



Ирина Пигулевская

ДОМАШНИЙ ПЕДИАТР



Ирина Пигулевская

**Домашний педиатр. Все, что
нужно знать о детских болезнях**

«Центрполиграф»

2011

Пигулевская И. С.

Домашний педиатр. Все, что нужно знать о детских болезнях /
И. С. Пигулевская — «Центрполиграф», 2011

Ни для кого не секрет, что симптомы многих детских заболеваний схожи, и родители порой не могут определить, к какому врачу стоит обратиться, чтобы как можно быстрее получить квалифицированную помощь. В данном справочнике в простой и доступной форме изложена полезная информация об основных болезнях, которые могут коснуться вашего ребенка. Книга поможет вам разобраться в медицинских показаниях, сориентирует на срок и возможные варианты предстоящего лечения.

© Пигулевская И. С., 2011

© Центрполиграф, 2011

Содержание

Предисловие	5
А	6
Абсцесс	6
Авитаминоз	7
Аденовирусная инфекция	11
Аденоиды	12
Аллергия	13
Аллергический диатез	15
Ангина	16
Анемии	18
Анорексия неврогенная	20
Аппендицит острый	21
Аппендицит хронический	22
Аритмии	23
Конец ознакомительного фрагмента.	24

Ирина Пигулевская

Домашний педиатр. Всё, что нужно знать о детских болезнях

Предисловие

Данный справочник ставит своей целью рассказать родителям в простой и доступной форме об основных заболеваниях, которые встречаются у детей. Не секрет, что симптомы многих из заболеваний схожи, и родители часто не знают даже, к какому врачу обращаться, чтобы быстрее получить помощь. Особенно, если дело происходит на отдыхе, в деревне. В первую очередь скажем, что данная книга не предназначена для самостоятельного лечения ребенка! Это может быть просто опасно! Она поможет вам только разобраться в симптомах и примерно представить, сколько времени займет лечение.

Рецепты отваров и настоев, приведенные в книге, помогут вам, если это одобрит лечащий врач, избежать приема химических лекарств, которых в наше время дети и так принимают в избытке. При этом следует учитывать, что для детей дозировки трав для отваров и настоев уменьшают соответственно их возрасту. Если принять дозу взрослого человека, в возрасте 25 лет и старше, за 1, то от этой дозы надо брать: детям до 1 года – от 1/12 до 1/8; от года до 2 – от 1/8 до 1/4; от 3 до 4 лет – от 1/6 до 1/4; от 4 до 7 лет – 1/3; от 7 до 14 лет – 1/2; от 14 до 25 лет – 2/3. Кроме того, многие сборы содержат мед, и надо быть осторожными в их применении, так как сейчас мед может вызывать у детей аллергические реакции.

При приготовлении сложного сбора лекарственных трав следует равномерно измельчить его компоненты. Большинство сборов готовят и принимают так: 2–3 ст. л. смеси насыпают в термос и заливают 1/2 л крутого кипятка. Утром процеживают и пьют настой в три приема, за 30 минут до еды. Можно готовить настой на два-три дня и хранить в холодильнике.

Можно рассчитывать дозы лекарственных трав и по-другому. Если в рецепте указывается, сколько частей какого растения берется, и не говорится, какая должна получиться общая доза, то следует ориентироваться на суточную дозу сухого лекарственного сбора: до 1 года – 1/2–1 ч. л., от 1 до 3 лет – 1 ч. ложка, от 3 до 6 лет – 1 десертная ложка, от 6 до 10 лет – 1 ст. ложка, старше 10 лет и взрослым – 2 ст. ложки сбора.

Приготовление сборов: 2 ст. л. предварительно измельченного (в кофемолке или мясорубке) сбора залить 1 л кипятка, довести до кипения, кипятить на медленном огне 10 минут в закрытой посуде, слить вместе с травой в термос, настаивать ночь. Принимать в течение дня по 100–150 мл за 30 минут до еды. Для улучшения вкуса можно добавить мед (если у ребенка нет на него аллергии), сахар, варенье. Курс лечения – 3–4 месяца, после чего делают перерыв на 10–14 дней, меняют сбор и продолжают лечение. После излечения можно перейти на профилактический прием сборов весной и осенью (по 2 месяца).

А

Абсцесс

Гнойник, нарыв – ограниченное скопление гноя в различных тканях и органах. Абсцессы могут образовываться в коже, подкожной клетчатке, легких, печени, почках, головном мозге и др. Чаще всего возникновение абсцесса обусловлено гнойной инфекцией. Возбудителем обычно является стафилококк, чаще в ассоциации с другими микробами (кишечной палочкой, протеем, стрептококком и др.).

Различают острые и хронические абсцессы. При поверхностно расположенных острых абсцессах местные проявления характеризуются признаками воспаления: краснотой, припухлостью, болью, местным повышением температуры. Общие клинические проявления сводятся к общему недомоганию, повышению температуры до 40 °С в тяжелых случаях, головной боли, слабости, потере аппетита.

Исходом абсцесса может быть спонтанное вскрытие с прорывом наружу (при локализации в подкожной клетчатке) или прорыв и опорожнение в закрытые полости (плевральную, в полость сустава, брюшную и др.). Опорожнившаяся полость абсцесса при благоприятных условиях уменьшается в размерах, спадает и рубцуется.

ЛЕЧЕНИЕ оперативное – вскрытие абсцесса, опорожнение и промывание его полости. Дальнейшее лечение после вскрытия проводится по принципу лечения гнойных ран: антибиотики с учетом чувствительности к ним микрофлоры, средства специфической терапии – стафилококковый анатоксин, специфический иммуноглобулин, общеукрепляющая терапия.

АВИТАМИНОЗ

Витаминная недостаточность – патологическое состояние, вызванное частичным дефицитом каких-либо витаминов в организме (гиповитаминозы) или их отсутствием (авитаминозы). В зависимости от причин витаминной недостаточности ее подразделяют на первичную (экзогенную) и вторичную (эндогенную). Первичная обусловлена низким содержанием витаминов в пище при недостаточном питании, возникает при нарушении всасывания витаминов в желудочно-кишечном тракте (при острых и хронических его заболеваниях, глистах, после удаления части желудка или кишечника), повышенной потере их с мочой и испражнениями, при лечении больных лекарственными средствами, являющимися антагонистами витаминов (при злокачественных опухолях, лейкозах).

