, его называют застарелым. Лечение его (особенно вправление) может представлять трудную задачу. Открытый вывих может осложниться гнойным артритом.

Диагноз ставят на основании клинических симптомов с обязательной рентгенографией сустава, так как вывихи иногда сочетаются с околосуставными переломами. Этот метод важен также для диагностики подвывиха, имеющего менее яркую симптоматику.

Лечение. При вывихах в крупных суставах необходима их иммобилизация и срочная госпитализация в хирургический стационар, где проводят вправление вывиха и иммобилизацию сустава на срок не менее 3 недель с последующей лечебной гимнастикой и физиотерапией. Вывихи в мелких суставах, например кисти, нижней челюсти, устраняют амбулаторно. При застарелых вывихах нередко показано оперативное лечение.



Привычный вывих нередко бывает при преждевременном прекращении иммобилизации после вправления первого вывиха и выражается в часто возникающих вывихах в суставе даже при небольшой травме. Самая частая локализация — плечевой сустав. Диагноз ставят только на основании анамнеза и рентгенографии сустава.

Лечение, как правило, оперативное.

Патологический вывих наступает в результате разрушения сустава каким-либо патологическим процессом (туберкулез, остеомиелит). Чаще наблюдается у детей. Конечность отстает в росте, характерна чрезмерная подвижность (разболтанность) в суставе.

Лечение оперативное. Применяют также ортопедические аппараты.

ГЕМАРТРОЗ — кровоизлияние в полость сустава. Возникает при ушибе, чаще при внутрисуставных повреждениях сустава (разрывы капсулы, мениска, вывихи, подвывихи, переломы). Может возникать при заболеваниях крови с нарушением свертывающей системы (гемофилия). Самая частая локализация — коленный сустав.

Симптомы, течение. Кровь заполняет полость сустава и его завороты, вызывая боль, увеличение объема сустава, ограничение и болезненность движений. Для исключения травмы костей необходима рентгенография сустава. Осложнения: переход в хроническое течение с развитием синовита; при инфицировании содержимого сустава может развиваться гнойный артрит.

Лечение. Транспортировка в стационар с иммобилизацией сустава, пункция сустава в асептических условиях, удаление крови; давящая повязка на коленный сустав в виде кольца, задняя гипсовая лонгета на 2—3 недели. После этого назначают лечебную гимнастику, физиотерапию.

ИСКРИВЛЕНИЕ I ПАЛЬЦА СТОПЫ — частая двусторонняя деформация, возникающая на фоне поперечного и продольного плоскостопия. У женщин бывает значительно чаще, чем



у мужчин. Деформации способствует ношение узкой обуви на высоком каблуке.

Симптомы, течение. Боль в головках плюневых костей, в области воспаленной слизистой сумки по внутренней стороне головки I плюневой кости, увеличение и деформация головки, отклонение I пальца кнаружи.

Лечение. При остром воспалении слизистой сумки — покой, теплые ванны, анальгетики, неспецифические противовоспалительные средства (индометацин, диклофенак и др.). Помогает специальная ортопедическая обувь, при неэффективности консервативного лечения — операция. После выписки проводят лечебную гимнастику, массаж голеней и стоп, теплые ванны, физиотерапевтическое лечение.

КОНТРАКТУРА — ограничение подвижности в суставе. Врожденные контрактуры редки. Они проявляются в виде косялапости. Приобретенные контрактуры могут быть неврогенными в результате заболевания или травмы нервной системы и посттравматическими (чаще всего) вследствие внутрисуставных или околоуставных повреждений, травм или ожога мягких тканей с последующим развитием рубцов.

Лечение раннее и комплексное: применение лечебной гимнастики, физиотерапия, массаж, санаторно-курортное лечение, по показаниям оперативное.

Косоплапость — деформация стопы с поворотом ее внутрь и в сторону подошвы. Причины косялапости: деформация костей и контрактура в суставах стопы. Бывает врожденной и приобретенной. Приобретенная косялапость иногда развивается после травм стопы и голеностопного сустава, при заболеваниях нервной системы. Важна профилактика при лечении основного заболевания.

КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА — сведение пальцев кисти в результате рубцового перерождения ладонного апоневроза. Причины неизвестны. Способствующим фактором являются хронические микротравмы кисти.



Симптомы, течение. Ранняя стадия — появляется плотный узелок на ладони, чаще по ходу сухожилия IV пальца, в поздних стадиях наступает контрактура одного или нескольких пальцев.

Лечение ранней стадии консервативное (физиотерапия, компрессы с ронидазой, теплые ванночки); в поздних стадиях (при развитии сгибательной контрактуры) показано оперативное лечение. После выписки и заживления ран проводят лечебную гимнастику, теплые ванны, физиотерапевтическое лечение.

КРИВОШЕЯ — фиксированный наклон головы в сторону одной из грудино-ключично-сосцевидных мышц в сочетании с поворотом головы в противоположную сторону в результате рубцового изменения мышцы. Бывает врожденной и приобретенной. Приобретенная кривошея возникает как осложнение ожогов, заболеваний шейного отдела позвоночника. Для лечения кривошеи применяют пластические операции.

ОСТЕОМИЕЛИТ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ — воспалительный инфекционный процесс в кости, возникающий вследствие открытого перелома ее, огнестрельного ранения или нагноения раны мягких тканей, расположенных рядом с костью. В основе заболевания лежит некроз различных по толщине участков кости с последующим нагноением, образованием свища и медленным отторжением секвестра.

Симптомы, течение. Острое течение (высокая температура, лейкоцитоз в крови, боль и воспаление в ране, появление в ней гноя) сменяется хроническим (один или несколько свищей с периодическим выходом мелких секвестров при отсутствии признаков интоксикации организма). При тяжелом течении остеомиелит может осложниться сепсисом. Длительно существующий хронический остеомиелит осложняется амилоидозом внутренних органов.

Диагноз ставят на основании анамнеза, наличия свищей и характерной рентгенологической картины. В некоторых случаях необходима томография.

Лечение оперативное — вскрытие секвестральной коробки, удаление секвестров и ее содержимого. Антибиотики. Об-



щеукрепляющее лечение (витаминотерапия, полноценное питание, санаторно-курортное лечение).

ПЕРЕЛОМ — нарушение анатомической целостности кости вследствие травмы. В области перелома, как правило, образуется гематома. При открытом переломе кровь изливается в рану, происходит быстрое инфицирование перелома. Множественные переломы (несколько костей у одного человека) часто сопровождаются шоком.

Симптомы, течение. Боль, деформация и нарушение функции конечности. При переломах без смещения клиническое течение сходно с ушибом. Характер сопутствующих травм зависит от локализации перелома. Так, перелом костей черепа обычно сопровождается травмой головного мозга; при переломе позвоночника может возникнуть повреждение спинного мозга; при переломе таза — травма мочеиспускательного канала или мочевого пузыря; при переломе костей конечностей возможно повреждение крупных сосудов и нервов. При открытых переломах нередко возникают нагноение раны и остеомиелит. Неблагоприятное течение перелома ведет к его несращению, ложному суставу, контрактурам. У пожилых людей переломы, лечение которых требует длительного пребывания в постели (например, перелом костей таза, бедра, позвоночника), могут осложниться быстрым развитием пролежней, пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии. Опасны для жизни переломы костей свода и основания черепа (часто бессознательное состояние, кровотечение из ушей и носа), переломы шейных позвонков с повреждением спинного мозга (нарушение дыхания, тетраплегия), множественные переломы ребер (нарушение дыхания, гипоксия, шок), множественные переломы таза (кровотечение, шок). Диагноз ставят на основании характерных симптомов и данных рентгенологического исследования.

Лечение переломов всегда имеет неотложный характер. При открытых переломах вводят противостолбнячную сыворотку и анатоксин. Больные с переломами костей головы, туловища, крупных костей конечности и со всеми открытыми переломами подлежат экстренной госпитализации и стационарному



лечению. Первая помощь на догоспитальном этапе: транспортная иммобилизация, наложение асептической повязки на рану, остановка кровотечения. В большинстве случаев пострадавших транспортируют лежа на щите, одновременно проводят профилактику шока. После прекращения лечебной иммобилизации назначают лечебную гимнастику, массаж, физиотерапию, санаторно-курортное лечение.

