616(083)
П 693
Ф
Д
Х

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРІВ

616.083
П-693

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРІВ

ПІД РЕДАКЦІЄЮ
члена-кореспондента АН УРСР,
заслуж. діяча науки проф. *І. М. Іщенко*

ІНВ. № 78073
ПЕРЕЗДЛІК 19[illegible]р.
На дом
не
[illegible]

ДЕРЖАВНЕ
МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО УРСР
КИЇВ—1954

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека

Посібник з усіх розділів роботи фельдшера. В кожному з розділів описані типові форми захворювань, етіологія, клінічна картина, профілактика і лікування. В кінці посібника подано рецепти найчастіше вживаних у практиці лікарських речовин. Є також розділи з організації охорони здоров'я. Посібник в основному розрахований на фельдшерів і акушерок сільської дільниці, а також на працюючих в міських лікувально-профілактичних закладах.

Редактори: *Г. Й. Бурчинський, Д. М. Калюжний, Г. А. Левчук, Л. В. Тимошенко*
Техредактор *С. М. Клокова* Перекладач *Г. Ф. Сміленко*
Коректор *Л. Б. Случанівська* Художник *Б. А. Ануфрієнко*

«Практическое пособие для фельдшеров»
(на украинском языке)

БФ 01126 Зам. 356. Тираж 30 000. Підписано до друку 11.III 1954 р. Обл. вид. арк. 49,04. Папір 84×108¹/₃₂=9,25 паперових=30,34 друк. арк.
Ціна 14 крб. 70 коп.+1 крб. 50 коп. оправа

Друкарня 6. школи ФЗУ Головвидаву Міністерства культури УРСР
Київ, Золотоворітська, 11а.

ПЕРЕДМОВА

Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт, як лікувально-профілактичні заклади на селі, що входять до складу сільської лікарської дільниці, безперечно є дуже важливою ланкою в системі медичного обслуговування трудящих.

Згідно з положенням Народного комісаріату охорони здоров'я СРСР від 29 червня 1939 р. фельдшерським і фельдшерсько-акушерським пунктом завідує фельдшер. Специфіка сучасної роботи фельдшера на дільниці, багатогранний характер обслуговування населення по лінії лікувально-профілактичній, протиепідемічній, санітарноосвітній і громадській вимагають від фельдшера глибоких знань, великого досвіду. Це особливо важливо в умовах, де на дільниці немає лікаря або коли обставини змушують фельдшера подати невідкладну медичну допомогу.

Наявність практичного посібника з усіх розділів роботи фельдшера безумовно значною мірою сприятиме підвищенню його кваліфікації, збагаченню досвідом, ознайомленню з сучасними методами лікування і профілактики.

Автори цього посібника—видатні спеціалісти різних галузей медицини. В кожному з розділів описані найбільш типові форми захворювань, етіологія, клінічна картина, профілактика і лікування.

Відомо, що до завдань фельдшера на дільниці входить не тільки лікувально-профілактична робота, а й елементи організації охорони здоров'я. На цій підставі в посібнику вміщено й інструктивний матеріал — «Санітарно-гігієнічні заходи на селі», «Протиепідемічні заходи» та ін.

В розділі «Хірургічні захворювання» подано також матеріал про переливання крові, що, безперечно, дуже важливо для фельдшера.

В тексті, при описі окремих захворювань, наведено рецептуру, найбільш показану для даних захворювань. В кінці посібника подано рецепти найчастіше вживаних у практиці лікарських речовин (щодо фармакотерапевтичного діяння їх); читач ознайомлюється з сучасними даними про ефективні лікарські засоби, антибіотики.

Книга в основному розрахована на читача—фельдшера, акушерку сільської дільниці; корисна вона й для ширшого кола читачів: фельдшерів, акушерок, медичних сестер лікувально-профілактичних закладів.

Видання практичного посібника для фельдшерів — справа нова в медичній літературі. Видавництво й автори книги розраховують на товариську критику з боку її читачів, з тим, щоб у наступному виданні вказані недоліки виправити.

Видавництво.

ЛІКУВАЛЬНО-ОХОРОННИЙ РЕЖИМ

Вивчаючи спадщину великого російського фізіолога І. П. Павлова, колектив медичних працівників Макарівської, Виноградівської, Красноградської та інших лікарень розробив методику лікувально-охоронного режиму, суть якого випливає з основного матеріалістичного павловського світогляду про цілісність і єдність організму з середовищем.

Лікувально-охоронний режим — це система заходів, які оберігають спокій хворих, щадять їх психіку, усувають можливі негативні емоціональні переживання і викликають життєрадісний настрій у хворих, що сприяє швидшому їх видужуванню. Цей режим вимагає оберігання хворих від болісних відчувань і впровадження в лікувальну практику нових, комплексних методів, в тому числі і умовнорефлекторної терапії сном. Лікувально-охоронний режим вдало поєднує в собі елементи спокою з фізичною і психічною тонізацією хворих. Такий режим робить для хворих лікувальний заклад місцем не тільки лікування, а й відпочинку.