Недостаточность витаминов, вызванная нарушениями питания:

- нерациональное питание, вызывающее дефицит витаминов у беременных женщин и кормящих матерей, приводящее к снижению запасов витаминов в организме новорожденного ребенка и уменьшению их уровня в грудном молоке;

- нерациональное искусственное вскармливание с преимущественным использованием кефира, коровьего молока и других неадаптированных молочных смесей;

- несвоевременное и недостаточное введение прикорма в питание детей первого года жизни;

- низкое содержание витаминов в питании детей дошкольного и школьного возраста;

- потери и разрушение витаминов при приготовлении пищи, ее длительном и неправильном хранении и неправильной кулинарной обработке;

- присутствие в продуктах витаминов в малоусвояемой форме.

Недостаточность витаминов, вызванная угнетением роста нормальной кишечной микрофлоры, продуцирующей ряд витаминов:

- болезни желудочно-кишечного тракта;

- нерациональная химиотерапия.

Нарушения всасывания и усвоения витаминов:

- проявляются при заболеваниях желудка и кишечника; поражении печени; врожденных дефектах и (или) незрелости механизмов всасывания витаминов;

- усвоение поступающих с пищей витаминов кишечными паразитами и патогенной кишечной микрофлорой;

- нарушение нормального обмена витаминов.

Повышенная потребность в витаминах:

- периоды особо интенсивного роста детей и подростков;

- особые климатические условия;

- интенсивная физическая или нервно-психическая нагрузка, стрессовые состояния;

- инфекционные заболевания и интоксикации;

- действие неблагоприятных экологических факторов (радионуклиды, пестициды, тяжелые металлы и др.);

- заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции;

- повышенное выведение витаминов (заболевания почек и др.).

Классические авитаминозы в настоящее время встречаются крайне редко. Значительно более распространены гиповитаминозы. В период новорожденности нередко бывает гиповитаминоз витамина Е и особенно витамина К. Нередко у детей бывает недостаточность нескольких витаминов, обозначаемая как полигиповитаминоз.

Наиболее распространенной формой витаминной недостаточности в настоящее время является субнормальная обеспеченность витаминами, которая имеет место среди практиче-

ски здоровых детей различного возраста. Клиническими нарушениями она не проявляется, но значительно снижает устойчивость детей к инфекциям, уменьшает физическую и умственную работоспособность; замедляет сроки выздоровления больных детей, способствует обострению хронических заболеваний.

Субнормальная обеспеченность витаминами беременных женщин ведет к нарушению развития плода и может служить одной из причин возникновения врожденных аномалий развития. Дефицит витаминов в питании кормящих матерей ведет к уменьшению их уровня в женском молоке и тем самым к снижению обеспеченности витаминами детей. Это, в свою очередь, снижает иммунитет младенцев, нарушает нормальный ход их физиологического созревания, процессы роста и развития.

Гиповитаминозы А, В₁₂, Е, РР наблюдаются при недостатке в пище жиров и мяса (рыбы), при болезнях печени, нарушениях пищеварения. Гиповитаминозы В₁, В₂, В₆, С, К отмечаются при малом употреблении зелени, овощей, фруктов, хлеба, при дисбактериозе.

Недостаточность витамина А ведет к тяжелым нарушениям со стороны многих органов и систем. Особенно типичны поражения: кожных покровов (сухость кожи, фурункулез и т. п.); дыхательных путей (склонность к ринитам, ларинготрахеитам, бронхитам, пневмониям); желудочно-кишечного тракта (диспептические расстройства, нарушение желудочной секреции, склонность к гастритам, колитам); мочевыводящих путей (склонность к пиелитам, уретритам, циститам). Значительно страдают также глаза: при легкой степени недостаточности проявляются нарушения сумеречного зрения («куриная слепота»), конъюнктивит и сухость роговицы, в тяжелых случаях наступает слепота. Резко снижается устойчивость детей к инфекциям, в особенности к острым респираторным заболеваниям.

Дефицит витамина А и β-каротина в питании является одним из факторов риска возникновения злокачественных новообразований.

Причиной такого авитаминоза является сильный дефицит в питании животных продуктов, богатых витамином А, а также белковая недостаточность. Витамин А содержится в сливочном масле, сливках, сметане, печени. Лучше всего их употреблять в сочетании с продуктами, содержащими β-каротин: морковь, помидоры, абрикосы и др. Причинами более тяжелых форм гиповитаминоза А являются нарушения процессов всасывания липидов, в том числе жирорастворимых витаминов, в кишечнике при хронических энтеритах, гепатитах, ангиохолитах, муковисцидозе и др.

Обеспеченность витамином А снижается также при инфекционных заболеваниях (в особенности при кори), а кроме того, при воздействии различных лекарств (например, анальгин, реопирин и др.).

Недостаточность тиамин (витамина В₁) характеризуется развитием патологических симптомов со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем и органов пищеварения. Тяжелые формы обозначают как болезнь бери-бери. Однако чаще встречается гиповитаминоз В₁ который проявляется головными болями, раздражительностью, периферическими полиневритами, тахикардией, одышкой, болями в области сердца. Кроме того, отмечаются снижение аппетита, боли в животе, тошнота, запоры. Наиболее серьезной причиной развития тяжелых форм недостаточности тиамин у детей в нашей стране является нарушение его всасывания при хронических заболеваниях кишечника и постоянное питание продуктами переработки зерна тонкого помола. Избыток углеводов в рационе также может стать причиной относительной недостаточности тиамин. При этом учеба, сопряженная с повышенной нагрузкой на нервную систему детей, требует снабжения организма повышенным количеством тиамин.