Иммобилизация — обездвиживание поврежденного участка тела. Различают транспортную и лечебную иммобилизацию. Первую применяют при оказании первой помощи (переломы, вывихи, обширные раны мягких тканей). Для этой цели используют стандартные шины (проволочные, фанерные, пластмассовые) или шины из подручного материала (лыжи, доски и др.). На рану до шинирования после обработки кожи 5%-ным спиртовым раствором йода накладывают стерильную повязку, на костные выступы — подкладку под шину из мягкого материала или ваты. Шины должны быть такой длины, чтобы они обездвиживали два соседних с областью травмы сустава: например, при переломе голени шина должна проходить от верхней трети бедра до конца пальцев стопы. В зимнее время конечность, на которую наложена шина, укутывают. Лечебную иммобилизацию применяют в стационаре или поликлинике на срок до полного заживления повреждения. С этой целью используют гипсовую повязку, скелетное вытяжение, фиксаторы для погружного остеосинтеза и аппараты чрескожной наружной фиксации.

Гипсовая повязка — отвердевающая повязка для иммобилизации при переломах костей, вывихах и при лечении обширных повреждений мягких тканей. Применяется для длительной (лечебной) иммобилизации после вправления перелома, вывиха, обработки ран. Как правило, после наложения повязки проводят рентгенографический контроль. При первых признаках сдавления тканей гипсовой повязкой (усиление боли, онемение и побледнение кожи пальцев кисти или стопы, их похолодание) показаны срочный осмотр хирурга или травматолога и в ряде случаев смена повязки. Детям для профилактики сдавления тканей накладывают только лонгетные повязки.



В процессе стационарного и амбулаторного лечения переломов используют различные методы физиотерапии. Эти методы в остром периоде способствуют уменьшению болевой реакции, в последующем — активируют обмен и кровообращение в зоне травмы. В остром периоде, на 2—3 сутки после травмы, применяют УВЧ-терапию, электрофорез с раствором новокаина, индуктотермию. Через 7—10 дней после травмы используют ультразвук как самостоятельно, так и для введения лекарственных препаратов — фонофорез (чаще всего гидрокортизона). В периоде скелетного вытяжения, во время пребывания в гипсовой повязке (через отверстия в ней) и после ее снятия используют электростимуляцию мышц для профилактики иммобилизационной атрофии мышц.

В период лечения скелетным вытяжением, гипсовой повязкой возможности лечения движением (кинезотерапия) ограничены. Показано систематическое применение так называемой подгипсовой гимнастики — статическое напряжение различных групп мышц под повязкой. При этом больной производит как бы попытку движений в том или ином суставе (например, попытка сгибания и разгибания предплечья в локтевом суставе в торакобрахиальной гипсовой повязке). При этом улучшается крово- и лимфообращение в поврежденном сегменте, замедляется атрофия мышц и происходят микродвижения в суставе, что направлено на профилактику контрактуры.

После прекращения лечебной иммобилизации широко используют все методы кинезотерапии — лечебную гимнастику, массаж, механотерапию и трудовую терапию. Противопоказания для лечебной гимнастики — тяжелое общее состояние пострадавшего, высокая температура тела. Массаж не применяют при наличии местных гнойных процессов, тромбофлебита. Массаж локтевого сустава не проводят из-за опасности развития оссифицирующего миозита. Механотерапия не показана при неокрепшей костной мозоли, при выраженной болевой реакции в суставе, при подвывихе или вывихе в суставе.

ПЛОСКОСТОПИЕ — уплощение поперечного и реже продольного сводов стопы. Различают паралитическое, травматическое



и статическое плоскостопие. Паралитическое наблюдается при полиомиелите и параличах другого происхождения, травматическое — после перелома лодыжек или костей стопы. Самый частый вид плоскостопия — статическое: оно возникает вследствие перегрузки стопы в сочетании с конституциональной недостаточностью соединительной ткани.

