

современный домашний медицинский справочник



**профилактика,
лечение,
экстренная помощь**



рипол классик

Виктор Борисович Зайцев

Современный домашний медицинский справочник. Профилактика, лечение, экстренная помощь

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=302932

Современный домашний медицинский справочник. Профилактика, лечение, экстренная помощь / В. Б. Зайцев.: РИПОЛ классик; Москва;

2009

ISBN 978-5-386-01051-5

Аннотация

В данном издании подробно и доступно рассматриваются наиболее распространенные в настоящее время заболевания, а также предлагаются различные методы их лечения и профилактики. Медицинский справочник будет полезен для всей семьи, поскольку поможет разобраться в причинах собственных недугов, узнать о методах их лечения и научиться оказывать первую медицинскую помощь.

Содержание

Введение	4
Аллергические заболевания	8
Анафилактический шок	9
Лекарственные дерматиты	11
Острая крапивница и отек Квинке	14
Поллиноз	18
Сывороточная болезнь	24
Эндокринные заболевания	27
Диабет сахарный	28
Первичный гипотиреоз	44
Зоб диффузный токсический	47
Конец ознакомительного фрагмента.	48

Виктор Борисович Зайцев

Современный домашний медицинский справочник.

Профилактика, лечение, экстренная помощь

Введение

В целом здоровый образ жизни подразумевает комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающий укрепление физического и психического здоровья человека. Итак, здоровый образ жизни включает в себя:

- регулярную двигательную активность;
- плодотворную трудовую деятельность;
- гигиенические процедуры;
- правильное питание;
- отсутствие вредных привычек;
- закаливание.

Здоровый образ жизни невозможен без двигательной активности. Недостаток движения оказывает неблагоприятное воздействие на организм человека: замедляется обмен ве-

ществ, увеличивается вес, развиваются заболевания сердечно-сосудистой системы, диабет и многие другие болезни.

Однако нередко даже при здоровом образе жизни приходится сталкиваться с теми или иными заболеваниями. Поэтому каждый человек должен обладать хотя бы элементарными знаниями в области медицины. Это необходимо для того, чтобы распознать заболевание, оказать первую медицинскую помощь и т. д.

Медицина – сложная система научных знаний, а также комплекс практических мер, целью которых являются профилактика, диагностика и лечение заболеваний. Таким образом, задача медицины – укреплять и сохранять здоровье людей, продлевать их жизнь и трудоспособность.

Как известно, человек начал учиться искусству врачевания еще на самой ранней стадии своего развития. Различные методы и приемы лечения заболеваний составляют сокровищницу современной медицины, которая постоянно пополняется благодаря научным достижениям.

С древности большое значение придавалось диетам, лечебной гимнастике, водным процедурам, массажу и т. д. Развитие медицины на многие столетия вперед определил величайший врач древности Гиппократ, который был первым, кто назвал медицину наукой и сделал своим методом изучения заболеваний наблюдения у постели больного. Именно Гиппократ стал родоначальником строго индивидуально-го подхода к диагностике и лечению людей.

Основы фармакологии, гигиены, акушерства и общей терапии были заложены древнеримским врачом Галеном, благодаря которому медицина превратилась в сложную систему. По трактатам Галена на протяжении нескольких веков обучались врачи Азии и Европы.

Русские врачи отличались тем, что всегда рассматривали пациента и заболевание как единое целое. Для них был важен не столько диагноз, сколько состояние больного. Поэтому русская медицина традиционно считалась индивидуализированной, направленной на лечение конкретного человека.

В результате развития научно-технического прогресса и стремительных социально-экономических перемен медицинская наука достигла больших успехов. В настоящее время существенно снизились показатели смертности, в частности из-за инфекционных заболеваний, которые ранее уносили множество жизней. Сегодня наиболее важными проблемами медицины остаются профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований и нервно-психических расстройств.

Каждый человек, который заботится о своем здоровье, должен знать о самых распространенных заболеваниях, методах их лечения и профилактики. Как определить причину заболевания и оказать первую помощь? Ответы на эти и многие другие вопросы вы найдете в данном справочнике.

Каждому известно, что основой счастливой и успешной

жизни являются крепкое здоровье и трудоспособность. В данной книге представлена информация, которую можно назвать справочной, поэтому в любом случае необходимо обращение к врачу, поскольку только квалифицированный специалист сможет поставить точный диагноз и назначить лечение.

Аллергические заболевания

Аллергия – повышенная чувствительность организма к какому-либо веществу, которое называется аллергеном. Реакция на аллерген протекает в виде гиперчувствительности немедленного или замедленного типа. В качестве аллергенов могут выступать пищевые продукты, пыльца растений, шерсть или мех животных, пыль, химические вещества и т. д. Аллергия лежит в основе многих аллергических заболеваний, самым распространенным из которых является бронхиальная астма.

Анафилактический шок

Анафилактический шок представляет собой наиболее тяжелое проявление аллергии. Это одна из аллергических реакций немедленного типа, возникающая при повторном попадании в организм антигена.

Шок, как правило, возникает при инъекционном введении вещества, к которому у больного повышенная чувствительность (сыворотка, вакцина, пенициллин и другие лекарственные средства).

Анафилактический шок развивается в течение нескольких минут после контакта с аллергеном. У больного появляются сыпь, отеки, кашель, бронхоспазм, удушье, свистящее дыхание, сухие хрипы в легких, в тяжелых случаях – быстрое развитие «немого» легкого из-за выраженной обструкции дыхательных путей.

В результате анафилактического шока может резко упасть артериальное давление, в отдельных случаях наблюдается потеря сознания. В случае неоказания своевременной медицинской помощи анафилактический шок может закончиться летальным исходом.

Известно, что слюна и яды насекомых, попадая в организм человека при укусах, вызывают припухлость, покраснение и зуд, однако у некоторых людей в результате таких укусов развивается анафилактический шок.