Недостаточность витамина В₂ (арибофлавиноз) характеризуется: поражением слизистой оболочки губ – стоматитом с вертикальными трещинами, себорейным шелушением кожи вокруг рта, на крыльях носа, ушах, носогубных складках; изменениями со стороны органов зрения (светобоязнь, слезотечение, поверхностный кератит, нарушения сумеречного зрения).

В тяжелых случаях возможно развитие поражения слизистой анального отверстия и наружных половых органов.

Недостаточность пиридоксина (витамина В₆) сопровождается выраженными нарушениями со стороны центральной нервной системы (раздражительность, сонливость, периферические полиневриты), кожных покровов и слизистых (себорейный дерматит, стоматит, трещины в углах рта, конъюнктивит, глоссит). В ряде случаев недостаточность витамина В₆ ведет к развитию анемии.

Недостаточность кобаламина (витамина В₁₂) характеризуется нарушением кроветворения с развитием определенного типа анемии, поражением нервной системы, органов пищеварения. Отмечаются раздражительность, утомляемость, потеря аппетита, воспаление языка, нарушение моторики кишечника.

Недостаточность витамина В₁₂ (фолиевой кислоты) возникает, в частности, у вегетарианцев при длительном отсутствии в рационе продуктов животного происхождения, являющихся единственным источником данного витамина. Относительная недостаточность может наблюдаться при беременности. Также причиной могут быть атрофические изменения слизистой желудка и врожденные дефекты ферментных систем. Недостаточность фолиевой кислоты сопровождается развитием анемии. Также отмечаются лейко- и тромбоцитопения. Появляются стоматит, гастрит, энтерит. Дефицит фолиевой кислоты в период беременности является одной из основных причин развития анемии беременных. Он может рассматриваться как главная причина тяжелых поражений центральной нервной системы плода.

Авитаминоз С протекает как тяжелое общее заболевание организма, известное под названием цинги. При отсутствии лечения цинга может привести к летальному исходу. Заболевание характеризуется резким повышением проницаемости сосудистой стенки, приводящим к множественным кровоизлияниям в кожу, суставы, внутренние органы и т. п. Характерны кровотечения из десен и явления гингивита, геморрагическая сыпь на коже. При гиповитаминозе С и субнормальной обеспеченности отмечаются нарушения общего состояния (снижение работоспособности, быстрая утомляемость, слабость в ногах, раздражительность), кровоточивость десен, гингивит, гипохромная анемия, сниженная устойчивость детей к инфекциям, в особенности к гриппу и ОРВИ. Источником витамина С служат свежие овощи и фрукты, причем их кулинарная обработка ведет к значительным потерям витамина. В связи с этим исключение из рациона свежих овощей и фруктов и их неправильное длительное хранение, нерациональная кулинарная обработка (длительная термическая обработка, несоблюдение оптимальных сроков варки, варка в открытой посуде, в присутствии солей железа и меди, ускоряющих окисление аскорбиновой кислоты) ведут к развитию гиповитаминоза С. Важнейшими мерами профилактики являются употребление свежих овощей и фруктов, в том числе таких, как зеленый лук, укроп; широкое использование в зимне-весенний период квашеных и моченых фруктов и овощей (капуста, яблоки, арбузы и пр.) и фруктово-ягодных припасов (в особенности из черной смородины), содержащих значительное количество аскорбиновой кислоты; дополнительный прием аскорбиновой кислоты в составе поливитаминов.

Недостаточность витамина D является одной из основных причин развития рахита. Рахит представляет собой общее заболевание организма, которое на начальных этапах характеризуется поражением нервной системы (нарушением сна, раздражительностью, потливостью). При отсутствии лечения в процесс вовлекаются костная ткань (задержка прорезывания зубов и закрытия родничка), скелетная мускулатура (мышечная гипотония), а в тяжелых случаях – и внутренние органы (печень, селезенка и др.). В основе этого лежит недостаточное усвоение кальция. Это становится причиной размягчения костей и развития в дальнейшем тяжелых костных деформаций с поражением ребер (четки, воронкообразная грудь), нижних конечностей (искривление костей голени), позвоночника (кифоз, сколиоз).

Авитаминоз Е у человека не описан. Однако состояние гиповитаминоза Е возникает у детей с наследственными заболеваниями – муковисцидозом и абеталипопротеинемией. Симптомом гиповитаминоза Е является усиленное разрушение эритроцитов. Недостаточность витамина Е часто встречается также у недоношенных детей, причем она служит причиной тяжелого поражения у них сетчатки глаз – ретролентальной фиброплазии. Дефицит витамина Е может возникать и у доношенных грудных детей, находящихся на искусственном вскармливании с использованием неадаптированных смесей.

Недостаточность витамина К у детей приводит к нарушению биохимических процессов свертывания крови. У таких пациентов отмечаются повышенная кровоточивость, кровоизлияния в кожу, мышцы, полость суставов и др. Отмечаются изменения функциональной активности скелетных и гладких мышц, снижается активность ряда ферментов. Питание не играет существенной роли в возникновении недостаточности витамина К, поскольку он широко распространен в пищевых продуктах и устойчив к кулинарной обработке, а также кишечная микрофлора его синтезирует. Основной причиной возникновения недостаточности витамина К у детей служит нарушение его всасывания в желудочно-кишечном тракте, вызванное либо заболеваниями кишечника (хронические энтериты, колиты), либо поражениями гепатобилиарной системы: инфекционные и токсические гепатиты, циррозы печени, дискинезия желчевыводящих путей, опухоли. Недостаточность витамина К у новорожденных проявляется в виде геморрагической болезни, причем особенно склонны к этому состоянию недоношенные дети и новорожденные с явлениями внутриутробной асфиксии и внутричерепной травмы.