Симптомы, течение. Стопа имеет распластаный вид, редкие вначале боли в стопе со временем становятся постоянными. Однако иногда даже выраженная деформация стоп не сопровождается болями.

Диагноз ставят на основании характерного вида стоп в вертикальном положении больного, характерной рентгенологической картины переднего отдела стоп и измерения высоты продольного свода на рентгенограмме.

Лечение консервативное. Ношение супинаторов, массаж стоп, лечебная гимнастика, плавание. При сильных болях показана операция.

ПЯТОЧНАЯ ШПОРА (или плантарный фасцит) — заболевание, основным симптомом которого является боль в пятке, возникающая или усиливающаяся при нагрузке. В основе заболевания — воспалительно-дегенеративные изменения подошвенной (плантарной) фасции, возникающие при постоянной микротравматизации (вследствии большой нагрузки от веса тела) с последующим развитием асептического воспаления с болевым синдромом.

Возможно образование остеофитов («пяточных шпор») — краевых костных разрастаний.

Предрасполагающими факторами могут быть лишний вес, заболевания позвоночника, артриты, плоскостопие, подагра, нарушение кровообращения ног.

Лечение. Применение специальных стелек и подпятников, физиотерапевтическое лечение (ультразвук, лазеротерапия и др.), ударно-волновая терапия, местное введение кортикостероидов (флостерон, дипроспан). Рекомендована нормализация веса, своевременное лечение плоскостопия и артритов.



РАЗРЫВ МЕНИСКА — внутрисуставное повреждение его в коленном суставе. Происходит чаще всего у спортсменов при игре в футбол, беге, прыжках.

Симптомы, течение. Повторные блокады коленного сустава, когда поврежденная часть мениска заклинивается между суставными поверхностями. Возникает резкая боль, ограничение движений в суставе, выпот в нем. Симптомы через несколько дней проходят и повторяются при следующей блокаде сустава. При многократных блокадах развивается деформирующий артроз коленного сустава.

Диагноз ставят на основании клинической картины (повторные блокады), УЗИ сустава и пневмоартрографии. С помощью рентгенографии разрыв мениска дифференцируют с внутрисуставными переломами.

Лечение оперативное — удаление мениска. После снятия гипсовой лонгеты проводят лечебную гимнастику, массаж бедра, физиотерапию. Трудоспособность восстанавливается через 1—1,5 месяца.

РАСТЯЖЕНИЕ (дисторсия) — повреждение связок, мышц, сухожилий и других тканей без нарушения их анатомической целостности. Чаще всего наблюдается растяжение связок голеностопного или коленного сустава. Патологоанатомические изменения при растяжении заключаются в надрыве отдельных волокон связок с кровоизлиянием в их толщу.

Симптомы, течение. Отмечаются боль в суставе при движении, припухлость.

Диагноз ставят на основании локальной болезненности при пальпации, кровоподтека, который может выявиться через 2—3 дня после травмы. Дифференцируют с полным разрывом связки. При разрыве наблюдаются более сильная боль, невозможность опираться на конечность, нередко — гемартроз. Все явления при растяжении стихают через 5—10 дней, а при разрыве продолжают в течение 3—4 недель. Рентгенография уточняет диагноз (отрыв костной ткани свидетельствует о полном повреждении связки).



Лечение амбулаторное — тугое бинтование сустава, покой, холод в течение 2 дней, затем тепло. Трудоспособность восстанавливается через 5—7 дней.

СИНОВИТ — воспаление синовиальной оболочки сустава с образованием в нем выпота. Поражается чаще всего коленный сустав. Нередко возникает после травмы сустава, а также при артрите, аллергии, гемофилии. При попадании инфекции развивается гнойный синовит.

Симптомы, течение. Различают острый и хронический синовит. При остром синовите наблюдаются боль, повышение местной температуры, выпот в суставе. Хронический синовит характеризуется нерезкой болью, периодическим накоплением выпота в суставе; при длительном существовании развивается деформирующий артроз.

Диагноз ставят на основании клиники, однако причину синовита выявить нередко трудно. Рентгенографическое исследование исключает костные повреждения. Диагноз уточняют путем исследования жидкости, полученной при пункции сустава (вид клеток, количество белка, микрофлора).