При первых признаках анафилактического шока больному следует немедленно ввести адреналин. Кроме того, показаны препараты и жидкости, предназначенные для внутривенного введения. Больного нужно согреть, а в случае нарушения дыхательной деятельности сделать искусственное дыхание рот в рот. В том случае, если анафилактический шок наступил дома, необходимо сразу вызвать скорую помощь.

Как правило, постановка диагноза при анафилактическом шоке не вызывает затруднений, однако когда шок протекает вместе с бронхоспазмом, помогают данные анамнеза – указания на контакт с антигеном, анафилактический шок или другие аллергические проявления, имевшие место в прошлом больного.

Профилактика анафилактического шока заключается в тщательном соблюдении правил введения лекарств и вакцин. Препараты, содержащие чужеродный белок, вводятся по методу Безредки: сначала малое количество, нейтрализующее антитела и лишь после этого всю дозу.

Тем, у кого есть предрасположенность к аллергической реакции на укусы насекомых, в теплый сезон следует использовать репелленты и защитную одежду, а также перчатки для работы в саду. Помимо этого, кто-то из членов семьи больного обязательно должен освоить противошоковые меры и всегда иметь под рукой необходимые лекарственные средства.

Лекарственные дерматиты

Лекарственные дерматиты представляют собой аллергические заболевания, сопровождающиеся покраснением кожи и появлением сыпи.

Лекарственные сыпи могут быть эритематозными, папулезными, везикулезными, буллезными, уртикарными, а также ограниченными или распространенными. Лекарственные дерматиты могут развиваться в результате воздействия антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, ряда витаминов группы В (например, В₁₂), гормонов, анестезирующих веществ, новарсенола, хинидина, новокаинамида и других препаратов.

Повторный прием лекарства приводит к развитию повышенной чувствительности организма, что способствует возникновению лекарственного дерматита.

Среди факторов, способных вызвать аллергическую реакцию, можно назвать эндокринные заболевания, нарушения обмена веществ, наличие очагов хронической инфекции, гриппа, ревматизма, длительное нервно-психическое напряжение, а также индивидуальную непереносимость компонентов препарата.

В основе лекарственных дерматитов лежит токсико-аллергический синдром, проявляющийся различными симптомами не только со стороны кожи, но и внутренних органов

и нервной системы.

Лекарственные дерматиты следует отличать от заболеваний кожи (таких, как красный плоский лишай, розовый лишай, экссудативная полиморфная экзема), а также от некоторых инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, краснуха, ветряная оспа). Симптоматика дерматитов у больных нередко не соответствует степени поражения кожи. Например, при генерализованной форме заболевания состояние больного может быть удовлетворительным, а при ограниченных кожных высыпаниях – крайне тяжелым.

Наблюдаются раздражительность, бессонница, напряжение и болезненность кожи на пораженных участках. Помимо этого, лекарственный дерматит может сопровождаться повышением температуры тела, причем у одних больных на пике осложнения, а у других – перед появлением субъективной симптоматики. Течение дерматита непродолжительное. Его тяжесть зависит от того, насколько своевременно был устранен аллерген (в данном случае лекарственный препарат). Нередко процесс затягивается на несколько недель. В большинстве случаев лекарственный дерматит заканчивается полным выздоровлением.

Лекарственные дерматиты, или токсидермии, сопровождаются появлением различных сыпей после инъекций, приеме внутрь или наружного применения лекарственных средств. Однако нередко сыпь выступает в качестве второстепенного признака, сопровож-

дающего поражение внутренних органов, например при гепатите.

Выбор лечебных мероприятий при лекарственном дерматите зависит от его клинических проявлений. Часто развитие заболевания прекращается при отмене соответствующего препарата, а сыпь исчезает без специального лечения. При значительной выраженности симптомов назначают обильное питье, вводят внутривенно 10 мл 30%-ного раствора гипосульфата натрия, а также 10%-ный раствор хлорида кальция.

Помимо этого, показан прием внутрь 20-40 мг в сутки преднизолона (при достижении эффекта дозу постепенно уменьшают), антигистаминных препаратов (димедрола, пипольфена, супрастина, кетотифена и т. п.). Пораженные участки кожи рекомендуется смазывать гидро-кортизоновой или преднизолоновой мазью. С этой же целью используется водно-цинковая взвесь.

В профилактике лекарственных дерматитов большое значение имеет раннее обнаружение повышенной чувствительности к какому-либо препарату и замена его другим, благодаря чему удастся предотвратить многие осложнения.

Острая крапивница и отек Квинке

Острая крапивница и отек Квинке обусловлены накоплением в организме гистамина, под воздействием которого повышается проницаемость сосудистых стенок и расширяются капилляры, в результате чего возникают покраснения, волдыри и отеки. Предрасполагающими к развитию заболевания факторами могут быть многие лекарственные препараты, продукты, различные аллергены (бытовые, пыльцевые, бактериальные, грибковые и т. д.), кишечные гельминты, укусы насекомых, ультрафиолетовое облучение, доброкачественные и злокачественные новообразования.

Заболевание протекает с выработкой гуморальных циркулирующих антител.

Аллергическая реакция проявляется в виде острого кожного зуда, повышения температуры тела, озноба, тошноты, болей в животе, рвоты. При отеке Квинке кожного зуда не наблюдается, но возникает ощущение напряжения кожных покровов. Нос, губы, язык и веки больного увеличиваются в размерах. Характерными признаками отека гортани и языка являются затруднение глотания и осиплость голоса.

Осмотр кожных покровов выявляет наличие волдырей, которые представляют собой плотные, четко отграниченные образования бледно-розового или белого цвета. Форма волдырей может быть различной: овальной, линейной или коль-

цевидной. Волдыри быстро появляются и так же быстро исчезают.

При отеке Квинке внезапно образуются различные по величине ограниченные уплотнения кожи и подкожной клетчатки, имеющие эластичную консистенцию и локализующиеся преимущественно на щеках, губах и веках. Даже после исчезновения этих образований остается болезненность пораженных участков кожи.

