

А. Н. Шабанов

Медицинский справочник для фельдшеров

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
А11

А11 **А. Н. Шабанов**
Медицинский справочник для фельдшеров / А. Н. Шабанов – М.: Книга по Требованию, 2023. – 676 с.

ISBN 978-5-458-33202-6

В новом, полностью переработанном и дополненном, издании справочника в сжатой и конкретной форме излагаются все основные клинические дисциплины. В каждой главе в словарно-алфавитном порядке изложены большинство имеющих наибольшее практическое значение синдромов и отдельных нозологических форм с освещением главных признаков и особенностей течения болезни в целом, а также современные методы лечения с указанием рецептурных прописей, особенностей ухода и профилактики. Наряду с изложением неотложных до врачебных мер медицинской помощи при целом ряде заболеваний выделена специальная глава о срочной помощи при острых медикаментозных, производственных и бытовых отравлениях. Кроме клинических глав, представлены разделы по лечебным манипуляциям и уходу за больными, по физиотерапии, технике лабораторных исследований.

ISBN 978-5-458-33202-6

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

ГЛАВА I

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ГАНГРЕНА (ОМЕРТВЕНИЕ) ЛЕГКОГО. Нагноительный процесс в легких, большей частью являющийся осложнением других заболеваний.

Чаще абсцесс развивается как осложнение воспаления легких у ослабленных, истощенных больных или у пожилых людей. К абсцессу легких может привести аспирация (вдыхание) инородных тел (кусочков пищи, слизи, например в бессознательном состоянии). В отличие от абсцесса легкого, представляющего отграниченный очаг нагноения, гангренозная ткань не отграничивается от остальной ткани легкого. Полости, образующиеся при распаде гангренозного участка, имеют неправильную форму, в то время как полости абсцесса обычно четко контурируются (рентгенологически). Если абсцессы могут вызываться стрептококками, пневмококками, диплобациллой Фридлендера, палочкой Пфейффера или их сочетанием, то гангрена легких вызывается главным образом анаэробными микробами.

Симптомы и течение. Кашель с обильной гнойной мокротой, неприятный запах изо рта. Мокрота при стоянии делится на три слоя. Появляются познбливания, иногда поты, температура тела достигает высоких цифр. Резко выражено общее недомогание. При перкуссии можно обнаружить участки с небольшим притуплением, там же выслушивается ослабленное дыхание и немного влажных мелкопузырчатых и сухих хрипов. Рентгенологически сначала обнаруживается очаг затемнения, а затем, когда абсцесс прорывается, в области затемнения появляется горизонтальный уровень жидкости с просветлением над ним. В крови отмечаются нейтрофильный лейкоцитоз и ускорение РОЭ. При длительном течении заболевания развиваются многочисленные вторичные бронхоэктазы и амилоидоз (см.) внутренних органов.

Иногда абсцесс может прорваться в плевру с образованием пиопневмоторакса. Течение гангрены легких клинически отличается от течения абсцесса большей тяжестью процесса. Важным диагностическим признаком является особый характер мокроты, которая имеет бурый цвет и крайне зловонный запах, а также некоторое отличие рентгенологической картины (см. выше).

Дифференцировать абсцесс и гангрену легких следует от осложненного нагноением рака, эхинококка, актиномикоза легких (см.), бронхоэктазов (см.), инородного тела бронха, туберкулеза (см.), эмболического инфаркта легких (см.).

Лечение. Наиболее эффективными средствами являются антибиотики. Пенициллин назначают по 100 000 ЕД каждые 3 часа круглосуточно. Если не наблюдается полный успех, добавляют стрептомицин по 250 000 ЕД 4 раза в сутки. При отсутствии положительных результатов следует назначить биомицин или тетрациклин (по 200 000—300 000 ЕД 4 раза в сутки), или левомицетин (по 0,5—0,75 г 4 раза в сутки). Одновременно обязательно больной должен получать витамины группы В, С, А.

В некоторых случаях хороший эффект оказывают сульфаниламидные препараты (норсульфазол или сульфодимезин по 1 г 6—8 раз в сутки).

Следует проводить общеукрепляющую терапию, повышая защитные силы организма: полноценное питание с высоким содержанием белка и витаминов, переливание крови. При мучительном кашле рекомендуются кодеин, дионин; при плохом отхождении мокроты — отхаркивающие.

Если абсцесс или гангрена не ликвидируется в течение 3 месяцев, целесообразно направление на оперативное лечение.