Недостаточность ниацина (витамина РР) в тяжелой форме протекает в виде пеллагры – заболевания, характеризующегося поражением желудочно-кишечного тракта, кожи, нервно-психической сферы. Поражения кожи проявляются на открытых участках кожи: пеллагрзные «перчатки», «чулки», «воротники», «крылья бабочки» на лице и др. Наиболее часто поражаются кисти рук и лицо. Для нарушений со стороны центральной нервной системы типичны заторможенность, угнетенность больных. В тяжелых случаях возможно возникновение энцефалопатии с психотическими реакциями, галлюцинациями. Более легкие формы проявляются раздражительностью, изменениями кожной чувствительности, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта (воспаление языка, снижение секреции желудочного сока и поносы).

В основе *ЛЕЧЕНИЯ* любого авитаминоза или гиповитаминоза должна лежать витаминотерапия, направленная на устранение дефицита одного или нескольких витаминов в организме. Лечение продолжают до исчезновения всех клинических симптомов. Уколы применяют при недостаточности витаминов, обусловленной нарушением их всасывания в желудочно-кишечном тракте. В остальных случаях предпочтительнее прием таблеток, пастилок, сиропов.

Важным условием эффективного лечения является рациональная диета. Наряду со специфическим лечением необходима терапия других нарушений (нередко весьма тяжелых), вызванных дефицитом того или иного витамина. В частности, речь идет об отклонениях со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы и др.

Аденовирусная инфекция

Заболевание, характеризующееся поражением лимфоидной ткани и слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кишечника, умеренно выраженными симптомами интоксикации.

Возбудителями заболевания являются аденовирусы. Инкубационный период составляет в среднем 4–7 дней, иногда удлиняется до 2 недель.

Заболевание начинается остро. Повышается температура, появляются кашель, обильные выделения из носа, боль в горле при глотании. Слизистая оболочка ротоглотки отечная и покрасневшая, на задней стенке глотки определяются увеличенные фолликулы. Нередко в воспалительный процесс вовлекаются миндалины, развивается ангина. При поражении лимфоидного аппарата кишечника появляются приступообразные боли в животе, рвота. Характерным симптомом аденовирусной инфекции является конъюнктивит: жжение, резь, ощущение инородного тела в глазах, веки отечные, глаза покрасневшие. Отмечается обильное серозно-гнойное отделяемое. Прогрессирование процесса приводит к появлению нежной, паутинообразной пленки, которая через несколько дней становится плотной, приобретает белую или желтую окраску. При кератоконъюнктивитах развивается помутнение роговицы в виде круглых небольших очагов, иногда сливающихся между собой.

Аденовирусная инфекция сопровождается длительной лихорадкой и имеет продолжительное течение.

У детей первого года жизни заболевание начинается постепенно. Ребенок становится вялым, беспокойным, появляются срыгивания, частый жидкий стул, прекращается нарастание массы тела. Увеличиваются печень и селезенка. Заболевание протекает тяжело в связи с наличием в дыхательных путях большого количества слизи. Нередко присоединяются пневмония, бронхит с обструктивным синдромом и другие осложнения.

ЛЕЧЕНИЕ обычно проводится амбулаторно (на дому) по общему принципу лечения заболеваний верхних дыхательных путей. Только в среднетяжелых и тяжелых случаях применяют антибиотики и химиопрепараты.

Сборы трав и лекарственных растений:

Взять 2 ст. л. измельченной репы. Залить ее 1 стаканом теплой кипяченой воды, поставить на медленный огонь, довести до кипения и варить в течение 15 минут. Настоять отвар 1 час, после чего процедить. Довести объем отвара до 200 мл кипяченой водой. Принимать по четверти стакана 3–4 раза в день или по 1 стакану на ночь.

Взять 2 ч. л. травы горичвета летнего, мед по вкусу. Траву горичвета залить 1 стаканом холодной кипяченой воды, настоять 8–10 часов, после чего процедить. Добавить мед. Принимать по 1 стакану 1 раз в день перед сном.

Взять 2 яичных желтка, 2 ст. л. свежего сливочного масла, 1 ч. л. муки, 2 ч. л. меда. Масло, желтки, муку и мед тщательно перемешать. Смесь принимать по 1 ст. л. 4–5 раз в день.

Взять 250 г репчатого лука, 25 г меда, 200 г сахара. Лук очистить от шелухи, тщательно измельчить, добавить мед и сахар. Смесь перемешать, залить 1 л теплой кипяченой воды и варить на водяной бане 3 часа. Остудить, не процеживать. Охлажденную смесь перелить в посуду из темного стекла, тщательно закрыть и хранить в холодильнике. Принимать в теплом виде по 1 ч. л. 6–7 раз в день.

Аденоиды

Увеличение глоточной (носоглоточной) миндалины, обусловленное разрастанием ее лимфоидной ткани. Глоточная миндалина располагается в своде носоглотки и вместе с язычной, трубными и небными миндалинами входит в состав лимфоидного глоточного кольца. Аденоиды чаще наблюдаются у детей в возрасте 3–10 лет. Развитию их способствуют заболевания, вызывающие воспаление слизистой оболочки полости носа и миндалин (корь, скарлатина, грипп, острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей и др.).

Начальными признаками аденоидов является затруднение носового дыхания и выделения из носа. Из-за затрудненного носового дыхания дети спят с открытым ртом, храпят, у них понижается слух, изменяется голос, отмечаются упорные головные боли. Грудные дети переносят затруднение носового дыхания тяжелее, чем дети старшего возраста. Беспокойный сон, нарушение сосания ведут к недомоганию, нередко наблюдается ночной кашель. Инфицированные аденоиды у детей грудного возраста часто являются причиной развития бронхитов и бронхопневмоний.

Распознавание аденоидов обычно не представляет больших трудностей. Диагноз устанавливают на основании клинических данных и результатов ларингологического обследования ребенка. *ЛЕЧЕНИЕ* должно быть своевременным, до развития отмеченных нарушений. Чаще всего прибегают к оперативному вмешательству – удалению аденоидов (аденотомии).

Аллергия

Повышенная чувствительность организма к воздействию некоторых факторов внешней среды (химических веществ, микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, пищевых продуктов и др.), называемых аллергенами. Выделяют биологические, лекарственные, бытовые, пыльцевые, пищевые и промышленные аллергены. Аллергеном может быть практически любой лекарственный препарат. Наиболее часто вызывают аллергические реакции антибиотики, и в первую очередь пенициллин (до 16 % случаев). Частота этих реакций возрастает по мере повторения курсов лечения.