Наиболее опасна локализация отека Квинке на гортани, поскольку в этом случае велика вероятность развития асфиксии. У больных наблюдается ощущение затруднения вдоха, грубый кашель, осиплость голоса, цианоз лица.

Острая крапивница была известна еще во времена Древнего Рима. Это заболевание впервые описал знаменитый врач Гален во II веке н. э. Он рассказывал о крапивнице, вызываемой запахом роз.

Поражение может охватывать всю гортань или какую-либо ее часть. Признаки отека гортани можно выявить при проведении ларингоскопии. В отдельных случаях возникает отек пищевода, желудка и кишечника с соответствующими клиническими проявлениями. Отек мочеполовых путей сопровождается дизурическими расстройствами, затруднением мочеиспускания. В нетипичных случаях возможен отек мозга.

Лечение должно быть направлено на быстрое выведение из организма аллергенов, что достигается назначением соле-

вых слабительных и повторных очистительных клизм, и предупреждение развития осложнений со стороны внутренних органов.

Если крапивница или отек Квинке были спровоцированы пенициллином, необходимо внутримышечное введение 1 000 000 ЕД пенициллазы в 2-3 мл изотонического раствора хлорида натрия с периодичностью в 2-4 дня. В иных случаях внутримышечно вводят один из антигистаминных препаратов: по 1-2 мл 2%-ного раствора супрастина, 2,5%-ного раствора пипольфена. При этом необходимо учитывать, что пипольфен противопоказан при аллергии к аминазину. При отсутствии противопоказаний больному вводят подкожно 0,5 мл 0,1%-ного раствора адреналина или 1 мл 5%-ного раствора эфедрина.

Данные средства особенно эффективны при отеке гортани и поражении желудочно-кишечного тракта. В случае крайне тяжелого состояния больного назначается повторное внутримышечное введение 30-40 мг преднизолона или 125-150 мг гидрокортизона. При отеке Квинке вводят внутривенно 4 мл лазикса с 20 мл 40%-ного раствора глюкозы.

Нарастающая асфиксия, которую не удается устранить даже после введения соответствующих лекарственных препаратов, является показанием к проведению трахеотомии. Независимо от индивидуальной симптоматики всем больным назначают прием аскорбиновой кислоты по 0,25 г 2-3 раза в сутки. На короткий период также может быть назна-

чена растительно-молочная бессолевая диета.

Прогноз заболевания, как правило, благоприятный, однако больные, перенесшие крапивницу, должны наблюдаться у врача-аллерголога.

Поллиноз

Поллиноз представляет собой аллергическое заболевание, которое провоцирует пыльца ветроопыляемых растений. Клиническими вариантами поллинозов могут быть ринит, конъюнктивит, астмоидный бронхит или бронхиальная астма. В отдельных случаях поллиноз выступает в сочетании с крапивницей, нейродермитом, синдромом Менъера или другими заболеваниями.

В качестве аллергена выступает пыльца деревьев и кустарников (клен, ольха, береза, акация, дуб, сосна, ель, бузина, каштан и др.), луговых и культурных злаковых трав, сорняков.

В средней полосе России наблюдается 3 периода поллиноза:

- весенний, обусловленный цветением деревьев (конец апреля – начало июня);
- летний, связанный с цветением злаковых трав (начало июня – конец июля);
- летне-осенний, во время цветения сорняков (середина июля – середина сентября).

Наиболее распространенной причиной поллиноза является пыльца цветущих злаков. Помимо этого, встречаются различные сочетания аллергической реакции на пыльцу деревьев с аллергией на пыльцу злаковых трав и сорняков. Такая

форма аллергии, как правило, развивается при длительном течении заболевания.

Протекание заболевания может быть сравнительно легким, если у больного появляется только изолированный ринит или конъюнктивит, среднетяжелым, если эти заболевания сочетаются с пылевой интоксикацией, и тяжелым, когда наблюдаются приступы бронхиальной астмы, часто осложняющиеся тяжелым астматическим состоянием.

В периоды обострения заболевания у больного появляются приступы многократного чиханья, сопровождающиеся обильными выделениями из носа и слезотечением. У больного также могут наблюдаться заложенность носа, зуд век, резь в глазах, отек слизистых оболочек нёба, гортани, носоглотки.

Характерными признаками пылевой бронхиальной астмы являются приступы одышки экспираторного типа, часто в сочетании с ринитом и конъюнктивитом. Возникают симптомы пылевой интоксикации в сочетании со слабостью, потливостью, головной болью, нарушениями сна. В отдельных случаях наблюдается повышение температуры до субфебрильных значений.

Глаза больного воспаленные, припухшие, слезящиеся. Дыхание через нос затруднено. Конъюнктива век и склер отечна и гиперемирована, заметны сосуды глазного яблока. В этом случае риноскопия выявляет отек слизистой оболочки носа, которая приобретает серый или бледно-розовый

цвет, а также обильные или слизисто-водянистые выделения.

После того как концентрация пыльцы в воздухе снижается, например после дождя, отек спадает, а слизистая оболочка приобретает нормальный цвет. Для пыльцевой астмы характерны те же симптомы, что и для атопической формы бронхиальной астмы. Больной жалуется на высыпания и зуд.

Кратковременные симптомы поллинозов могут проявляться независимо от периодов цветения, например после употребления в пищу продуктов, имеющих отношение к растению-аллергену: орехов, березового, вишневого или яблочного сока и т. д. Нередко причиной обострения заболевания становится систематическое употребление злаковых продуктов (в частности, больными с различными нарушениями работы желудочно-кишечного тракта), а также алкогольных напитков, которые способствуют всасыванию аллергенов.

В том случае, если у больного диагностирован поллиноз, при простудных заболеваниях, даже в зимнее время, не стоит проводить лечение травами, поскольку может развиваться обострение заболевания, вплоть до приступа бронхиальной астмы.

Лабораторные исследования крови у больных поллинозом показывают эозинофилию, лимфоцитоз, повышенное содержание в крови гистамина, серотонина, альфа-2- и гамма-глобулинов. Рентгенологическое исследование придаточных пазух носа, как правило, выявляет наличие отечно-пристеночного гай-

морита или этмоидита.