Профилактика. Ранняя диагностика пневмоний, различных септических заболеваний, их энергичное лечение. Правильный уход за больными, находящимися в бессознательном состоянии (при инсультах, наркозе и т. д.).

Rp. Penicillini crystallisati

200 000—500 000 ЕД

D. t. d. N. 6 in flac. steril.

S. Растворить содержимое флакона в стерильном физиологическом растворе и вводить внутримышечно по 100 000 ЕД 8 раз в сутки

Rp. Streptomycini sulfurici 1 000 000 ЕД

D. t. d. N. 6 in flac. steril.

S. Растворить содержимое флакона в стерильном физиологическом растворе и вводить внутримышечно по 250 000 ЕД 4 раза в сутки (можно в одном шприце с пенициллином)

Rp. Biomycini hydrochlorici 0,1 (100 000 ЕД)

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 3—4—5 таблеток 4 раза в сутки

Rp. Laevomycetini 0,5

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 1 таблетке 4 раза в сутки

Rp. Terramycini hydrochlorici 0,1 (100 000 ЕД)

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 3—4—5 таблеток 4 раза в сутки

Rp. Dionini 0,015

Sacchari albi 0,25

D. t. d. N. 6 in tabul.

S. По 1 таблетке 3 раза в сутки

АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ см. гл. «Хирургические болезни».

АВИТАМИНОЗЫ (ГИПОВИТАМИНОЗЫ). Витаминная недостаточность может возникать в связи с недостаточным содержанием того или иного витамина в пище или в связи с нарушениями всасывания его в организме. Чаще встречается умеренная форма недостаточности — гиповитаминоз.

Недостаточность витамина А. Проявляется нарушениями со стороны кожи (усиленное ороговение, сухость, шелушение), эпителия внутренних органов (легко возникают и долго текут катары дыхательных путей, появляется предрасположение к образованию камней в мочевых путях), глаз (нарушение зрения в сумерках, в темноте — «куриная слепота», или гемералопия, сухость конъюнктивы, роговицы, редко изъязвление роговицы).

Лечение. Витамин содержится в животных жирах, молоке, яичном желтке, икре; провитамин — каротин содержится во многих овощах (особенно в моркови), ягодах и фруктах. Минимальная суточная потребная доза 1 мг (3300 ИЕ), для беременных — 2 мг (6600 ИЕ). Для лечения гемералопии дают ежедневно 10 000—25 000 ИЕ витамина, при кожных проявлениях и более тяжелых поражениях глаз — по 50 000—100 000 ИЕ в день.

Недостаточность витамина В₁ (тиамина). В тяжелой форме в виде заболевания бери-бери встречается в ряде стран Азии, где основной пищей населения является полированный рис. Заболевание начинается с нервных расстройств и мышечных атрофий на нижних конечностях, затем появляются изменения со стороны сердца (тахикардия, расширение границ, глухость тонов, одышка), отеки, диспепсические явления.

Чаще встречаются более легкие формы. При этом отмечаются общая слабость, вялость, отеки, диспепсические расстройства, полиневриты.

Лечение. Витамин содержится в муке грубого помола, крупах, бобовых растениях, дрожжах. Минимальная суточная потребность составляет

2—3 мг витамина. Для лечения необходимы дозы 10—15 мг в день, а при полиневритах и нарушениях со стороны желудочно-кишечного тракта — по 10—30 мг ежедневно в течение длительного времени. При нарушениях всасывания в кишечнике препарат вводят парентерально (внутривенно, внутримышечно, подкожно).

Недостаточность витамина B₂ (рибофлавина). Вначале авитаминоз проявляется снижением аппетита, похуданием, головными болями, слабостью, резью в глазах, болезненностью в углах рта. Позже развиваются трещины и даже язвочки в углах рта и на губах, себорея лица и ушей, глоссит, конъюнктивит, блефарит, реже помутнение роговицы и хрусталика, ирит.

Лечение. Витамин содержится в дрожжах, мясе, молоке, рыбе, яйцах, горохе, зародышах и оболочках злаков. Суточная потребность 2 мг, при усиленном введении в организм белков потребность в витамине повышается. При легких формах заболевания витамин назначают внутрь в порошках, таблетках, драже по 5—10 мг в день, в более тяжелых случаях — по 30—50 мг (в течение 1—2 месяцев).