Впровадження лікувально-охоронного режиму в практику роботи лікувальних закладів слід починати з усунення лікарняного шуму. Основним заходом, що дає можливість досягти тиші в лікувальних закладах, є введення шепітної мови для персоналу. Це має наслідком виключення інших шумових і звукових подразнень. Не можна говорити пошепки і залишати без уваги встановлені в коридорах та інших звуконеізольованих місцях відділів радіорепродуктори, телефонні апарати, звукову сигналізацію. Все це усувається. Персонал одягає м'яке взуття, для безшумного пересування лікарняних стільців і табуреток ніжки їх підбивають гумою, звукову сигналізацію замінюють світловою, радіорепродуктори і телефонні апарати переносять у звукоізольовані кімнати. Звертаючись до хворих, персонал користується шепітною мовою, щоб не порушити спокій тяжких або відпочиваючих хворих, які перебувають у палатах. У палатах персонал користується шепітною мовою тільки в тих випадках, коли хтонебудь з хворих спить, в інших випадках — тихою, приглушеною мовою. Хворі між собою повинні розмовляти пошепки тільки в коридорах і звуконеізольованих від палат місцях загального перебуван-

ня. У палатах вони повинні розмовляти пошепки в години неспання тільки в тих випадках, коли хто-небудь із хворих спить. Хворі, в тому числі й діти, до шепітної мови персоналу ставляться виключно позитивно, сприймаючи це як піклування про їх спокій і швидке видужання.

Тиша в лікувальному закладі одразу приковує особливу увагу персоналу до тяжких, стогнучих, неспокійних хворих, що часто запобігає виникненню різних ускладнень або несприятливому результату захворювання.

З запровадженням шепітної мови ставлення персоналу до роботи стає більш уважним, зникає метушня, нервозність у роботі, зайві розмови, підвищується трудова дисципліна і старанність.

Крім звукових і шумових подразників, що неприємно впливають на хворих через слухові аналізатори, усуваються також негативні подразники, що діють через нюхові і зорові аналізатори. Це стосується в першу чергу різних запахів, виключення яких досягається зразковим утриманням самих хворих, а також перев'язочних, кімнат для роздавання їжі та санітарних вузлів. З коридорів та інших місць, доступних оглядові хворих, забирають шафи з анатомічними препаратами, картини і плакати, що зображають різні захворювання, муляжі, які страхають хворих. Такі медичні маніпуляції, як промивання шлунка, катетеризація, сифонні та інші клізми, а також фізіологічні відправлення у лежачих хворих провадяться не на очах у решти хворих, а за спеціальною переносною ширмою. Переносні ширми повинні також бути у перев'язочних і операційних.

До заходів, проведення яких викликається впровадженням у практику роботи медичних закладів лікувально-охоронного режиму, слід віднести зміну графіка роботи персоналу. Ранішня зміна молодшого і середнього медичного персоналу переноситься на 8—9 годину ранку. При зміні о 7 годині ранку сестри звичайно починають вимірювання температури з 5—6 години ранку. Санітарки починають з цього часу прибирати приміщення, через що хворі пробуджуються і не можуть знову заснути, а якщо врахувати, що багато хворих через свій хворобливий стан першу половину ночі проводять взагалі без сну і засинають тільки над ранок, — стане зрозумілим значення ранішнього сну для них. Вимірювати температуру слід з 7 години ранку після самостійного пробудження хворих. Основне прибирання приміщень проводити не вранці, а ввечері, після вечері хворих. Вранці, перед приходом лікарів, проводиться тільки легке додаткове прибирання. Цілодобові чергування середнього і молодшого медичного персоналу усуваються.

Для хворих вводиться такий розпорядок дня:

7,00 — вставання
7,00 — 7,20 — вимірювання температури
7,20 — 7,40 — гігієнічна гімнастика
7,40 — 8,00 — ранковий туалет і виконання лікарських призначень
8,00 — 9,00 — сніданок
9,00 — 9,15 — звіт чергового персоналу
9,15 —11,00 — обхід лікарів і виконання призначень
11,00 —14,00 — виконання лікувальних маніпуляцій, призначень, процедур і відпочинок хворих
14,00 —15,00 — обід
15,00 —17,00 — післяобідній сон

17,00 —17,30 — полудень
17,30 —18,00 — вимірювання температури
18,00 —19,00 — виконання призначень
19,00 —20,00 — вечеря
20,00 —22,00 — вечірній обхід лікарів, виконання призначень, культурні розваги і відпочинок хворих. Головне прибирання приміщень
22,00 — відхід до сну.