В первый год течения поллиноз распознать довольно сложно. Как правило, больным ставят диагноз ОРЗ, грипп, острый обструктивный бронхит, острый конъюнктивит, не учитывая того, что эти заболевания могут возникнуть в любое время года, иными словами, принцип сезонности не соблюдается, они отличаются непродолжительным течением, в крови, слизи из носа и мокроте не обнаруживаются эозинофилы.

Поэтому больных с сезонно повторяющимися заболеваниями верхних дыхательных путей, особенно если они регулярно осложняются астматическим состоянием, обязательно нужно направлять на консультацию к аллергологу. После проведения соответствующих провокационных кожных проб с пыльцевыми аллергенами врач поставит окончательный диагноз.

Наиболее распространенными осложнениями поллиноза являются бактериальный конъюнктивит, гайморит, фронтит, этмоидит. Наиболее тяжелым проявлением поллиноза является астматическое состояние, на фоне которого в случае отсутствия своевременного и правильного лечения могут развиваться хронический бронхит с бактериальной или грибковой аллергией, пневмосклероз, хроническое легочное сердце.

Большое значение имеет выявление заболевания на ранних стадиях и его правильное лечение. Дело в том, что при

неадекватном лечении, особенно антибиотиками, возникает опасность развития серьезных осложнений, вплоть до анафилактического шока.

Также возможно развитие повышенной чувствительности организма к некоторым аллергенам, в результате чего течение поллиноза становится тяжелым, часто возникают астматические состояния, независимо от периодов цветения растений, вызывающих аллергическую реакцию.

При лечении поллиноза необходимо в первую очередь исключить контакт с аллергеном, поэтому больному назначается домашний режим. При рините и конъюнктивите применяют внутрь и парентерально (в зависимости от состояния больного) антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, диазолин, димедрол, пипольфен). Препараты рекомендуется менять каждые 10 дней, поскольку возможны побочные явления: сонливость, сухость во рту, головокружение, головная боль, тошнота и т. п.

Для устранения перечисленных побочных эффектов больному назначают небольшие дозы кофеина. При выраженном конъюнктивите в глаза закапывают 1%-ный раствор дексаметазона, при явлениях блефарита показаны глюкокортикоидные мази. В полость носа закапывают 5%-ный раствор эфедрина с 10 каплями 0,1%-ного раствора адреналина. Помимо этого, используют нафтизин, санорин и другие капли.

При пыльцевой бронхиальной астме назначают интал, а

в особо тяжелых случаях – глюко-кортикоидные гормоны. Больной должен придерживаться строгой гипоаллергенной диеты с учетом антигенных свойств некоторых пищевых продуктов.

Сывороточная болезнь

Сывороточная болезнь представляет собой системное аллергическое заболевание. В зависимости от степени тяжести клинических проявлений выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы сывороточной болезни. Заболевание провоцирует введение чужеродных сывороток, гамма-глобулина, а также многих других лекарственных препаратов.

Сывороточные реакции характеризуются теми же симптомами, что и сывороточная болезнь, но развиваются после введения неполноценных антигенов (лекарственные препараты, простые химические соединения).

Сывороточная болезнь протекает с выработкой гуморальных циркулирующих антигенов. Инкубационный период длится 7-12 дней. В зависимости от частоты повторного введения препаратов он может сокращаться до нескольких часов или увеличиваться до 8 и более недель.

Пациенты жалуются на кожный зуд, головную боль, озноб, потливость. В отдельных случаях отмечаются тошнота, рвота, боли в животе и суставах. Температура тела повышается до 37,3-40 °С. При осмотре выявляются единичные или распространенные высыпания на коже, отек Квинке, увеличение лимфатических узлов, припухлости в области суставов, снижение артериального давления, болезненность при движении. Отеки слизистых оболочек особенно опасны тем, что

могут привести к отеку гортани с развитием асфиксии.

Лабораторное исследование крови выявляет лейкопению, лимфоцитоз, нейтропению, увеличение СОЭ. На ЭКГ также фиксируются различные изменения. Продолжительность заболевания – от нескольких дней до 2-3 недель. Анафилактическая форма заболевания по симптоматике аналогична анафилактическому шоку. При диагностике сывороточную болезнь необходимо дифференцировать от лекарственных дерматитов, которые проявляются аналогичными симптомами.

Осложнениями сывороточной болезни могут быть миокардит, гепатит, гломерулонефрит, моно- или полиневрит, энцефалит. При отсутствии поздних тяжелых осложнений со стороны внутренних органов прогноз заболевания, как правило, благоприятный.

В соответствии с тяжестью заболевания назначают внутрь или в виде инъекций антигистаминные препараты, а также на курс 7-14 дней глюко-кортикоидные гормоны, необходимые для предупреждения поздних осложнений со стороны внутренних органов. Курс начинают с 20-30 мл преднизолона в сутки. При отеке гортани и абдоминальном синдроме показано подкожное введение 0,5 мл 0,1%-ного раствора адреналина с 1 мл 5%-ного раствора эфедрина.

Помимо этого, внутримышечно вводят 30 мг преднизолона или 125 мг гидрокортизона. Для предупреждения повторного возникновения сывороточной болезни или сывороточноподобных реакций больному рекомендуется пройти тща-

тельное обследование под руководством врача-аллерголога и с помощью кожных или провокационных проб установить аллерген, спровоцировавший заболевание.

Перед введением чужеродной сыворотки сначала ставится скарификационная проба с разведением сыворотки 1 : 100 и 1 : 10. Если по истечении 20 минут у больного появился кожный зуд, единичные или распространенные высыпания, дальнейшее введение сыворотки недопустимо. При отрицательных результатах разрешается поставить внутрикожную пробу при разведении 1 : 100 и 1 : 10 в объеме 0,2 мл. Если больному требуется введение противостолбнячной сыворотки, а в его анамнезе имеются указания на какие-либо аллергические реакции, рекомендуется использовать анатоксин бычий столбнячный или иммуноглобулин человеческий противостолбнячный, который получают из сыворотки крови человека, иммунизированного столбнячным токсином.