Среди бытовых аллергенов основную роль играет домашняя пыль – пылевые частицы с ковров, одежды, постельного белья, частички домашних насекомых, грибки (в сырых помещениях), бактерии. Основным аллергенным компонентом домашней пыли являются микроскопические клещи, их экскременты. К этой же группе относят так называемые эпидермальные аллергены: волосы, шерсть, перхоть животных, рачка дафнию, которого используют как сухой корм для аквариумных рыб. Возрастает число аллергических реакций на препараты бытовой химии, особенно на синтетические моющие средства.

Пищевыми аллергенами могут быть чуть ли не все пищевые продукты. Чаше других аллергию вызывают молоко, яйца, рыба, мясо, томаты, цитрусовые, клубника, раки, шоколад. Пищевая аллергия может развиваться очень быстро. Например, при аллергии к молоку уже через несколько минут после его приема могут появиться рвота, понос, несколько позже присоединяются другие симптомы (крапивница, лихорадка).

Диагностика аллергии начинается с расспроса пациента. Собираются сведения о болезнях родственников (склонность к аллергии передается по наследству); времени и условиях возникновения симптомов заболевания (для аллергии на пыльцу, например, характерно появление симптомов в период пыления растений и ухудшение состояния в сухую ветреную погоду); сведения о домашних привычках, условиях работы и отдыха, пристрастиях в еде, наличия домашних животных в квартире; информация об общем состоянии здоровья, лечились ли ранее, принимали ли какие-либо препараты и так далее.

На основании собранных сведений и внешнего осмотра врач ставит предварительный диагноз. Чтобы его уточнить, назначает дополнительные обследования. Это могут быть:

- кожные пробы – нанесение на кожу малых количеств растворов различных аллергенов в известных концентрациях. Проба считается положительной, если в месте нанесения аллергена возникает покраснение или припухлость;

- анализ крови для определения уровня антител к аллергенам;

- провокационные пробы. Смысл их заключается в воспроизведении симптомов аллергической реакции через контакт с аллергеном. Если в ответ на введение раствора предполагаемого аллергена развивается аллергическая реакция, аллерген считается причиннозначимым. Варианты провокационных проб – ингаляционная (аллерген приходится вдыхать), назальная (аллерген закапывают в нос), подъязычная (аллерген капают на кусок сахара и помещают под язык) и некоторые другие. Эти пробы назначают редко и проводят только в специально оснащенных аллергологических кабинетах или в аллергологических стационарах;

- клинический (общий) анализ крови. Увеличение содержания эозинофилов до 6–13 % и увеличение общего количества лимфоцитов по сравнению с возрастной нормой косвенным образом указывают на то, что аллергия может являться одной из возможных причин имеющегося заболевания;

- иммунный статус – анализ, проводимый для определения содержания различных факторов иммунной системы (иммунных клеток и иммуноглобулинов) в крови пациента;

– интерфероновый статус. Интерфероны – это защитные белки организма, помогающие активно бороться со многими инфекциями, аллергией и опухолями. Интерфероны вырабатываются лимфоцитами. При аллергии часто отмечается дефицит интерферонов или нарушение баланса между различными видами этих белков;

– цитология назального секрета – анализ мазка из носа. Преобладание среди клеток слизистой носа нейтрофилов, как правило, свидетельствует об инфекционном воспалении. Если более 15 % клеток в мазке – эозинофилы, можно считать, что насморк аллергический;

– исследование функции внешнего дыхания проводится при подозрении на наличие у пациента бронхиальной астмы. Нарушение проведения воздуха по мелким бронхам, которое полностью или частично проходит после вдыхания бронхорасширяющего лекарства (проба с вентолином или сальбутамолом) при наличии симптомов заболевания, свидетельствует в пользу астмы.

ЛЕЧЕНИЕ аллергии назначается врачом после установления диагноза. Основой успешного лечения является исключение контакта с аллергеном.

Контакт с вызвавшими аллергию животными, комнатными растениями, пищей и лекарствами должен быть полностью прекращен. При этом необходимо помнить, что после отселения животного из квартиры требуется также убрать игрушки, коврики, миски, другие предметы, на которых могла остаться шерсть, слюна, моча, испражнения и кожа животного.

Если причиной аллергии является пыльца деревьев, злаков или сорных трав или если аллергия развилась на домашнюю пыль или яды насекомых – контактов с аллергеном невозможно избежать полностью. В таком случае проводятся мероприятия по уменьшению контакта с аллергеном и специфическая иммунотерапия.

Специфическая иммунотерапия, или гипосенсибилизация, – это метод лечения аллергии посредством многократного введения аллергена в малых дозах. Другое название этого метода – лечение вакциной против аллергии (аллерговакцинация). Состав вакцины определяется врачом. Специфическая иммунотерапия обладает очень высокой эффективностью. Эффективность при использовании аллергенов клещей домашней пыли и пыльцы составляет около 80–85 %. Лечение аллергенами животных опасно развитием осложнений и менее эффективно. Гипосенсибилизация – это длительный процесс, занимающий в среднем 3 года. Такое лечение проводится только в специализированных аллергологических кабинетах опытными медицинскими сестрами под контролем врача-аллерголога. Специфическая иммунотерапия не проводится детям моложе двух лет.

Кроме того, для лечения аллергии применяют лекарственные вещества. Назначаются они обычно для профилактики развития аллергии или же для облегчения беспокоящих пациента проявлений болезни. Лекарства должны назначаться врачом. Лечение аллергии самостоятельно – опасно!

Оценить результаты можно через 1–1,5 года после начала лечения аллергии. К этому времени удастся стабилизировать даже самые тяжелые формы бронхиальной астмы или хронической крапивницы. О симптомах других заболеваний, как правило, остаются лишь воспоминания.

Аллергический диатез

– см. Диатез экссудативно-катаральный.