Медичні працівники повинні бути одягнені в чисті, вигладжені, наглухо застібнуті халати і взуті в тапочки. Волосся має бути закрите косинкою або шапочкою.

У вільний від лікарського обходу і лікувальних процедур час хворі займаються читанням, настільними іграми, в'язанням, слухають радіопередачі через навушники, музичні п'ятихвилинки, виходять на прогулянку. Книги, які читають хворі, повинні мати життєстверджуючий характер.

Медичні працівники повинні щадити психіку хворих, пам'ятаючи, що «...слово для людини є такий самий реальний умовний подразник, як і всі інші, спільні у неї з тваринами, але разом з тим такий багатоосяжний, як ніякі інші, що не йдуть в цьому відношенні ні в яке кількісне і якісне порівняння з умовними подразниками тварин. Слово, завдяки всьому попередньому життю дорослої людини, зв'язане з усіма зовнішніми і внутрішніми подразненнями, що приходять у великі півкулі, всі їх сигналізує, всі їх замінює і тому може викликати ті діяння, реакції організму, які зумовлюють ті подразнення» [1].

Виступаючи в 1935 р. в Ленінграді на конференції психіатрів, невропатологів і психоневрологів, І. П. Павлов сказав: «Відомий такий випадок самонавіяння, як симптом мнимої вагітності. При цьому відбувається вступ у діяльний стан молочних залоз і відкладання жиру в черевних стінках, що симулює вагітність. І це виходить з голови, з ваших думок, з ваших слів, з великих півкуль для того, щоб впливати на такий тихий, справді вегетативний процес, як збільшення жирової тканини» [2].

Середньому і молодшому медичному персоналові категорично забороняється обговорення з хворими стану їх здоров'я, характеру захворювання, методики лікування і прогнозу. Зауваження, що мають відношення до стану здоров'я хворих, в присутності хворих не допускаються, бо хворі схильні перебільшувати значення для їх здоров'я допущених щодо них недоглядів або помилок. Розмова з хворим повинна завжди мати психопрофілактичний або психотерапевтичний характер.

Лікувально-охоронний режим передбачає проведення в лікувальних закладах заходів, що викликають радісні переживання і настрої у хворих. Роль цих переживань у перебігу хворобливого процесу дуже велика. «...Невідступна, всепоглинаюча журба, турбота руйнують тіло, відкриваючи доступ до нього всіляким захворюванням;

---

[1] И. П. Павлов. Лекции о работе больших полушарий головного мозга, М., 1947, стор. 337.

[2] И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, изд. АН СССР, 1951, т. 3, кн. 2, стор. 409—410.

а радість, роблячи вас чутливим до кожного биття життя, до кожного враження буття, однаково як до фізичного, так і до морального, розвиває, зміцнює тіло»[1].

Середні медичні працівники повинні пам'ятати, що без виявлення до хворого уваги і піклування про його хороший і бадьорий настрій лікування і догляд за хворим неповні.

Велика роль у процесі лікування, отже й видужанні хворого, належить середнім медичним працівникам. Вони майже цілу добу перебувають біля ліжка хворого, це покладає на них велику відповідальність. Медична сестра, акушерка, фельдшер повинні мати особливі якості: чуйність, щирість, такт, сердечно поводитися з хворими. Ця благородна професія вимагає великого і ніжного серця. Ніжна сестринська рука, прикладена до голови тяжкохворого, заспокоює його душевний і фізичний біль. Для такого хворого у медичної сестри завжди повинно знайтись ласкаве слово, жарт. Хворих треба постійно оточувати піклуванням і таким ставленням, при якому вони знайшли б у лікувальному закладі відпочинок, забули б усі знегоди.

Медичні працівники повинні уникати всякої необережності, яка могла б розкрити хворому безнадійність або тяжкість його стану, не повідомляти без дозволу лікаря про це родичів і близьких до хворого, бо не всі з них здатні проявити самовладання настільки, щоб нічим не стривожити хворого.

Дуже важливим моментом у процесі лікування хворого є відвертання його від гнітючих думок. Зосередженість хворих на своїй хворобі збільшує її тяжкість, створює і підтримує у них поганий настрій, від чого значно погіршується перебіг хворобливого процесу.