При аллергии к лошадиной сыворотке ни в коем случае нельзя употреблять в пищу конину.

Эндокринные заболевания

Кэндокринным заболеваниям относятся патологии в деятельности желез внутренней секреции, к которым относятся гипоталамус, эпифиз, гипофиз, щитовидная железа, паращитовидные железы, вилочковая железа, поджелудочная железа, надпочечники и яичники.

Диабет сахарный

Данное заболевание связано с недостатком в организме инсулина. Сахарный диабет – очень распространенное заболевание, которым страдают люди с наследственной предрасположенностью, больные ожирением, а также люди преклонного возраста. Факторами риска могут стать физические и психологические травмы, а также инфекционные заболевания, в результате которых в организме начинает вырабатываться избыток глюкогона в противовес недостатку инсулина.

В результате данной патологии повышается уровень сахара в крови, нарушается синтез белков, жиров и углеводов. Сахарный диабет бывает потенциальным, латентным и явным. Явный сахарный диабет может быть легким, средней тяжести и тяжелым. В зависимости от характера течения сахарный диабет бывает лабильным и стабильным.

Сосудистые изменения, сопровождающие заболевание, принято подразделять на четыре стадии. На I стадии наблюдаются умеренно извитые и расширенные вены, острота зрения классифицируется как 1,0. На II стадии, помимо сосудов, происходит поражение сетчатки глаз. Кроме того, могут наблюдаться точечные кровоизлияния. Острота зрения обычно составляет 0,9-0,7. На III стадии происходит выраженное изменение сетчатки со множественными кровоизли-

нениями, захватывающими большую площадь, а также изменения по дегенеративному типу. При этом острота зрения оценивается ниже 0,8.

IV стадия заболевания характеризуется пролиферативными изменениями в сосудистой ткани с одновременным образованием новых сосудов. В этот же период значительно ухудшается зрение больного.

Со стороны почек при данном заболевании наблюдается атеросклероз крупных артерий. Поражение почек также проходит четыре стадии. I стадия называется скрытой. Явных клинических поражений почек в этот период не наблюдается, и какие-либо нарушения можно обнаружить лишь при биопсии.

II стадия называется протеинурической, так как ее характерным признаком является протеинурия. Однако при этом концентрационная функция почек не претерпевает изменений. На III стадии у больных наблюдается повышение артериального давления, отечность лица и голеней. При исследовании крови выявляется незначительная анемия.

На IV стадии страдает концентрационная функция почек. Для сахарного диабета характерно наличие острого или хронического пиелонефрита. Кроме того, в клинической картине сахарного диабета присутствует и атеросклероз. При этом, как правило, поражаются венечные артерии, артерии нижних конечностей и головного мозга.

Значительно чаще, чем другие люди, больные сахарным

диабетом страдают от атеросклероза коронарных артерий. При наличии сахарного диабета особенно тяжело протекает инфаркт миокарда и, как правило, именно он является причиной летального исхода.

Что касается потенциального сахарного диабета, то он лишь предполагает возможность развития данного заболевания. Это всего лишь предрасположенность к данной патологии, и совершенно необязательно, что человек заболет сахарным диабетом.

К этой категории относятся пациенты с наследственной предрасположенностью к заболеванию (например, если сахарным диабетом страдают один или оба родителя). Клинических признаков данного заболевания у таких пациентов не наблюдается. Результаты исследования крови показывают уровень сахара в пределах нормы.

В том случае, если у больного отмечается латентная форма заболевания, уровень сахара в крови повышается только в результате приема легкоусвояемых углеводов. Таким образом, при исследовании крови натощак уровень сахара в крови будет нормальным, а через час после приема 50 г глюкозы – 1,8 г/л, через 2 часа – 1,3 г/л.

Явный диабет характеризуется тем, что уровень сахара в крови больного натощак составляет 1,1 г/л. При исследовании мочи в ней также отмечается присутствие сахара. При явном диабете отмечаются жажда и полиурия.

Степень заболевания при явном диабете определяется по

количеству инсулина в организме, уровню сахара в крови, а также по наличию осложнений, к которым прежде всего относятся поражения почек и глазного дна. Легкая форма сахарного диабета характеризуется уровнем сахара в крови в количестве 1,4 г/л (в течение суток). Больные нормально себя чувствуют при соблюдении компенсаторной диеты наряду с приемом антидиабетических пероральных лекарственных средств.

При средней тяжести сахарного диабета уровень сахара в крови составляет 2,3 г/л. Для компенсации данной формы требуется постоянное соблюдение диеты, а также регулярный прием сахаропонижающих препаратов. В отдельных случаях у больного наблюдаются незначительные изменения глазного дна и почечных сосудов.

При тяжелой форме сахарного диабета уровень сахара в крови составляет более 3 г/л. В данном случае больной нуждается в суточной дозе инсулина более 60 ЕД. На этой стадии наблюдаются поражения глазного дна и почечных сосудов.

В том случае, если для компенсации болезненных проявлений пациент нуждается более чем в 200 ЕД инсулина, считается, что он абсолютно инсулинорезистентен. Если требуется не более 100 ЕД инсулина, можно говорить об относительной инсулинозависимости.

При лабильном диабете в разное время суток наблюдается неодинаковое количество сахара в крови, причем эти коле-

бания бывают довольно значительными. Так, в дневное время может наблюдаться гипо-гликемия, а утром и ночью – гипер-гликемия. Течение лабильного диабета нередко осложняется диабетической комой.

При стабильном сахарном диабете уровень сахара в крови поддерживается приблизительно на одном уровне – в пределах 0,6-0,7 г/л. При таких показателях практически не бывает гипо-гликемии. Стабильное течение диабета, как правило, наблюдается при заболевании средней тяжести, а лабильное – при тяжелой форме.