Ангина

Острое инфекционное воспаление лимфоаденоидной ткани глотки с преимущественным поражением небных миндалин. Ангина может протекать как самостоятельное заболевание или быть проявлением ряда инфекций (скарлатина, дифтерия).

Среди распространенных возбудителей ангины (кокки, палочки, вирусы, грибы) основная роль принадлежит стрептококку и золотистому стафилококку. Источником инфицирования является больной ангиной или бактерионоситель. Проникновение возбудителя в слизистую оболочку миндалин может происходить воздушно-капельным, алиментарным (через пищу), а также контактно-бытовым путями. Чаще заболевание развивается вследствие самозаражения при наличии кариозных зубов, хронического воспалительного процесса в небных миндалинах и придаточных пазухах носа. Большое значение в возникновении ангины имеет снижение иммунитета, охлаждение.

Различают: катаральную ангину, при которой воспалительный процесс локализуется преимущественно на поверхности слизистой оболочки миндалин; лакунарную – видимые изменения сосредоточены в криптах (углублениях) миндалин; фолликулярную – воспалительный процесс больше всего выражен в теле миндалин.

Заболевание катаральной ангиной начинается с повышения температуры, озноба, болей в горле при глотании, симптомов интоксикации (повышенная утомляемость, слабость, головная боль, боль в мышцах). Важным признаком является увеличение и болезненность нижнечелюстных шейных лимфоузлов. При катаральной ангине миндалины отечны и гиперемированы (красно-малиновые).

Для лакунарной ангины характерны гиперемия небных миндалин и дужек, образование у устья крипт гнойных налетов белого или светло-желтого цвета. В отличие от дифтерии, он не распространяется за пределы дужек, легко снимается, подлежащая ткань не кровоточит.

Наиболее тяжелой формой является фолликулярная ангина, при которой на поверхности миндалин видны многочисленные круглые, несколько возвышающиеся над поверхностью, желтые либо желто-белые нагноившиеся фолликулы величиной от 1 до 3 мм. Миндалины гиперемированы и увеличены в размере.

Продолжительность заболевания составляет 7–10 дней. При несвоевременном и неадекватном лечении ангины могут развиваться осложнения. Различают местные осложнения, когда процесс распространяется на близкорасположенные органы (паратонзиллярный абсцесс, шейный лимфаденит), и осложнения в отдаленных от миндалин органах и тканях (отит, нефрит, кардит, полиартрит).

Для своевременного выявления осложнений проводят исследование крови и мочи в первые три дня и на 10-й день болезни. С целью исключения дифтерии показано бактериологическое исследование слизи из носа и зева.

Больного необходимо изолировать. Рекомендуются соблюдение постельного режима, щадящая, нераздражающая пища, обильное витаминизированное питье.

Местное **ЛЕЧЕНИЕ** предусматривает полоскание зева и орошение глотки. Для полоскания используют растворы натрия бикарбоната (сода), натрия хлорида, фурацилина 1:5000, настои и отвары ромашки, шалфея, эвкалипта. Внутрь применяют антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты, салицилаты. При тяжелых формах ангины антибиотики назначаются в уколах. Показано применение противоаллергических средств, аскорбиновой кислоты.

При ангине широко применяются **лекарственные травы, отвары и соки растений**.

С лечебной целью можно использовать головку лука, которая содержит эфирное масло, аскорбиновую кислоту, органические кислоты, каротин, витамины B6, B2, B5, фитонциды,

соли кальция, фосфора и другие вещества. Свежий сок употребляют при ангинах по 1 ч. л. 3–4 раза в день.

Нарезать и заполнить листьями алоэ 0,5 бутылки и засыпать сверху сахаром. Обвязать горлышко марлей. Настоять 3 дня, затем налить туда водки доверху, завязать марлей, снова настоять 3 дня, процедить, отжать. Получится сладко-горький ликер. Принимать по 1 ст. л. 3 раза в день до еды, ребенку – по 1 ч. л. 3 раза в день до еды.

Густой отвар плодов черники применяют для полоскания: 100 г сухих плодов залить 0,5 л воды, кипятить, пока количество воды не уменьшится до 0,3 л.

С лечебной целью используют листья шалфея, которые собирают с верхушек стеблей во время цветения. При воспалении миндалин, слизистой оболочки полости рта и десен настой листьев применяют в виде полосканий (4 ч. л. измельченных листьев заварить 2 стаканами кипятка, настоять 30 минут, процедить).

Пихтовое масло получают из хвои и молодых побегов пихты. При ангине надо нанести чистое масло на гланды с помощью пипетки, ватного тампона или оросить их шприцем. Повторять от 2 до 5 раз в день с интервалом 4–6 часов. При хронической ангине, кроме смазывания гланд, можно закапывать в нос по 1–2 капли масла. При этом появится жжение, чихание, слезотечение, выделение мокроты из носа. Через 15–20 минут эти неприятные ощущения пройдут.

Натереть стакан свеклы, добавить 1 ст. л. уксуса, дать настояться. Сок отжать и прополоскать рот. Проглотить 1–2 ст. л. Можно лечить даже хроническую ангину.

Сок свежей капусты, разведенный пополам с водой, применяют для полосканий при воспалении горла.

Сок клюквы или морс, смешанный с медом, также применяют для полоскания горла при ангине.

К половине стакана сока моркови добавить 1 ст. л. меда, разбавить теплой кипяченой водой в соотношении 1:1. Полоскать горло при ангине несколько раз в день.

1 ст. л. цветов липы мелколистной заварить в 1 стакане кипятка, через 20 минут процедить, добавить 1 ст. л. меда. Применять как потогонное по 1/4–1/2 стакана.

2 ч. л. мелко нарезанных корней лопуха большого залить 1 стаканом воды, кипятить 10–15 минут на слабом огне. Пить по 1 ст. л. 3–4 раза в день.

2 ст. л. сухих или 100 г свежих ягод малины заварить в 1 стакане кипятка. Через 10–15 минут добавить 1 ст. л. меда, размешать. Принимать в теплом виде как потогонное перед сном при ангине.