Крім відвертання хворого від зосередженості на хворобі і від гнітючих думок, лікувально-охоронний режим передбачає проведення в лікувальних закладах заходів, що викликають радісні переживання і настрої у хворих. Одним з цих заходів, що застосовуються в лікувальних закладах України, є музика. Майже 1000 років тому наш співвітчизник, видатний учений-енциклопедист Авіценна вказував у своєму «Каноні», що проти незрозумілої туги і сліз треба застосовувати як ліки — розваги, пісні, працю, бо найшкідливіше для хворого — страх. Музика рекомендується ним як терапевтичний засіб. Відомий математик і природознавець Піфагор у своїх творах згадує про юнака, якого він врятував з допомогою музики від «безумства», що загрожувало йому. Знаменитий російський клініцист В. М. Бехтерєв близько 50 років тому застосовував музику для лікування душевнохворих. В літературі є повідомлення, що в роки Вітчизняної війни музика застосовувалась у госпіталі партизанського з'єднання А. Ф. Федорова.

Фізіологічний вплив музичних подразників дуже різноманітний. Він може набирати різних емоціональних і рухових форм, що як збуджують, так і заспокоюють хворих. Правильно підібраними музичними мелодіями удається змінити настрій хворих, зробити його бадьорим. Для ефективного терапевтичного впливу важливо, щоб музика була досить проста, близька і доступна хворим; художня цінність її є обов'язковою умовою.

Лікувально-охоронний режим передбачає широке застосування

[1] И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, изд. АН СССР, 1951, т. 2, кн. 2, стор. 252.

також інших факторів, що позитивно впливають на людину через зоровий і нюховий рецепторні апарати. В лікувальних закладах треба створювати певний затишок, розводити квіти, розвішувати в коридорах і місцях відпочинку хворих портрети наших вождів і вчених, картини і плакати, що зображають молодість, силу, красу людини і природи.

Велике значення у системі лікувально-охоронного режиму має передопераційна психопрофілактична підготовка хворих, мета якої— усунення негативних і створення позитивних емоцій у хворих. Хворий не повинен сумніватися в необхідності оперативного втручання і сприятливому результаті його. Він не мусить також сумніватися і в безболісності втручання. Хворий повинен мати уявлення про обстановку, в якій провадитиметься операція, і про те, який вид обезболювання буде застосовано.

Не можна допускати, щоб хворий довго залишався на операційному столі або в передопераційній, чекаючи операції. На момент його приходу в операційну все має бути готове до хірургічного втручання. Сторонні розмови в операційній не можна провадити. Недопустимі суперечки і прояви хвилювання з боку медичного персоналу, які часто приводять хворих до розпачу.

Розмови з хворим в операційній дозволені і бажані, але вони повинні мати підбадьорюючий, заспокоюючий і відвертаючий характер. Під час оперативного втручання в головах у хворого повинен стояти лікар або сестра; тоді хворому, який почуває піклування про себе, легше переносити оперативне втручання, що є значним випробуванням фізичних і моральних сил його.

Психопрофілактика може бути ефективною тільки при умові підкріплення її ефективним обезболюванням, про що вже оперовані хворі звичайно розповідають тим, кого чекає хірургічне втручання. Обезболювання не повинно бути болючішим за саме втручання.

В основі викладеного режиму лежить принцип поєднання спокою з фізичною і психічною тонізацією хворих. Лікувально-охоронний режим різко підвищує культуру лікувальних закладів і якість медичної допомоги хворим. Хворі знайомляться з цим режимом у приймальній палаті, про що черговий лікар або сестра роблять відповідну відмітку в історії хвороби.

Лікувально-охоронний режим вимагає проведення в стаціонарі сортування хворих, видужуючим хворим треба створювати окремі палати.

Впровадження лікувально-охоронного режиму дає можливість широко застосовувати в лікувальних закладах терапію подовженим фізіологічним сном. У загальних палатах сон подовжується до 12 годин на добу, у спеціальних — до 16—18 годин. У своїй класичній праці «Рефлекси головного мозку» І. М. Сеченов вказав, що для діяльного стану кори великих півкуль потрібна певна мінімальна сума подразнень, що надходять у головний мозок з допомогою звичайних сприймаючих поверхень тіла тварини. І. П. Павлов відмічає, що це припущення І. М. Сеченова було згодом блискуче підтверджене на практиці: «Саме у проф. Штрумпеля випадково опинився в лікарні такий хворий, у якого була настільки пошкоджена нервова система, що з усіх сприймаючих поверхень лишились тільки два ока і вухо. І ось, як тільки ці останні уцілілі вікна із зовнішнього світу зачинялись, хворий зараз же впадав у сон. Таким чином було цілком підтверджене те, що для неспання, діяльного стану великих пів-

куль потрібний певний мінімальний приплив подразнень»[1]. При лікувально-охоронному режимі є можливість майже цілком усунути цей приплив зовнішніх подразнень, особливо слухових і зорових, і хворі можуть спокійно спати від 10 години вечора до 7—8 години ранку.

Таким чином, усунення припливу зорових і слухових подразнень, психопрофілактична підготовка хворих і тривало діюча одноманітна обстановка спеціальних палат викликає у хворих сон без попереднього застосування снотворних препаратів.