Клиническая картина заболевания различна у молодых и пожилых людей, поэтому принято рассматривать ювенальную форму заболевания и сахарный диабет взрослых. При ювенальной форме диабета (в возрасте до 20 лет) масса тела значительно понижена. Начало болезни, как правило, острое, нередко проявляющееся в виде диабетической комы. Течение болезни лабильное, а лечение проводится обязательно с использованием инсулина.

При диабете взрослых масса тела, напротив, повышена. При этом практически у 50% больных сахарным диабетом отмечается ожирение той или иной степени. Заболевание прогрессирует постепенно, а состояние пациента улучшается в результате приема пероральных сахаропонижающих препаратов. В этом случае лишь трети больным требуется инсулин.

Наиболее тяжелым осложнением сахарного диабета явля-

ется диабетическая кома. Ей предшествует резкое повышение сахара и кетоновых тел в крови больного. Происходит сильное обезвоживание организма, причем вместе с мочой из организма вымываются ионы натрия, калия, фосфора и хлора. В результате в крови происходит сдвиг в кислую сторону.

Кетоновые тела поражают клетки центральной нервной системы. В случае непринятия своевременных мер у больного развивается диабетическая кома. При этом может наблюдаться прекоматозное или коматозное состояние больного. Пациент, находящийся в прекоматозном состоянии, теряет аппетит. Кроме того, наблюдаются сильная жажда, слабость, тошнота, головная боль, боль в животе. Больной ощущает постоянные позывы к мочеиспусканию.

При осмотре кожные покровы и язык пациента сухие. Помимо этого, могут наблюдаться кожный зуд, резкое снижение артериального давления и тахикардия. При исследовании крови выявляются высокий уровень сахара и избыточное содержание кетоновых тел, а в моче – большое количество сахара и ацетон. Если больному не оказана экстренная помощь, прекоматозное состояние переходит в кому.

В состоянии комы больной кажется погружившимся в глубокий сон, он теряет сознание. При этом дыхание редкое, шумное и глубокое. Реакция зрачков больного на свет практически отсутствует, сухожильные рефлексы слабо выражены.

При диабетической коме, как правило, происходит поражение почек и сердечно-сосудистой системы, в результате чего уменьшается количество мочи с последующей ее задержкой. Исследование крови нередко показывает концентрацию сахара 5-10 г/л, а в моче обнаруживаются белок и эритроциты.

В большинстве случаев диабетическая кома является следствием перенесенных инфекционных или недолеченных заболеваний, физических и психических травм. Необходимо отличать диабетическую кому от гипер-гликемии. В первом случае осложнение развивается постепенно, на протяжении нескольких дней, в то время как при гипер-гликемии кома наступает внезапно. Иногда могут наблюдаться такие симптомы, как слабость, чувство голода, потливость и тремор рук.

При диабетической коме кожа больного сухая, при гипер-гликемической, напротив, влажная. В первом случае тонус глазных яблок снижен, во втором – в пределах нормы. При диабетической коме анализ крови показывает повышенное содержание сахара, лейкоцитов и кетоновых тел. При гипер-гликемической коме кетоновые тела не определяются, количество лейкоцитов находится в пределах нормы, а содержание сахара – ниже 0,4 г/л. В первом случае в моче содержится ацетон, во втором случае его нет. Лечебный эффект в случае гипер-гликемической комы достигается быстро, сразу после приема сахара внутрь или введения глюкозы

внутривенно.

В случае комы больной находится в бессознательном состоянии, поэтому достаточно сложно определить, какой именно вид коматозного состояния имеет место. Поэтому принято сразу вводить внутривенно до 20 мл 20%-ного раствора глюкозы. В том случае, если у больного гипо-гликемическая кома, его состояние немедленно улучшится – он придет в сознание. Что касается диабетической комы, то глюкоза не даст эффекта, но и не принесет вреда.

При сахарном диабете может произойти также гиперосмолярная кома, характеризующаяся повышением содержания сахара в крови. При этом количество кетоновых тел остается в норме. Такой вид комы, как правило, наблюдается у людей преклонного возраста, особенно при нарушении предписанного врачом режима питания, после оперативных вмешательств или перенесенных заболеваний.

При этой коме наступает резкое обезвоживание организма на фоне поражения центральной нервной системы. Дыхание больного частое и прерывистое, а при исследовании крови выявляется большое количество белка, мочевины, хлора и лейкоцитов.

При лечении диабета используются инсулин, пероральные противо-диабетические препараты, а также специальная диета. Целью лечения сахарного диабета является компенсация заболевания. Содержание сахара в крови здорового человека находится в пределах 1,6-1,8 г/л и, если суточное со-

держание сахара в крови пациента не превышает этих показателей, болезнь считается компенсированной.

При тяжелой лабильной форме заболевания допустимо высокое содержание сахара в крови. При ювенальной форме сахарного диабета считается оптимальной инсулинотерапия. Взрослых пациентов лечат сульфаниламидами и бигуанидами. Для лечения диабета используются следующие препараты инсулиновой группы:

- инсулин для инъекций (вводится подкожно и внутривенно, действует в течение 8 часов);
- свиной инсулин, получаемый из поджелудочной железы свиньи (вводится внутривенно и подкожно, не дает осложнений);
- китовый инсулин, получаемый из поджелудочной железы сейвала и кашалота (вводится подкожно, действует в течение 10 часов);
- суспензия протамин-цинк-инсулина (вводится только подкожно, действует в течение суток);
- инсулин В (вводится только подкожно, действует в течение 18 часов).

При инсулинотерапии возможны осложнения, в частности общие или местные аллергические реакции, задержка мочи. В результате снижения сахара в крови в отдельных случаях наступает гипо-гликемия. При этом пациент ощущает слабость и чувство голода. В данном случае необходимо принять экстренные меры – дать больному для прие-

ма внутрь легкоусвояемые углеводы, поскольку в противном случае могут наступить потеря сознания и гипо-гликемическая кома.