Лечение. Помимо терапии основного заболевания, применяют пункцию сустава, накладывают давящую повязку, производят иммобилизацию конечности гипсовой лонгетой, назначают физиотерапию. При остром синовите лечение проводят в стационаре.

СКОЛИОЗ — боковое искривление позвоночника, бывает врожденным и приобретенным (рахит, паралич мышц спины, травмы).

Симптомы, течение. Выделяют три степени сколиоза: I степень — незначительное исправляющееся искривление; II степень — деформация выражена, исправляется при вытяжении; III степень — выраженная стойкая деформация позвоночника, сочетающаяся с деформацией ребер и ограничением функции дыхания. Чаще всего возникает у детей от 1 года до 16 лет. Для уточнения степени сколиоза необходима рентгенография стоя, лежа и функциональная латерография.



Лечение проводят под наблюдением ортопеда. При I и ряде случаев II степени — консервативное лечение сразу после выявления сколиоза. Лечебная гимнастика, массаж, корригирующие позы, плавание.

При II—III степени — оперативное лечение, корригирующие корсеты, санаторно-курортное лечение.

Ревматические болезни

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ (АФС; антикардиолипидный синдром) — клиничко-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся развитием аутоиммунной реакции на фосфолипиды, присутствующие на мембранах тромбоцитов, клеток эндотелия сосудов и нервной ткани. Включает венозные и (или) артериальные тромбозы, различные формы акушерской патологии (в первую очередь привычное невынашивание беременности), тромбоцитопению, а также другие разнообразные неврологические, кожные, сердечно-сосудистые, гематологические нарушения.

Этиология неизвестна. Предполагается роль бактериальных и вирусных инфекций, имеются данные об иммуногенетической предрасположенности к гиперпродукции АФЛ.

Симптомы. Клинические проявления АФС обусловлены в первую очередь рецидивирующими сосудистыми тромбозами любых сосудов (от капилляров до крупных сосудов, включая аорту) и потому весьма разнообразны.

Диагноз считают достоверным при наличии по крайней мере одного клинического и одного лабораторного из нижеперечисленных критериев.

I. Клинические критерии

1. Сосудистый тромбоз: один или более эпизодов артериального, венозного тромбоза или тромбоза мелких сосудов, кровоснабжающих любой орган и ткань. За исключением тромбоза поверхностных вен, тромбоз должен быть подтвержден



с помощью рентгеновской или доплерангиографии либо морфологически. При морфологическом подтверждении признаки тромбоза должны наблюдаться в отсутствие выраженной воспалительной инфильтрации сосудистой стенки.

2. Акушерская патология: один или более случаев гибели морфологически нормального плода до 10 месяцев гестации; один или более эпизодов преждевременной гибели морфологически нормального плода до 34 недели гестации в связи с выраженной преэклампсией или эклампсией или тяжелой плацентарной недостаточностью; три и более эпизодов необъяснимых, последовательно развивающихся спонтанных аборт до 10 недель гестации при исключении анатомических и гормональных нарушений у матери и хромосомных нарушений как у матери, так и у отца.

II. Лабораторные критерии

1. Антитела к кардиолипину IgG или IgM в сыворотке в средних или высоких титрах, по крайней мере, 2 раза в течение 6 недель, определенных с помощью иммуноферментного метода.

2. Волчаночный антикоагулянт, выявляемый в плазме, по крайней мере, 2 раза в течение 6 недель стандартизованным методом.

Лечение АФС направлено на: подавление выработки АФЛ, механическое удаление АФЛ, профилактику рецидивов тромбозов. Применяются иммунодепрессанты. Для механического удаления АФЛ — плазмаферез.

АРТРИТ ПСОРИАТИЧЕСКИЙ — воспалительное заболевание суставов у больных псориазом.

Этиология, патогенез неясны. Артрит чаще развивается при отчетливом поражении кожи, однако полного параллелизма между выраженностью и течением кожного и суставного синдромов нет.