Дальше впровадження вчення І. П. Павлова в практику роботи лікувальних закладів є одним з найважливіших завдань органів і установ радянської охорони здоров'я.

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт..., М., 1951, стор. 186.

ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ГОСТРИЙ ТРАХЕОБРОНХІТ (TRACHEOBRONCHITIS ACUTA). Етіологія. Причиною є інфекція (пневмококи, стрептококи, пневмобацили та інші бактерії). Зниження опірності організму сприяє розвиткові запалення слизової оболонки трахеї і бронхів. Гострий трахеобронхіт може бути самостійним захворюванням або супроводити інші захворювання; наприклад, він часто поєднується з нежитем — ринітом, запаленням глотки — фарингітом і запаленням гортані — ларингітом. В інших випадках трахеобронхіт супроводить захворювання легень (наприклад, пневмонію) або загальні інфекції (грип, тиф, кір та ін.). Він часто виникає після охолодження («простуда»), вдихання подразного пилу, газів і бойових отруйних речовин (БОР).

Симптоми і перебіг. Основним симптомом є кашель (болісний, приступоподібний). Спочатку кашель сухий, а потім виділяється невелика кількість в'язкого слизогнійного харкотиння. Хворий відчуває біль і дряпання за грудиною, а також болі в грудній клітці (перенапруження дихальних м'язів від сильного кашлю). При перкусії ніяких змін не виявляється. При аускультації виявляються спочатку сухі свистячі і дзизкучі хрипи, а пізніше — вологі, велико-, середньо- і дрібнопухирчасті хрипи.

При поширенні запалення на слизову оболонку дрібних бронхів спостерігається задишка. Захворювання супроводиться загальною слабістю і іноді підвищенням температури до 37—38°.

Хвороба тривае від кількох днів до 1—2 тижнів, а у ослаблених людей затягується на більш тривалий строк.

Лікування. При підвищеній температурі — постільний режим Оберігати хворого від охолодження, заборонити куріння, всередину давати аспірин (по 0,3 3 рази на день), гаряче питво: чай, настій малини, липового цвіту. На грудну клітку — компреси, гірчичники, сухі банки на спину для полегшення кашлю. При сильному сухому кашлі призначають кодеїн (по 0,015 3 рази на день), діонін (1—2% розчин по 8—15 крапель 3 рази на день). При важковиділюваному харкотинні дають відхаркувальні засоби (настій термопсису з 1,0 : 200,0 по 1 столовій ложці 3 рази на день: настій іпекакуани з 0,6 : 200,0 по столовій ложці 3—4 рази на день; Доверів порошок по 0,3 3 рази на день).

Профілактика. Загартовування організму: фізкультура, ду-

ші; оберігання від переохолодження. Уникати подразнення промисловими газами.

ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ (BRONCHITIS CHRONICA). Етіологія. Хвороба виникає після повторних гострих бронхітів, при хронічному катарі носоглотки, при тривалому вдиханні пилу (робітники млинів, мулярі), подразних газів, курінні, при хронічних захворюваннях серця, які супроводяться застоєм крові в легенях, при емфіземі легень, пневмосклерозі, туберкульозі і деяких інших захворюваннях.

Симптоми і перебіг. Кашель, виділення слизогнійного харкотиння. Перкуторний звук без змін. Вислухуються сухі і місцями вологі хрипи (велико-, середньо- і дрібнопухирчасті, залежно від діаметра уражених бронхів), жорстке дихання з подовженим видихом. Захворювання розвивається поступово: спочатку кашель сухий або з виділенням невеликої кількості слизогнійного харкотиння, пізніше харкотиння стає більше і при вислухуванні визначається значна кількість вологих хрипів у нижньо-задніх відділах легень. Хронічний бронхіт триває роками і загострюється в холодну пору року. Часто поєднується з емфіземою легень, пневмосклерозом, бронхіектазіями. Іноді харкотиння має гнильний запах (гнильний бронхіт) у зв'язку з анаеробною інфекцією; це буває найчастіше при бронхіектатичній хворобі, а також при раку і актиномікозі легень.