Необходимо помнить, что гипо-гликемическая кома может развиваться у больного сахарным диабетом с высоким содержанием сахара в крови в тот момент, когда количество сахара будет доведено до нормы. В качестве легкоусвояемых углеводов могут быть использованы мед, сахар или варенье. После приема пищи самочувствие больного, как правило, улучшается.

Гипо-гликемия может проявиться в различной степени тяжести. При среднетяжелой стадии целесообразно давать больному сладкое питье до тех пор, пока его состояние не улучшится. После этого больного необходимо накормить.

При тяжелой форме гипо-гликемии больной не может глотать самостоятельно, поэтому ему необходимо ввести внутривенно до 60 мл 40%-ного раствора глюкозы. В том случае, если через 30-40 минут больной не придет в сознание, введение препарата следует повторить. После этого при необходимости делают внутреннее капельное вливание 5%-ного раствора глюкозы. В случае потери сознания можно сделать внутримышечно или подкожно инъекцию 1 мл глюкагона или 1 мл 0,1%-ного раствора адреналина.

Аллергические реакции на введение инсулина могут проявляться как местно, так и в общей форме. Местная реакция характеризуется тем, что через 30 минут после введе-

ния препарата в области инъекции появляются покраснение и уплотнение. Это стойкая реакция, которая может держаться несколько дней и даже месяцев.

Общая аллергическая реакция проявляется в виде отека Квинке, крапивницы, слабости и повышения температуры. В отдельных случаях наблюдается анафилактический шок. В связи с возможными осложнениями перед введением инсулина необходимо провести диагностическую пробу. Для этого вводят 0,04 ЕД инсулина. При наличии аллергической реакции на инсулин через 40 минут после инъекции возникает зуд, покраснение кожи и отечность. В отдельных случаях аллергия на препарат проявляется в течение 2 часов.

При этом легкое покраснение кожи в месте укола считается нормальным. При выраженной аллергии препарат инсулина необходимо поменять. В большинстве случаев используется лекарственное средство животного происхождения: инсулин свиньи или крупного рогатого скота.

Инсулинозависимость лечат путем замены части инсулина крупного рогатого скота инсулином свиньи или заменой вида инсулина.

При условии улучшения состояния больного можно перейти на применение пероральных сахаропонижающих препаратов. Помимо этого, показаны антигистаминные лекарственные средства: димедрол, супрастин, пипольфен, хлорид кальция.

Нередко при лечении инсулином у больного возникает

инсулинозависимость. В этом случае для снижения уровня сахара в крови необходимо постоянно увеличивать дозу препарата.

Следует отметить, что аллергические реакции на инсулин в виде отеков возникают крайне редко. Однако, если в клинической картине заболевания все же наблюдаются отеки, рекомендуется использовать верошпирон. В терапии сахарного диабета используются пероральные противодиабетические препараты – производные сульфанил-мочевин и бигуаниды.

В группу сульфанилмочевин входят букарбан и бутамид. Эти препараты показаны для лечения взрослых. Осложнения при лечении производными сульфанилмочевин наблюдаются довольно редко. В отдельных случаях возникают желудочно-кишечные расстройства в виде тошноты и рвоты.

Сульфаниламиды используются при лечении больных сахарным диабетом старше 40 лет. Необходимо учитывать, что препараты этой группы нельзя использовать в случае прекомастного или комастного состояния, а также при тяжелой форме сахарного диабета с лабильным течением, при патологиях печени и почек, сопровождающихся нарушением их функции, беременности и в период кормления грудью.

При терапии сульфаниламидами может наблюдаться первичная или вторичная отрицательная реакция. В первом случае лечение препаратами в течение 3 недель не даст положительного результата. Во втором случае препарат может

давать положительный эффект в течение нескольких месяцев и даже лет, а потом перестать действовать. В этом случае используемый препарат заменяют инсулином или бигуанидами.

Бигуаниды являются производными гуанидогового ряда. Это фенилэтилбигуанид, бутилэтилбигуанид и диметил-бигуанид. Перечисленные препараты дают ощутимый положительный результат в случае наличия у больного сахарным диабетом ожирения. Прием данных препаратов может сопровождаться такими побочными явлениями, как тошнота, рвота, расстройства пищеварения, металлический привкус во рту, тяжесть в подложечковой области. Однако подобные явления обычно наблюдаются после приема значительных доз бигуанидов.

В этом случае необходимо уменьшить дозу лекарственного средства, а после исчезновения желудочно-кишечного расстройства продолжить лечение. В терапии сахарного диабета применяются следующие препараты-бигуаниды: диботин, силубин и глюкофаг.

В том случае, если замечены признаки диабетической комы, больному делают инъекции инсулина и назначают соответствующую диету. Из рациона пациента полностью исключают жиры и увеличивают количество углеводов не из числа легкоусвояемых. Если в моче присутствует ацетон, но нет таких клинических признаков, как жажда, тошнота или рвота, можно продолжить лечение пролонгированными препа-

ратами инсулина.

В этот период больному необходимы инъекции обычного инсулина в течение дня с промежутками 2-5 часов в зависимости от состояния больного. В качестве противокетонного средства используется ксилит.

Если на фоне ацетона в моче наблюдаются жажда, тошнота и рвота, терапия пролонгированным инсулином должна быть исключена. Следует круглосуточно проводить лечение обычным инсулином. При выборе начальных доз препарата необходимо учитывать возраст больного, наличие предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям, а также глубину и длительность потери сознания.

В случае непродолжительной комы (до 2 часов) инсулин вводится в количестве 100 ЕД. При выраженной коме рекомендованная начальная доза препарата составляет 120-160 ЕД. Половину начальной дозы вводят внутривенно, а вторую часть – подкожно. Пациентам преклонного возраста рекомендуется капельное введение инсулина.

Следующая доза определяется через 2 часа по уровню сахара в крови. В случае снижения уровня сахара дозу инсулина уменьшают в 2 раза. Если он фиксируется на прежнем уровне, дозу оставляют прежней или увеличивают в 1,5 раза. При повышении уровня сахара в крови дозу увеличивают в 2 раза.