Симптомы, течение. В большинстве случаев псориаз предшествует развитию артрита, однако у некоторых больных они развиваются одновременно. Отличительной особенностью псориатического артрита являются несимметричный характер поражения суставов, нередко над пораженным суставом отмечают багрово-синюшную окраску кожи, часто выявляют сакроилеит,



а в ряде случаев — поражение других отделов позвоночника (спондилит), напоминающее болезнь Бехтерева. Реже встречается специфичный для этого заболевания вариант, протекающий как полиартрит с преимущественным поражением дистальных межфаланговых суставов кистей, быстро прогрессирующей костно-хрящевой деструкцией и развитием значительных деформаций.

Течение псориатического артрита обычно хроническое. Иногда встречаются признаки поражения внутренних органов: глаз (ириты), миокарда (миокардит), нижних отделов мочевыводящих путей (уретрит и др.), а также развитие амилоидоза. Изменения в крови неспецифичны, ревматоидный фактор отсутствует.

Диагноз. Для псориаза характерно поражение кожи и ногтей в сочетании с одним из следующих признаков: поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп; асимметричное поражение суставов; симметричное поражение суставов в отсутствие ревматоидного фактора и подкожных узелков; при рентгенографии периферических суставов определяют эрозивный артрит с минимальной остеопенией, эрозии и анкилоз дистальных межфаланговых суставов; при рентгенографии крестцово-подвздошных сочленений обнаруживают двусторонний или односторонний сакроилеит. Дифференциальный диагноз проводят с ревматоидным артритом, подагрой, синдромом Рейтера, остеоартрозом, а при поражении позвоночника — с анкилозирующим спондилитом.

Лечение. Применяют различные нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, индометацин и др.), внутрисуставное введение глюкокортикоидов. При отсутствии достаточного положительного эффекта проводят курс плазмафереза, применяют также кризанол (как при ревматоидном артрите), в случае значительных кожных изменений — метотрексат (5 мг в неделю и более).

АРТРИТ РЕВМАТОИДНЫЙ — воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся симметричным хроническим эрозивным артритом (синовитом) периферических суставов и системным воспалительным поражением внутренних органов.



Этиология, патогенез остаются не вполне ясными. В роли «артритогенных» могут выступать экзогенные (вирусные белки, бактериальные суперантигены и др.), эндогенные (коллаген типа II, стрессорные белки и др.) и неспецифические (травма, инфекция, аллергены и др.) факторы, иногда токсины (компоненты табака).

В основе ревматоидного артрита лежит генерализованное аутоиммунное воспаление, приводящее к развитию васкулита синовиальной оболочки и других органов, появлению внесуставных (системных) органных проявлений и катаболических нарушений (например, генерализованного остеопороза).

Симптомы, течение. Клинически выраженному поражению суставов при ревматоидном артрите могут предшествовать неспецифические симптомы — ухудшение общего состояния, ощущение слабости, скованности, особенно в утренние часы, артралгии, похудение, субфебрильная температура, лимфаденопатия. Основное проявление заболевания — стойкий артрит (обычно полиартрит) с ранним и предпочтительным вовлечением лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов кистей и плюснефаланговых суставов. Характерны ощущение утренней скованности, боль, припухлость суставов, гипертермия тканей над ними, симметричность артрита. Типично постепенное начало болезни с медленным, но неуклонным прогрессированием артрита и вовлечением в процесс все новых суставов.

Развернутая стадия болезни характеризуется деформирующим, деструктивным (по рентгенологическим данным) артритом.

Внесуставные (системные) проявления ревматоидного артрита наблюдают относительно редко. К ним относят подкожные (ревматоидные) узелки, которые чаще располагаются в области локтевого сустава, серозиты (обычно умеренно выраженные адгезивный плеврит и перикардит), лимфаденопатию, периферическую нейропатию, кожный васкулит, чаще проявляющийся точечными некрозами кожи в области ногтевого ложа, и др.

Клинические признаки поражения внутренних органов обнаруживают редко, обычно у больных с тяжелым серопозитивным ревматоидным артритом.



Ревматоидный артрит, для которого, помимо типичного поражения суставов, свойственны спленомегалия и лейкопения, получил название синдрома Фелти.