Лікування. В першу чергу необхідно усунути фактори, що підтримують бронхіт (охолодження, пил, куріння та ін.), або лікувати захворювання, які викликають або підтримують бронхіт (хвороби серця). В теплу погоду — перебування на свіжому повітрі. При затяжному бронхіті — загальнозміцнювальне лікування. При загостренні бронхіту призначаються ті ж засоби, що й при гострому бронхіті. При сухому кашлі: кодеїн, діонін, боржомі, інгаляція 2% розчином соди; фізіотерапія (ультрафіолетове проміння, світлові ванни). Відхаркувальні призначаються при в'язкому, важковиділюваному харкотинні (термопсис, іпекакуана). При великій кількості харкотиння — терпінгідрат, тіокол. Корисне перебування в горах і на морському узбережжі. При емфіземі і серцевій недостатності — лікування основного захворювання.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА (ASTHMA BRONCHIALE). Етіологія і патогенез. В основі захворювання лежить спазма дрібних бронхів, що викликає приступи ядухи. Звуження бронхів зумовлене скороченням колових м'язів їх, у зв'язку з перезбудженням блукаючого нерва. Під час приступу набрякає слизова оболонка бронхів і виділяється в'язкий слизистий секрет, альвеоли розтягуються (здуття легень). Розвиток хвороби зв'язаний з підвищеною чутливістю організму до якої-небудь речовини (алергену). Алергени діють на організм через нервову систему. Мають значення захворювання носоглотки.

Симптоми і перебіг. Приступ ядухи звичайно виникає раптово, частіше вночі; іноді перед приступом відчувається стиснення в грудях, утруднене дихання. Під час приступу: різка задишка, одутле, синюшне лице; хворий сидить, спираючись руками на стіл або підвіконня, що полегшує участь допоміжних м'язів в акті дихання. Дихання голосне, шумне, супроводиться свистом. Вдих короткий, видих утруднений і подовжений (експіраторна задишка). Грудна клітка розширена (гостра емфізема легень). При перкусії легень — коробковий звук, нижні краї легень опускаються, рухомість їх різко обмежена. При вислухуванні визначається велика кількість

сухих, свистячих і дзизкучих хрипів на всьому протязі легень. Хрипи можна почути на віддаленні. Наприкінці приступу з кашлем виділяється в'язке слизисте харкотиння. При дослідженні харкотиння під мікроскопом знаходять спіралі Куршмана, кристали Шарко-Лейдена, еозинофіли. В крові зростає число еозинофілів до 8—12% і більше. Іноді кашель супроводиться блюванням (поширення подразнення з дихального центра на блювотний). Тривалість приступу різна; від кількох хвилин до кількох годин і навіть днів (status asthmaticus). Приступи можуть повторюватися кілька разів на день, але можуть не повторюватися роками. Часті, тривалі приступи приводять до розвитку хронічного бронхіту, емфіземи легень і серцевої недостатності.

Лікування. Під час приступу: зручне положення, свіже повітря, ножні і ручні ванни; банки і гірчичники на грудну клітку. Кращим засобом для припинення приступу є підшкірне введення розчину адреналіну 0,1% по 1 мл або ефедрину — 5% розчин по 1 мл підшкірно або в порошках по 0,025 3 рази на день, або підшкірне введення розчину атропіну 0,1% по 1 мл. При легких приступах — куріння астматолу. Поза приступом (для запобігання новим приступам) — загальне зміцнення організму: фізкультура, сонячні ванни, опромінення кварцом; іноді допомагає зміна клімату.

Для зниження нервово-м'язової збудливості — хлористий кальцій 10% по 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Для підвищення процесів гальмування в корі головного мозку і заспокоєння нервової системи призначається всередину бромистий натрій з валеріаною.

Профілактика. Усунення алергену, якщо його вдається виявити Лікування носоглотки, іноді зміна клімату і навіть професії.

БРОНХІЄКТАЗИ (BRONCHIECTASIA). Етіологія. Розширення бронхів зрідка бувають природжені, частіше — набуті. Набуті виникають на грунті хронічного бронхіту, частих пневмоній, туберкульозу легень, після випітних плевритів. При хронічних бронхітах змінюються слизова і м'язова оболонки бронхів, гине еластична тканина, розростається сполучна тканина, в результаті чого зменшується опірність стінки бронха. Такі більш податливі бронхи гірше протистоять внутрішньобронхіальному тиску під час вдиху і видиху і починають розширятися. Зморщування легень після пневмоній і при туберкульозі веде до перетяжки і розширення бронхів. Щодо форми бронхіектази бувають циліндричні, мішечкуваті, веретеноподібні.

Симптоми і перебіг. Приступоподібний кашель, частіше вранці, з виділенням іноді великої кількості харкотиння. Харкотиння рідке, гнійне, тришарове, нерідко з гнильним запахом (розвиток у бронхіектатичних порожнинах гнильних процесів). Спостерігається кровохаркання і кровотеча, внаслідок розриву кровоносних судин. При перкусії в ділянці пневмосклерозу вкорочення звуку. Над порожниною (якщо вона достатньої величини і розташована близько до поверхні) — тимпаніт. При вислухуванні середньо-великопухирчасті вологі хрипи, які прослухуються з великою сталістю в одному й тому ж місці, найчастіше — в нижніх відділах легень. Дихання найчастіше ослаблене; в окремих випадках вислухується бронхіальне і навіть амфоричне дихання. Спостерігаються явища загальної інтоксикації: блідість, схуднення, слабість, стовщення кінцевих фаланг пальців («барабанні палички»). Перебіг тривалий, хронічний, з поступовим погіршанням і періодичними загостреннями. Хвороба може

ускладнюватися пневмонією, абсцесом легень, ефіземою легень, серцевою недостатністю, амілоїдним переродженням внутрішніх органів.