1–2 ст. л. высушенных цветков аптечной ромашки залить 2 стаканами горячей воды, кипятить 10–15 минут на водяной бане, охладить, процедить и добавить 1–2 ч. л. меда. Использовать в виде полоскания при ангинах.

Анемии

Анемия связана с многочисленными дефицитами, легко возникающими у детей при несбалансированном питании, малых запасах железа при рождении, врожденной патологии эритроцитов, неправильном строении цепей гемоглобина, неполноценности стволовых клеток. У женщин детородного возраста и детей наиболее часто (у детей – в 90 % случаев) анемия обусловлена именно дефицитом железа, обычно сочетающимся с недостаточным поступлением в организм белков и витаминов, также участвующих в кроветворении.

Железодефицитная анемия – снижение количества гемоглобина в единице объема крови, обусловленное недостатком железа. Она встречается у 20 % населения, ею страдают до 100 % беременных женщин, у детей до 4 лет она встречается в 40 % случаев.

Легкий дефицит железа у детей до 3 лет связан с истощением его запасов со времени внутриутробного развития к 5–6 месяцам у доношенных и к 3–4 месяцам – у недоношенных, с быстрым ростом и недостаточным поступлением в организм пищевого железа. Как правило, одновременно имеется и дефицит других необходимых для кроветворения витаминов и микроэлементов.

Выделяют следующие клинические формы железодефицитных состояний: позднюю анемию недоношенных, алиментарную (связанную с питанием) или инфекционно-алиментарную анемию детей раннего возраста и хлороз девочек в период полового созревания. Возможные симптомы: отставание в развитии, снижение эмоций и интеллекта, бледность, дистрофия, атрофия, воспаление кожи и слизистых; ОРВИ и кишечные инфекции возникают в 2–3 раза чаще, чем у детей без анемии, и др.

Диагностика основывается на данных лабораторных исследований крови: гемоглобин ниже ПО г/л у детей до 5 лет и ниже 120 г/л после 5 лет; цветной показатель ниже 0,85, понижение окрашенности и уменьшение размера эритроцитов. Диагноз подтверждается биохимическим исследованием крови.

В **ЛЕЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ** назначают сбалансированную диету, рацион с высоким содержанием витаминов, микроэлементов, железа. Назначают пищеварительные ферменты, препараты закисного железа внутрь. Профилактика состоит в правильном (желательно – естественном) вскармливании детей.

В рационе должно быть достаточно растительных и животных белков. Умеренно ограничивается жир, так как при анемии часто отмечаются изменения в печени и ожирение костного мозга. По этой же причине желательно включать побольше продуктов, обладающих липотропным действием: нежирное мясо, нежирная рыба, творог, гречневая и овсяная крупы, растительное масло и т. д. Количество углеводов в диете при анемии соответствует физиологической норме. То есть можно употреблять крупы, сахар, мед, овощи, фрукты, ягоды. В растительных продуктах много витаминов, в которых организм очень нуждается.

Чтобы ввести побольше витаминов группы В, в рацион надо включать блюда из пекарских или пивных дрожжей, печени, мяса, рыбы, творога, пшеничных и рисовых отрубей, яичный желток. Очень важен витамин С. Аскорбиновой кислоты много в шиповнике, черной смородине, цитрусовых, Микроэлементы, участвующие в кроветворении, такие как железо, кобальт, марганец, цинк, организм получает с печенью, легкими, мясом, яйцами, икрой, дрожжами, гематогеном, пшеничной мукой, овсяной и гречневой крупами, овощами, фруктами, грибами, с какао.

При анемии аппетит часто бывает ослаблен. Чтобы его улучшить, можно есть мясные, рыбные, грибные и овощные отвары, разнообразить питание различными соусами, солить по вкусу.

Также при лечении анемии можно использовать **настои некоторых трав:**

Сок из корней красной свеклы, черной редьки и моркови в равной пропорции слить в темную посуду. Влить сок в чугунок и поставить в печь на три часа. Принимать по 1 ст. л. 3 раза в день перед едой.

10 г цветочных головок клевера лугового (красного) залить 1 стаканом кипятка. Настаивать 45 минут, процедить. Принимать по 2 ст. л. 3 раза в день.

Смешать 4 ст. л. плодов рябины обыкновенной, 3 ст. л. плодов шиповника, 4 ст. л. плодов черной смородины и 2 ст. л. травы полыни. 20 г этой смеси залить 0,5 л кипятка. Настаивать, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день в течение 2–3 месяцев.

При малокровии рекомендуется пить чай из листьев земляники (доза произвольная) и сок черной смородины, красной рябины, земляники в равной пропорции по полстакана 2 раза в день.

Также встречаются гемолитические анемии (связанные с повышенным распадом эритроцитов), гипо- и апластические (связанные с функциональной недостаточностью костного мозга), фолиеводефицитные (из-за недостаточности витамина В₁₂), острые и хронические постгеморрагические (после кровопотери). Их лечение проводится специальными средствами.

Анорексия неврогенная

Чаще всего появляется в возрасте полового созревания. У детей раннего возраста причинами могут быть постгипоксическая энцефалопатия, невропатическая форма внутриутробной гипотрофии, испуг, неправильное или насильственное кормление, изоляция ребенка и др. Неврогенная анорексия может быть обусловлена нарушениями в гипоталамо-гипофизарной системе, явиться началом шизофрении или другого психического заболевания.

Для маленьких детей характерны отказ от приема пищи, нередко рвота. У детей старшего возраста (чаще у девочек) также имеет место отказ от пищи с целью похудения; они постепенно отказываются от жирной, а затем и от белковой пищи, переходят на малые количества углеводов: конфеты, мороженое, фрукты. Нередко наблюдаются и другие приемы похудения: интенсивные физические упражнения, рвотные и очистительные средства и т. д. Все это в итоге приводит к истощению, общей слабости, анемии, запору, аменорее у девочек. Диагноз ставится на основании анамнеза и клинических симптомов. Дифференциальный диагноз проводят с анемией, аменореей, надпочечниковой недостаточностью, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, привычной рвотой.