Недостаточность витамина B₆ (пиридоксина). Заболевание проявляется повышением возбудимости центральной нервной системы, судорожными припадками. У больных туберкулезом, леченных тубазидом, фтивазидом и др., кроме того, могут быть невриты. У беременных при недостаточности витамина развиваются симптомы токсикоза беременности (тошнота, рвота и др.).

Лечение. Витамин B₆ содержится в мясе, рыбе, молоке, овощах, картофеле, дрожжах. Суточная потребность в витамине 3 мг. При лечении недостаточности вводят по 25—50—100 мг в день в течение длительного времени. При токсикозе беременности после снятия симптомов токсикоза дозу уменьшают до 5—10 мг в день. Для профилактики невритов при лечении фтивазидом и сходными с ним препаратами в день назначается по 25—50 мг витамина внутрь или внутримышечно.

Недостаточность витамина B₁₂ см. Пернициозная анемия.

Недостаточность фолиевой кислоты. Развивается редко, в основном при нарушениях усвоения ее организмом.

Заболевание проявляется в развитии мегало-макроцитарной анемии. Может сопутствовать недостаточности витамина B₁₂, спру.

Лечение. Витамин содержится в листьях зеленых растений, овощах, печени и почках животных. Суточная потребность в витамине 2—3 мг. С лечебной целью назначают при макроцитарных анемиях и спру по 20—40—60 мг в день внутрь в течение 3—4 недель.

Недостаточность витамина PP (никотиновой кислоты). Пеллагра. Жалобы на жжение во рту, слюнотечение, изжогу, метеоризм, понос; утомляемость, ухудшение памяти. При осмотре на не защищенных от света частях тела видна пигментация, шелушение кожи. Язык вначале ярко-красный, с выступающими сосочками, позже — бледный, гладкий. Нервно-психические нарушения разнообразны: слабоумие, двигательные и чувствительные расстройства и др.

Лечение. Никотиновая кислота содержится в молоке, внутренних органах животных, овощах и фруктах. Суточная потребность в ней 15—20 мг. При лечении недостаточности назначается полноценная (механически щадящая при поносах) диета. При пеллагре витамин вводят внутримышечно по 0,1 г или внутрь по 0,2—0,4 г в день, после еды, в течение 2—3 недель. Можно добавлять небольшие количества витаминов B₁ и B₂. При менее выраженной симптоматике внутрь дается 0,1—0,2 г в день.

Недостаточность витамина C (аскорбиновой кислоты), цинга. Резко повышается проницаемость капилляров, в связи с чем появляются кровоизлияния в кожу, мышцы, полости тела.

Больные жалуются на резкую слабость, кровоточивость десен, появление подкожных кровоизлияний вне связи с ушибами, болезненность в мышцах, суставах, иногда — невозможность передвигаться. Кожа сухая, видны точечные кровоизлияния вокруг волосяных фолликулов, особенно на ногах. Под кожей могут быть кровоизлияния, на коже иногда развиваются трофические язвы. Мышцы ног болезненны при пальпации; в связи с кровоизлияниями

могут быть деформированы и ограничены в подвижности коленные, реже другие суставы. Десны разрыхлены, кровоточат, зубы шатаются и выпадают. Могут быть кровоизлияния в плевру, перикард, почечные лоханки, мозг, сетчатку, а также маточные, носовые и другие кровотечения. Отмечается брадикардия, гипотония, глухость сердечных тонов. Больные подвержены инфекционным заболеваниям. Нередко имеется анемия.

Лечение. Назначение диеты, богатой витамином С (свежие овощи и фрукты). Много аскорбиновой кислоты в шиповнике, цитрусовых, черной смородине, яблоках, рябине, зеленом луке, укропе, картофеле, капусте, редиске. При кулинарной обработке овощей надо соблюдать определенные правила, чтобы избежать разрушения витамина. При отсутствии свежих овощей и фруктов могут употребляться консервированные соки, настои витаминосителей (черной смородины, хвои, шиповника). Аскорбиновую кислоту в зависимости от тяжести случая назначают по 100—1000 мг в день внутрь или по 100—500 мг внутривенно или внутримышечно. При анемии назначают препараты железа, мышьяка.

Профилактика. Состоит в обеспечении витаминсодержащими продуктами населения, особенно северных районов, зимовок, полярных экспедиций. С профилактической целью может даваться аскорбиновая кислота внутрь по 50—200 мг в день. Минимальная суточная потребность витамина С 50 мг в день.