При этом больной в течение суток может получать 200-1000 ЕД препарата.

Одновременно с инсулинотерапией больному капельно вводится физраствор, поскольку в состоянии комы происходит сильное обезвоживание организма. В течение первых 2 часов больной в состоянии комы должен получать 1-1,5 л изотонического раствора хлорида натрия. Когда больной приходит в сознание, к раствору хлорида натрия присоединяют 3-5%-ный раствор гидрокарбоната серебра, 0,4 л которого больной получает в течение 3 часов.

При угнетении сердечно-сосудистой деятельности показаны сердечные и сосудистые лекарственные средства. Когда уровень сахара больного снизится до 3 г/л, инсулин вводят с большой осторожностью, чтобы не вызвать гипо-гликемию. Одновременно с инсулином вводится 5%-ный раствор глюкозы и изотонический раствор хлорида натрия.

Гиперосмолярная кома требует введения большого количества жидкости. В сутки больной должен получать до 8 л изотонического раствора хлорида натрия. Начальная доза инсулина в этом случае составляет 80-150 ЕД, причем половина этой дозы вводится внутривенно капельно. Общая доза инсулина при гиперосмолярной коме составляет 150-2000 ЕД. В случае необходимости больной получает сердечные и сосудистые лекарственные препараты.

Нарушение белкового обмена регулируется посредством анаболических стероидов: неробола (до 10 мл в день в течение 1,5-3 месяцев), феноболина (внутримышечные инъекции по 25 мл 1 раз в неделю), ретаболила (внутримышечные

инъекции по 50 мл 1 раз в 3 недели). Если в крови повышается уровень холестерина, больному назначают клофибрейт в капсулах (2-4 капсулы в день). Помимо этого, применяются ангиопротекторы – пармидин, продектин и ангинин (3 раза в день в течение 4-5 месяцев).

Если в сетчатке глаза имеются кровоизлияния, больному показан дицинон в таблетках (по 250 мг 3 раза в день) или внутримышечно. Диабетическая нефропатия лечится так же, как и диабетический нефрит.

Первичный гипотиреоз

Гипотиреоз представляет собой эндокринное заболевание, возникающее в результате пониженной функции щитовидной железы. Данное заболевание может быть первичным или вторичным. Причины первичного гипотиреоза неизвестны. Он может возникнуть спонтанно, однако обычно развивается после резекции щитовидной железы и терапии радиоактивным йодом. Этому заболеванию наиболее подвержены люди преклонного возраста, особенно женщины.

В большинстве случаев первичный гипотиреоз развивается постепенно и проявляется следующими симптомами: озноб, сонливость, апатия, быстрая утомляемость. На фоне данного заболевания довольно часто возникают психические расстройства, в том числе острый психоз. В результате развития гипотиреоза голос больного становится низким и хриплым, а сам больной говорит медленно и невнятно. Кожа лица желтеет, появляются отеки. Кожа на теле становится сухой и грубой. Температура тела, как правило, снижена, а щитовидная железа при пальпации не прощупывается.

При обследовании отмечают нарушения сердечной деятельности, а именно – расширение границ сердца и глухость сердечных тонов. Помимо этого, наблюдаются брадикардия и колебания артериального давления, которое может быть как повышенным, так и пониженным.

В отдельных случаях у пациентов наблюдаются признаки сердечной недостаточности. Особенность перечисленных патологических явлений состоит в том, что терапия сердечными гликозидами не дает эффекта. Что касается лечения гормонами щитовидной железы, оно способствует нормализации сердечной деятельности.

У больных гипотиреозом утолщаются голосовые связки, а слизистые оболочки дыхательных путей становятся очень сухими. У большинства больных наблюдается гипохромная железо-дефицитная анемия. У женщин, страдающих первичным гипотиреозом, отмечаются расстройство менструального цикла и склонность к бесплодию. Мужчины страдают импотенцией.

Необходимо помнить, что больным первичным гипотиреозом противопоказано как умственное, так и физическое переутомление. Кроме того, последствия этого заболевания затрагивают и орган слуха. Пациенты плохо слышат в результате атрофии слизистой оболочки в улитке и патологического изменения жидкости в лабиринте.

Заболевание принято лечить гормонами щитовидной железы, в частности тироксином и трийодтиронином, который является синтетическим препаратом. Он начинает действовать через несколько часов после приема и выводится из организма через 10 дней.

Доза гормонов подбирается строго индивидуально, по-

сколькó превышение дозировки может спровоцировать инфаркт миокарда и сердечную недостаточность. В большинстве случаев терапия первичного гипотиреоза начинается с 0,005 г тиреоидина и 1 мкг трийодтиронина. Затем (при условии отсутствия отрицательной динамики) дозу можно увеличить. Рекомендуется также витаминотерапия. Пациентам назначают витамины группы В, а также витамины С и А. В случае железодефицитной анемии применяют восстановленное железо и витамин В₁₂ в инъекциях.

Зоб диффузный токсический

Диффузный токсический зоб, или базедова болезнь, – это наследственное заболевание, связанное с недостатком выработки йода щитовидной железой.

Этиология базедовой болезни не выявлена до сих пор. Традиционно данное заболевание относят к числу наследственных патологий. При появлении базедовой болезни у больных усиливается процесс поглощения йода щитовидной железой. Одновременно происходит избыточный синтез и секреция тироксина и трийодтиронина.

На ранних стадиях базедова болезнь протекает практически незаметно. Она может развиваться в течение нескольких месяцев или лет. Больные жалуются на слабость, сонливость, раздражительность, потливость и резкое похудение. Помимо этого, наблюдается озноб, сердцебиение, усиленный аппетит на фоне снижения массы тела, мышечная слабость.

У большинства пациентов щитовидная железа равномерно увеличена, при этом степень увеличения не влияет на тяжесть клинических проявлений. Принято различать несколько стадий увеличения щитовидной железы.

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.