Лікування — загальнозміцнювальне. Корисне перебування в місцевостях з теплим кліматом. Необхідно створити умови для кращого відходження харкотиння: надати хворому такого положення в ліжку, при якому полегшується виділення харкотиння (підняття ножного кінця ліжка на 20—30 см); банки, відхаркувальні засоби (термопсис, іпекакуана); дезинфікуючі засоби: терпінгідрат, тіокол, креозот. При виражених гнильних процесах — внутрішньовенне введення новарсенолу; з успіхом застосовується пеніцилін (внутрішньом'язово або ендобронхіально через гумовий катетер, введений через ніс, дихальне горло і трахею). Останнім часом застосовується оперативне втручання (видалення ураженої частки легені або цілої легені).

ЕМФІЗЕМА ЛЕГЕНЬ (EMPHYSEMA PULMONUM). Етіологія і патогенез. Емфізема легень являє собою хронічне захворювання, в основі якого лежить збільшення повітряності легень, зниження еластичності легеневої тканини і атрофічні зміни легеневих альвеол. У походженні хвороби велику роль відіграє хронічний бронхіт; має також значення бронхіальна астма, туберкульоз легень, пневмосклероз.

Симптоми і перебіг. Задишка, спочатку при швидкій ходьбі і фізичному напруженні, пізніше — при спокої. Кашель, звичайно з виділенням харкотиння (хронічний бронхіт). Грудна клітка бочкоподібна (розширена, трохи піднята, коротка, з горизонтальним напрямом ребер). Лице одутле, ціанотичне, яремні вени набряклі. При перкусії — коробковий звук, опущення нижніх границь легень, обмеження їх рухомості. При вислухуванні — дихання ослаблене, сухі і вологі хрипи. Зміни в легенях зменшують ємкість малого кола і утруднюють діяльність серця. З часом розвивається серцева недостатність: посилення задишки і ціанозу, збільшення печінки, набряки на нижніх кінцівках і черевній порожнині (легенево-серцева недостатність).

Лікування. Усунення причин, які сприяють розвиткові емфіземи: впливу пилу, їдких газів, куріння та ін.; переведення на легшу роботу. При загостренні бронхіту — банки, відхаркувальні і засоби, що заспокоюють кашель. Добре діє лікування киснем. При серцевій недостатності — постільний режим, напівсидяче положення і серцеві засоби (див. лікування недостатності кровообігу).

ПНЕВМОКОНІОЗ (PNEUMOCONIOSIS). Етіологія. Хвороба викликається проникненням у легені пилових частинок: вугільного пилу (антракоз), вапняного (силікоз), металічного (сидероз), кам'яного (халікоз). Антракоз розвивається у опалювачів, кочегарів і робітників вугільних шахт; силікоз — у полірувальників скла на дзеркальних фабриках; халікоз — у каменярів і точильників. Кам'яний пил викликає більш значні зміни в легенях, ніж вугільний і металічний. Найнебезпечнішим є вапняний, особливо кварцовий пил. Пил, що попав у легеневі альвеоли, спричиняє реактивне запалення лімфатичних судин і проміжної тканини легені. В результаті розвивається пневмосклероз, сполучна тканина розвивається навколо часточок і бронхів (перибронхіт), далі приєднується емфізема і бронхіектази.

Симптоми і перебіг. Спочатку захворювання проходить безсимптомно. Потім появляються ознаки бронхіту, емфіземи легень. Раніше або пізніше настають вторинні зміни з боку серця і виникає кардіопульмональна недостатність. Діагноз пневмоконіозу ставиться

на підставі професійного анамнезу, симптомів бронхіту і емфіземи легень та даних рентгенівського дослідження. Рентгенографія легень при пневмоконіозах виявляє три стадії розвитку: I — згущення гілусів і сітчастий рисунок легень, II — перибронхіт, дрібновогнищеві затемнення в середніх відділах обох легень, III — великовогнищеві зливні тіні і фіброзні тяжі. Перебіг захворювання хронічний, прогресуючий.

Лікування (див. лікування хронічних бронхітів і емфіземи легень).

Профілактика. Введення методів роботи, які зменшують виділення пилу. Вентиляція робочих приміщень. Витяжні пристосування, захист дихальних шляхів від проникнення пилу (респіратори); диспансеризація робітників пилових професій; переведення на іншу роботу при появі початкових ознак хвороби.