Недостаточность витамина D в выраженной форме встречается у детей и клинически проявляется в форме рахита. У взрослых недостаток витамина в пище при повышенной потребности в нем (у беременных) может вызвать остеопению с обеднением костей кальцием и фосфором с частичной их деформацией.

Лечение. Минимальная суточная потребная доза витамина 1000 ME, она возрастает у лиц, длительное время не бывающих под воздействием солнечных лучей. Витамин D содержится в печени трески и тюленя (вместе с витамином А) в большом количестве, в небольших количествах — в сливочном масле, молоке, яичном желтке, икре. Основное количество необходимого организму витамина образуется в коже. При отсутствии солнца и в зимние месяцы следует производить облучение ультрафиолетовыми лучами для стимуляции синтеза витамина D в коже. Беременным женщинам с профилактическими целями витамин назначается в зависимости от условий в дозе 1000—3000—5000 ME.

Rp. Vitamini A 3300 ME
D. t. d. N. 50 in dragée
S. По 1—2 драже 3 раза в день

Rp. Ol. jecoris Aselli 200,0
DS. По 1 столовой ложке в день

Rp. Sol. Thiamini bromati 5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Для инъекций

Rp. Thiamini bromati 0,01
Sacchari 0,2
M. f. p. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Riboflawini 0,005
Sacchari 0,2
M. f. p. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Sol. Pyridoxini 5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

- Rp. Acidi folici 0,02
Sacchari 0,2
M. f. p. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2 раза в день
- Rp. Ac. nicotinici 0,02
Sacchari 0,2
M. f. p. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2 раза в день
- Rp. Sol. Ac. nicotinici 1% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутривенно
- Rp. Ac. ascorbinici 0,05
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 2 таблетки 2—3 раза в день (после еды)
- Rp. Sol. Ac. ascorbinici 5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутривенно
- Rp. Vitamini D 500 ME
D. t. d. N. 20 in dragée
S. По 2 драже 2 раза в день

АГРАНУЛОЦИТОЗ. Заболевание, при котором в крови уменьшаются или совсем исчезают гранулоциты — нейтрофилы и эозинофилы. Это состояние может возникнуть при таких инфекционных заболеваниях, как брюшной тиф, малярия, милиарный туберкулез и др., которым свойственно вообще вызывать лейкопению. Кроме того, агранулоцитоз может быть следствием различных отравлений, например ДДТ, бензолом.

Симптомы и течение. Заболевание, как правило, развивается остро: появляется высокая температура, язвенно-некротическая ангина, вследствие чего больные жалуются на резкие боли при глотании. Одновременно бывает и язвенный стоматит. Больные бледны. Общее состояние тяжелое. Определяется увеличенная печень. В крови резко выраженная лейкопения. В дальнейшем может развиваться анемия и тромбоцитопения, сопровождающиеся кровоизлияниями в различные органы и кровотечениями из слизистых оболочек. Течение болезни острое, прогрессирующее, иногда же агранулоцитоз может принимать подострый характер с периодическими рецидивами. Смерть может наступить от сепсиса, кровотечений.

Лечение. В первую очередь делают ежедневные (или через день) переливания крови по 200—400 мл или эритроцитарной массы 100—150 мл, вводят лейкоцитарную массу по 40—60 мл или лейкоцитарную взвесь. Назначают средства, стимулирующие костный мозг: нуклеиновокислый натрий внутримышечно (строго соблюдая асептику!), пентоксил, лейкоген. Указанные препараты вводятся 1½—2 недели до восстановления нормального количества лейкоцитов и нормализации лейкоцитарной формулы. Сразу же назначаются в больших дозах антибиотики для предотвращения некрозов и сепсиса и продолжают их применение до выздоровления. Рекомендуют давать пенициллин по 200 000 ЕД 3—4 раза в день или стрептомицин по 0,5—1 г в день. Одновременно проводится местное лечение полости рта и глотки полосканиями растворами грамицидина (1 мл на полстакана воды), фурацилина (1:5000). Улучшает эффект лечения применение гормональных препаратов (кортизона, преднизона или преднизолона, АКГГ), которые уменьшают сосудистую проницаемость и оказывают общий тонизирующий эффект. Показан витамин В₁₂ по 200 γ через 1—2 дня, В₆ по 50 мг в день. Больной должен получать полноценное питание с достаточным количеством витамина С.