ЛЕЧЕНИЕ. У маленьких детей необходимо устранить причину стресса, ввести щадящий режим питания. Иногда прибегают к успокаивающим средствам (валериана, бром и др.). Старшим детям следует проводить сеансы психотерапии, внушения, иногда гипноза. Необходима консультация психиатра. Прогноз в отдельных случаях весьма серьезный.

Аппендицит острый

Неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Клинические проявления острого аппендицита зависят от характера изменений в отростке, его расположения, возраста больных, характера присоединившихся осложнений. Начальный симптом заболевания – внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка. Через 4–6 ч (с колебаниями от 1 до 12 ч) боль перемещается в правую подвздошную область. Изменение локализации болей с возникновением болезненности в правой подвздошной области указывает на раздражение брюшины (то есть воспаление захватило все слои стенки отростка).

Локализация боли зависит от расположения червеобразного отростка: при типичном его положении больной ощущает боль в правой подвздошной области, при высоком положении – почти в правом подреберье, при ретроцекальном положении – на боковой поверхности живота или в поясничной области, при тазовом положении – над лобком. Тошнота – частый симптом острого аппендицита, иногда, особенно в начале заболевания, возможна рвота. Стул в большинстве случаев не нарушен. При расположении отростка рядом со слепой или прямой кишкой или среди петель тонкой кишки воспаление может распространяться на кишечную стенку, что приводит к скоплению жидкости в просвете кишки и поносу. Язык в начале заболевания влажный, часто обложен белым налетом.

Больной лежит на спине или правом боку; изменение положения тела, кашель, смех, чиханье резко усиливают боль в животе. При осмотре живота может отмечаться отставание правого нижнего квадранта брюшной стенки при дыхании. При пальпации обнаруживают напряжение мышц и резкую болезненность в правой подвздошной области. Здесь же могут определяться положительные симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского). Боль, как правило, усиливается при положении больного на левом боку (симптом Ситковского), особенно при пальпации (симптом Бартомье-Михельсона). При ретроцекальном расположении отростка может быть положительный симптом Образцова – усиление болезненности при поднимании выпрямленной правой ноги. Этот симптом следует проверять очень осторожно, так как при грубом давлении на брюшную стенку возможен прорыв стенки отростка.

Температура часто повышена до субфебрильных цифр. В крови – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При пальцевом исследовании прямой кишки или влагилицном исследовании отмечается болезненность при пальпации правой стенки таза (особенно при тазовом положении отростка).

Диагноз острого аппендицита в типичных случаях несложен, однако атипичность расположения и особенности течения воспалительного процесса иногда чрезвычайно затрудняют диагностику заболевания. Различают острый простой и деструктивный аппендицит. В последнем случае симптоматика острого аппендицита более выражена: сильнее боль, более четкие симптомы раздражения брюшины, выше лейкоцитоз и температура.

Течение острого аппендицита у детей и беременных имеет свои особенности. У детей происходит быстрое развитие воспалительного процесса и начинается перитонит. Диагностика острого аппендицита у детей в начальной стадии заболевания трудна: тошнота, многократная рвота, высокая температура, разлитая боль в животе похожи на разные заболевания, в связи с чем нередко допускаются диагностические ошибки. У беременных смещение купола слепой кишки и червеобразного отростка маткой приводит к изменению типичной локализации болей, а расположение отростка за маткой – к снижению выраженности симптомов перитонита.

ЛЕЧЕНИЕ оперативное. Операция показана не только в каждом ясном с диагностической точки зрения случае, но и при обоснованном подозрении на острый аппендицит.

Аппендицит хронический

Выделяют резидуальный, первично-хронический и хронический рецидивирующий аппендицит.

Хронический резидуальный аппендицит является следствием перенесенного приступа острого аппендицита. Все клинические признаки, имевшиеся в период острого приступа, стихают, однако остаются тянущие боли, неприятные ощущения в правой подвздошной области, временами несколько усиливающиеся, особенно при физической нагрузке. Больные отмечают диспепсические явления. Температура тела нормальная. При глубокой пальпации возникает болезненность в правой подвздошной области. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Диагноз хронического резидуального аппендицита обычно не вызывает трудностей, если в анамнезе были четкие указания на перенесенный приступ острого аппендицита. При хроническом резидуальном аппендиците показано хирургическое *ЛЕЧЕНИЕ*.

Значительно сложнее диагностика первично-хронического аппендицита, который развивается исподволь, не сопровождается какими-либо специфическими симптомами. Жалобы больных сводятся к неприятным ощущениям в правой подвздошной области или в правой половине живота, незначительным тянущим болям здесь же, диспепсическим явлениям. У врача всегда возникают сомнения в правильности диагноза первично-хронического аппендицита. Хирургическое вмешательство показано лишь после исключения других заболеваний: язвенной болезни, хронического холецистита, заболеваний женских половых органов, почечнокаменной болезни.

Аритмии

Частота нарушений ритма сердца высока у детей всех возрастных групп. Аритмии обнаруживаются даже во внутриутробном периоде и могут носить как кардиальный (связанные с нарушением работы сердца), так и экстракардиальный (из-за других причин) характер. Нарушения ритма кардиального характера выявляются при ревмокардите, врожденных пороках сердца, неревматических кардитах, кардиомиопатиях. Аритмии экстракардиального происхождения прежде всего обусловлены дисрегуляцией вегетативной нервной системы, а также наследственной предрасположенностью.

Нередко нарушения ритма выявляются только при обследовании. Лишь часть детей, преимущественно старшего возраста, предъявляют жалобы на ощущение перебоев в деятельности сердца, его замирание, сердцебиение, что сопровождается замедлением или учащением пульса, изменением его характера (неправильный с периодическими выпадениями, чередование периодов учащения и урежения и др.). На аритмию могут указывать обмороки. Многие нарушения ритма зачастую случайно выявляются на ЭКГ.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.