Показатели лабораторных исследований неспецифичны. У 70—80 % больных в сыворотке крови выявляют ревматоидный фактор (РФ), эту форму болезни называют серопозитивной. С самого начала заболевания, как правило, повышаются СОЭ, уровень С-реактивного белка в крови, снижается уровень гемоглобина.

Рентгенологически выделяют 4 стадии ревматоидного артрита. В I (начальной) стадии выявляют только околосуставной остеопороз; во II — остеопороз и сужение суставной щели; в III — остеопороз, сужение суставной щели и эрозии костей; IV стадия характеризуется сочетанием признаков III стадии и анкилозом сустава. Раньше всего рентгенологические изменения при ревматоидном артрите появляются в суставах кистей и плюснефаланговых суставах.

Диагноз. Согласно рекомендациям Американской коллегии ревматологов (1987) для диагностики ревматоидного артрита необходимо наличие четырех или более критериев из нижеперечисленных:

- 1) утренняя скованность, продолжающаяся в течение не менее 1 ч;
- 2) артрит трех суставов или более;
- 3) артрит суставов рук;
- 4) симметричный артрит;
- 5) ревматоидные узелки;
- 6) выявление ревматоидного фактора в сыворотке крови;
- 7) рентгенологические изменения (эрозии костей, явный околосуставной остеопороз).

При этом длительность существования первых четырех критериев должна быть не менее 6 недель.

Лечение. При отсутствии ярких внесуставных проявлений (например, высокой лихорадки, синдрома Фелти или полинейропатии) лечение суставного синдрома начинают с подбора нестероидных противовоспалительных средств: диклофенака (75—150 мг в сутки), ибупрофена (1—2 г в сутки) и др.; их применяют



длительно годами. Монотерапия нестероидными противовоспалительными средствами редко позволяет полностью подавить клинические проявления артрита, эти препараты не влияют на прогрессирование повреждения суставов и вызывают достаточно выраженные побочные эффекты, особенно у лиц пожилого возраста.

К средствам базисной терапии относят лекарственные средства, способные длительно воздействовать на аутоиммунные процессы и тормозить прогрессирование заболевания, — препараты хинолинового ряда (хлорохин, гидроксихлорохин), соли золота (кризанол, ауранофин), сульфаниламидные препараты (сульфасалазин), D-пеницилламин, иммунодепрессанты. Базисную терапию обычно начинают при неэффективности лечения противовоспалительными средствами в течение 3—4 месяцев.

Для временного улучшения самочувствия пациента возможно введение глюкокортикоидов (гидрокортизона, метипреда, кеналога) в наиболее воспаленные суставы. Глюкокортикоиды для приема внутрь показаны при выраженных системных проявлениях заболевания (генерализованном ревматоидном васкулите).

Важное значение в лечении имеет лечебная физкультура, направленная на поддержание максимальной подвижности суставов и сохранение мышечной массы. Физиотерапевтические процедуры (электрофорез нестероидных противовоспалительных средств, фонофорез гидрокортизона, аппликации димексида) и санаторно-курортное лечение показаны в начальных стадиях заболевания.

При стойком моно- и олигоартрите проводят синовэктомию, либо введение в сустав изотопов золота, иттрия и др., либо хирургическое вмешательство. При стойких деформациях суставов проводят реконструктивные операции.

АРТРИТЫ МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИЕ — группа заболеваний суставов, обусловленных отложением в них микрокристаллов различного состава. Их общая черта — остро возникающий артрит одного или нескольких суставов, протекающий в виде атак. Наиболее часто микрокристаллические артриты

Содержание

Вступление.....	3
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	4
Ортопедические заболевания.....	7
Ревматические болезни.....	19
СИСТЕМА ОРГАНОВ ЧУВСТВ.....	65
Болезни уха, горла, носа.....	67
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	109
Болезни органов дыхания.....	110
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА	160
Болезни сердечно-сосудистой системы	162
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	266
Болезни органов пищеварения	269
МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.....	330
Болезни почек и мочевых путей.....	332
ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА	363
Эндокринные и обменные болезни.....	366
НЕРВНАЯ СИСТЕМА.....	411
Нервные болезни	413
Использованная литература.....	509