Профилактика. Во время длительных приемов химических лекарственных препаратов, при лечении облучениями или при работе с перечисленными выше веществами следует чаще проверять состав крови.

- Rp. Sol. Natrii nucleinici 5% 50,0
Sterilisetur!
DS. По 5 мл 1—2 раза в день внутримышечно
- Rp. Pentoxyli 0,3
D. t. d. N. 12 in caps.
S. По 1 капсуле 3 раза в день
- Rp. Leucogeni 0,02
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день
- Rp. Sol. Thesani 0,5% 20,0
DS. По 15—20 капель 3—4 раза в сутки перед едой
- Rp. Sol. Vitamini B₁₂ 0,01% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл 1 раз в день внутримышечно
- Rp. Sol. Pyridoxini (B₆) 2,5—5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл 1 раз в день внутримышечно

АДДИСОНОВА БОЛЕЗНЬ, БРОНЗОВАЯ БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НАДПОЧЕЧНИКОВ. Заболевание связано с резким снижением функции коры надпочечников вследствие их деструкции. Причиной чаще всего бывает туберкулезное поражение надпочечников, редко — сифилис или травма надпочечников, а также их атрофия.

Симптомы и течение. Больные жалуются на слабость, адинамию, апатию, бессонницу, снижение памяти, похудание, боли в животе, желудочно-кишечные расстройства.

При осмотре видна повышенная пигментация в виде серовато-бронзового оттенка кожи и видимых слизистых оболочек, особенно выраженная в местах естественного отложения пигмента, кожных складках, областях, подвергающихся трению одежды или солнечному облучению.

Сердце часто малых размеров, артериальное давление понижено, иногда могут развиваться коллаптоидные кризы.

Температура тела обычно понижена. В крови анемия, лимфоцитоз.

Течение хроническое, возможны резкие обострения заболевания — кризы. При туберкулезном поражении надпочечников течение более тяжелое.

Осложнения: коллапс, гипогликемическая кома, кризы, генерализация туберкулезной инфекции.

Лечение. Диета с повышенным содержанием натрия и пониженным — калия. При туберкулезном происхождении болезни назначают стрептомицин, фтивазид, ПАСК, гормональные препараты: кортизон, дезоксикортикостерон-ацетат, кортин, симптоматические средства.

При кризах вводят в растворе хлористый натрий и глюкозу, дают камфару, кофеин, кордиамин; под наблюдением врача вводят кортизон и дезоксикортикостерон-ацетат.

АДРЕНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. Заболевание связано с повышенной секрецией корой надпочечников стероидных гормонов, чаще андрогенных. Причины заболевания не всегда ясны, иногда оно связано с опухолью надпочечников или избыточным разрастанием клеток его коры. Заболевание встречается у женщин гораздо чаще, чем у мужчин.

Симптомы и течение. У женщин развивается вирильный синдром (рост усов и бороды, облысение, оволосение туловища и конечностей, атрофия грудных желез), появляются нарушения менструального цикла, нередко отмечается ожирение, огрубение голоса.

У мужчин происходит феминизация: атрофия яичек, снижение половой потенции, развитие молочных желез, нарушение или прекращение роста усов и бороды, также нередко ожирение.

У части больных может развиваться сахарный диабет, гипертония.

Течение зависит от характера патологического процесса. Злокачественные опухоли рано дают метастазы во внутренние органы и кости, чем и обуславливается часть осложнений.

Лечение. При опухолях — хирургическое вмешательство. При гиперплазии коры надпочечников положительный эффект может быть получен от длительного лечения преднизолоном или преднизолоном.

АКРОМЕГАЛИЯ. Заболевание связано с избыточной продукцией гормона роста, выделяемого передней долей гипофиза. В связи с этим возникает патологический рост костей, мягких тканей и внутренних органов.

Заболевание возникает обычно при развитии аденомы передней доли гипофиза. Чаще заболевание начинается проявляться в возрасте около 30 лет.

Симптомы и течение. Головные боли, в более поздних стадиях — изменение внешнего вида, мышечная слабость, нарушения половой функции. Нередко больные жалуются на головокружение, снижение памяти, нарушение зрения, тошноту, повышенный аппетит и жажду, боли в конечностях.

При осмотре отмечают утолщение кожи, местами складчатость, сальность, иногда повышенное потоотделение и пигментация. Волосистой покров развит избыточно по всему телу. В начале заболевания скелетная мускулатура гипертрофируется, а затем развивается ее атрофия. Отмечается увеличение костей и мягких тканей носа, утолщение губ; выступание скуловых, надбровных дуг и затылочного бугра; увеличение нижней челюсти, увеличение промежутков между зубами; удлинение и расширение кистей и стоп, утолщение пальцев. При рентгенологическом исследовании определяется утолщение костей, увеличение размеров и деформация турецкого седла.

Течение заболевания хроническое; развитие симптомов в большинстве случаев постепенное. При злокачественной опухоли гипофиза прогноз неблагоприятный.

Лечение. Повторные курсы рентгенотерапии или оперативное лечение.

АКТИНОМИКОЗ ЛЕГКИХ см. гл. «Хирургические болезни».

АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК. Отложение в почечной ткани особого вещества амилоида, который представляет собой сложный мукополисахарид. Амилоидоз почек — лишь одна из локализаций амилоида, вообще же амилоидоз — заболевание всего организма, поражающее сосуды селезенки, печени, кишечника и эндокринных желез. Развивается амилоидоз чаще всего под влиянием различных хронических инфекций — туберкулеза, нагноительных процессов в костях (остеомиелит) и органах (абсцесс легкого и др.), сифилиса.

Симптомы и течение. Характерно постепенное нарастание признаков заболевания. Вначале появляется небольшая альбуминурия, бледность кожи. Затем количество белка в моче нарастает (одновременно падает белок крови), появляются небольшие отеки, которые затем становятся значительными. Накапливается жидкость в полостях (асцит, гидроторакс).

Лечение. Устранение инфекционного очага, послужившего причиной заболевания. В этих случаях может наступить обратное развитие болезни. Диета, богатая белками, переливание плазмы крови. Симптоматическая терапия (лечение отеков мочегонными средствами, вливание полиглюкина, насыщение витаминами и др.) дает временный эффект.

АНГИОХОЛИТ см. Холангит.

АНГИНА см. гл. «Болезни уха, горла, носа».

АНЕВРИЗМА АОРТЫ см. Атеросклероз.

АНЕВРИЗМА СЕРДЦА см. Инфаркт сердца.

АНЕМИЯ АГАСТРИЧЕСКАЯ. Малоокровие, развивающееся у людей с полностью удаленным желудком в результате выпадения из желудочной секреции соляной кислоты и гастромукопротеина. Вследствие этого резко ухудшается усвоение железа и витамина В₁₂ и возникает вначале гипохромная (с пониженным цветным показателем), а затем гиперхромная анемия. В некоторых случаях анемия может принимать форму пернициозной.

Симптомы и течение. Слабость, бледность, диспепсические явления, трофические изменения волос и ногтей. Изменения слизистой оболочки полости рта и языка (стоматит, глоссит), парестезии. Пульс мягкий, частый, в сердце выслушивается систолический (анемический) шум. Течение зависит от основного заболевания, по поводу которого был удален желудок (язва или рак желудка).

Лечение. Препараты железа и витамин В₁₂, железо с аскорбиновой кислотой (по 0,1 г). Железо следует принимать по 1 г 3 раза в день (Ferrum reductum, Ferrum carbonicum, Ferrum lacticum), запивая его водой с соляной кислотой. Витамин В₁₂ назначают по 50—100 γ ежедневно или через день внутримышечно до наступления ремиссии.

Профилактика. После резекции желудка больные должны находиться под постоянным медицинским наблюдением, чтобы при появлении первых признаков анемии вовремя начать лечение. Питание больных должно быть полноценное, с большим количеством витаминов.

АНЕМИЯ АПЛАСТИЧЕСКАЯ (ГИПОПЛАСТИЧЕСКАЯ). Малокровие вследствие аплазии («чахотка») костного мозга, в результате которой наступает полное или частичное прекращение его функционирования. Причиной, вызывающими эту форму анемии, могут быть лучевые поражения (рентгеновы лучи, радий, изотопы), химические воздействия (бензол, колхицин, эмбихин, сальварсан и целый ряд других) и некоторые болезни, желез внутренней секреции.

Симптомы и течение. Бледность кожи и слизистых оболочек при хорошем общем питании. Кровоизлияния на коже, слизистых оболочках и кровотечения из внутренних органов. В конечной стадии болезни могут развиваться септические явления и некрозы. В крови резкая анемия нормохромного типа, лейкопения, тромбоцитопения. Течение заболевания большей частью неблагоприятное, продолжается в среднем до 6 месяцев.

Лечение. Временное улучшение дают систематические еженедельные переливания крови или эритроцитарной массы по 200—250 мл. Хлористый кальций, витамин А (по 15—20 мг 3 раза в день). Большие дозы фолиевой кислоты (150—200 мг в день). Антибиотики — пенициллин, стрептомицин. Рекомендуются длительный курс лечения гормонами — преднизолоном, кортизоном.

Профилактика. Постоянное медицинское наблюдение за людьми, подвергающимися облучениям, систематические исследования крови, чтобы вовремя назначить лечение или переменить профессию.

АНЕМИЯ АХЛОРИДНАЯ, железodefицитная. Малокровие, развивающееся у некоторых лиц, страдающих ахилией желудка. Встречается преимущественно у женщин.

Симптомы, течение, лечение и профилактика см. Анемия агастрическая.

АНЕМИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ. Малокровие, возникающее вследствие преобладания процессов кроворазрушения над процессами кровотообразования. Эти анемии могут быть врожденными, в основе которых лежит наследственная нестойкость эритроцитов, подвергающихся повышению распаду, и приобретенными — в результате различных интоксикаций (отравление сульфаниламидами, бертолетовой солью, грибами, змеиным ядом) и инфекций.

Симптомы и течение. При врожденной гемолитической анемии течение заболевания более благоприятное. Может протекать в виде приступов после охлаждения, большой мышечной нагрузки и др. Основным клиническим признаком является развитие желтухи без зуда кожи. Кал окрашен нормально. Моча темная от уробилина, но не содержит билирубина. Увеличение селезенки и печени. В крови более или менее выраженная анемия. Течение заболевания хроническое.

Лечение. При врожденных анемиях полное выздоровление может наступить после удаления селезенки, которая является основным органом кроворазрушения. Переливание крови неэффективно. При приобретенных гемолитических анемиях применяются стероидные гормоны (преднизолон, кортизон, АКГГ).

Профилактика. Предупреждение различных интоксикаций. У лиц, предрасположенных к анемии, предупреждение охлаждений, тяжелых физических нагрузок.

АНЕМИЯ ПЕРНИЦИОЗНАЯ, В₁₂-ДЕФИЦИТНАЯ, БОЛЕЗНЬ БИРМЕРА. Малокровие, вызванное эндогенной недостаточностью витамина В₁₂ в результате атрофических изменений слизистой оболочки фундального отдела желудка, сопровождающейся нарушением выработки антианемического фактора Касла.

Симптомы и течение. Характерна триада симптомов: нарушения со стороны пищеварительного тракта (ахилия, глоссит — ощущение «ошпаренного» языка, впоследствии «лакированный» язык), нарушения со стороны нервной системы (спастические парезы, мышечные боли, судороги, нарушения глубокой чувствительности) и изменения крови (гиперхромная анемия и др.). Больные бледны, кожа и слизистая оболочка с желтушным оттенком, общая слабость. Болезнь протекает хронически, с периодами улучшения и ухудшения. В период тяжелого рецидива может развиваться пернициозная кома: потеря сознания, одышка, рвота, непроизвольное мочеиспускание, падение температуры и артериального давления.

Дифференцировать пернициозную анемию следует от гемолитической желтухи, кому — от гепатаргии (см.).

Лечение. Наилучший эффект дает внутримышечное введение кристаллического витамина В₁₂ в дозе 50—100 γ ежедневно или через день до наступления ремиссии. Чем тяжелее течение болезни, тем больше должна быть доза витамина В₁₂ (100—200—500—1000 γ в день). Назначают концентрированные печеночные экстракты — камполон и антианемии (по 2—4 мл внутримышечно). Полезна также сырая печень по 150 г в день. При выраженных нервных нарушениях рекомендуется введение витамина В₁. Закачивается курс лечения назначением препаратов железа по 3—4 г в день, которые надо запивать соляной кислотой.

При развитии комы показано сочетание больших доз витамина В₁₂ (250—500 γ) с переливанием крови или эритроцитарной массы.

Rp. Sol. Vitamini В₁₂ 0,005% 1,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. По 1 ампуле внутримышечно
Rp. Antianaemini 2,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. По 2—4 мл ежедневно внутримышечно
Rp. Campoloni 2,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. По 2 мл ежедневно внутримышечно

АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ, ХЛОРОЗ. Малокровие, развивающееся вследствие недостатка в организме железа. Причиной могут быть длительные повторные кровотечения, гиповитаминозы (главным образом С-гиповитаминоз), хронические инфекции и интоксикации.

Симптомы и течение. Бледность, слабость. Повышенная возбудимость, сердцебиения. В крови резко уменьшено содержание гемоглобина при относительно небольшом снижении эритроцитов.

Лечение. Длительный курс лечения (не менее 2 месяцев подряд) препаратами железа в сочетании с аскорбиновой кислотой. Запивать обязательно водой с соляной кислотой. Одновременно нужно применять витамин В₁₂ (100—200 γ через 3 дня всего 10 инъекций), фолиевую кислоту (по 30 мг в день в течение 2—3 недель). Диета, богатая белками и витаминами. Курортное лечение в горных местностях.

Rp. Ferri reducti 1,0
Ac. ascorbinici 0,1
M. f. p. D. t. d. N. 30 in caps. gel.
S. По 1 капсуле 3 раза в день после еды

Rp. Ferri lactici 1,0
D. t. d. N. 30 in caps. gel.
S. По 1 капсуле 3 раза в день после еды

Rp. Sirupus Aloës cum ferro 200,0
D. S. По 1 чайной ложке в $\frac{1}{4}$ стакана воды 3 раза в день

Rp. Haemostimulini 0,6
D. t. d. N. 30 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день во время еды

АНЕМИЯ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ОСТРАЯ ИЛИ ХРОНИЧЕСКАЯ.
Малокровие, развивающееся в связи с массивным кровотечением или с незначительным, но хроническим.

Лечение. Должно проводиться лечение основного заболевания.

АНУРИЯ. Полное прекращение выделения мочи, встречающееся при различных заболеваниях: острых и хронических нефритах, при сдавливании или закупорке мочеточников, при неукротимой рвоте и поносах (холера, гастроэнтероколит и др.).

Лечение. Лечение основного заболевания.

АППЕНДИЦИТ см. гл. «Хирургические болезни».

АРИТМИИ. Нарушения правильного ритма сердечных сокращений. Причиной их могут быть органические поражения сердца (пороки, кардиосклероз, инфаркты и др.), а также функциональные нарушения.

Нарушение ритма сердечной деятельности. Блокада сердца. Она может быть частичной или полной. В результате замедленного прохождения импульса возникает неполная блокада, когда прохождение импульса прерывается полностью — полная блокада.

Неполная блокада определяется только электрокардиографически. Полную блокаду можно установить клинически. Ее основной симптом — очень редкий пульс, 30—40 ударов в минуту. Больные испытывают при этом головокружения, иногда отмечается потеря сознания с эпилептиформными судорогами (синдром Морганьи — Эдемса — Стокса).

Лечение. Главным образом проводится лечение основного заболевания. Во время приступов с потерей сознания показано введение подкожно атропина — 1 мл 0,1% раствора.

Аритмия дыхательная (синусовая). Аритмия, связанная с актом дыхания (учащение ритма сердечных сокращений при вдохе и замедление при выдохе), встречается в детском и юношеском возрасте и расценивается как физиологическое явление.

Аритмия мерцательная. Беспорядочная, абсолютная аритмия, в которой нет никакой закономерности. В основе ее лежит трепетание или мерцание предсердий, т. е. чрезвычайно большое число сокращений в минуту, ритм сокращений желудочков неправильный. Наиболее частой причиной мерцания является ревматический порок сердца — стеноз левого венозного отверстия, кардиосклероз, тиреотоксикоз.

По своему характеру эта аритмия может быть в виде приступов (пароксизмальная форма), тахисистолической и брадисистолической. Больные жалуются на сердцебиения, неприятные ощущения в сердце, одышку, головокружения. Объективно определяется слабый, беспорядочный пульс. Число ударов меньше, чем число сердечных сокращений (дефицит пульса).

Лечение. Лечение основного заболевания. Во время пароксизмов хороший эффект оказывает хинидин (хинин), новокаинамид в сочетании с сердечно-сосудистыми средствами и антикоагулянтами. При этом лечении требуется большая осторожность и оно должно проводиться под ежедневным наблюдением врача в условиях стационара.

Аритмия экстрасистолическая. Нарушение ритма, которое проявляется внеочередным (преждевременным) сокращением сердца с последующей компенсаторной паузой. Экстрасистолия бывает при кардиосклерозах, инфарктах и др. Кроме того, экстрасистолия возникает и при отсутствии органических