КРУПОЗНА ПНЕВМОНІЯ (PNEUMONIA CROUPOSA). Етіологія і патогенез. Збудник — пневмокок (диплокок) Френкеля. Пневмокок паразитує у всіх людей у порожнині рота і верхніх дихальних шляхів. Для виникнення пневмонії необхідні сприяючі фактори. До них належать: простуда, алкоголізм, іноді травма грудної клітки. Запальний процес захоплює цілу частку легені або більшу частину її, поширюється і на плевру, яка вкриває хвору частку. Токсини пневмококів, що циркулюють у крові, пошкоджують переважно судинну і центральну нервову систему.

Симптоми і перебіг. Хвороба звичайно починається раптово. Після трясучого ознобу температура протягом кількох годин підвищується до 39—40°. Хворий скаржиться на колоття в боці, яке посилюється при вдиху та при кашлі. Кашель у перші 2—3 дні сухий або з невеликою кількістю слизистого харкотиння, на другий-третій день до незначного в'язкого харкотиння домішується кров, яка надає харкотинню іржавого відтінку. Через в'язкість харкотиння важко відхаркується. З першого ж дня хворий має тяжкий вигляд: лице одутле і гіперемійоване, очі блищать. Дихання часте, при кожному вдиху хворий стогне від болю в боці. Крила носа роздуваються при кожному вдиху. Язик сухий і обкладений. На губах і на крилах носа в багатьох випадках з'являються пухирці, наповнені мутнуватою рідиною — герпес. Уражена половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкусія виявляє над хворою часткою приглушення перкуторного звуку з тимпанічним відтінком. При аускультації дихання в перший день ослаблене везикулярне, а потім стає бронхіальним. З першого ж дня на висоті вдиху чути дрібний тріск — крепітація. Через кілька днів крепітація зникає, і чути лише одне голосне бронхіальне дихання. Крепітація знову з'являється наприкінці хвороби в період розв'язання. В цьому періоді одночасно з крепітацією вислухуються й дрібнопухирчасті вологі хрипи, дихання поступово втрачає свій бронхіальний відтінок і після падіння температури знову стає везикулярним. Над запаленою часткою пальпація визначає посилення голосового дрижання, а при аускультації виявляється бронхофонія.

Температура, продержавшись 8—11 днів на постійно високому рівні, спадає здебільшого критично, причому криза супроводиться заливним потом. У розпалі хвороби пульс прискорений до 100—120 ударів за хвилину, а частота дихання доходить до 30—40 за хвилину і більше. У крові — лейкоцитоз до 15 000—25 000 лейкоцитів в 1 мм³, реакція осідання еритроцитів (РОЕ) прискорена.

Лікування. Суворий постільний режим протягом усієї хвороби і 10 днів після кризи. Підняте положення хворого в постелі (під спину підкладають 2—3 подушки); щоб хворий не зсувався вниз, під п'ятки підставляють згорнуті валком матрац або ковдру. Кімнату треба добре провітрювати і в ній має бути досить тепло. Хворий повинен уникати зайвих рухів: його слід годувати, а судно подавати на ліжко. Слід 2 рази на день чистити язик обгорнутою навколо пальця або ложечки марлею, змоченою содовим розчином (1 чайна ложка на склянку води), причому кінчик язика захоплюється хусткою. Часте полоскання рота або витирання його після приймання їжі. Вранці і ввечері по краплі ментолу в кожну ніздрю.

Дієта напіврідка: чай, кофе с молоком, молоко, вершки, вершкове масло, яйця рідкі, сухарі, бульйон, манна каша, виноградне вино. Пиття у великій кількості. Хворому слід давати вітамін С (у вигляді аскорбінової кислоти). Треба стежити за діяльністю кишок: при запорах — перед сном клізма.

Зразу ж після встановлення діагнозу необхідно призначити сульфідин за такою схемою: перша доба — першій раз — 2 г, потім через кожні 4 години — по 1 г, всього 7 г; друга доба — через кожні 4 години по 1 г; третя доба — через кожні 6 годин по 1 г; четверта доба — через кожні 8 годин по 1 г; п'ята доба — через кожні 6 годин по 0,5 г; всього, таким чином, 22 г. Кожний прийом сульфідину запивається не менше як половиною склянки води. У дні приймання сульфідину хворому не слід давати їсти яєць та речовин, що містять сірку. Сульфідин іноді викликає нудоту та блювання. У таких випадках застосовують менш токсичний сульфазол, сульфатіазол або норсульфазол. Сульфазол і сульфатіазол дають у дещо більших дозах: перша доба — 10 г, на другу і третю добу — по 8 г, на четверту і п'яту добу — по 6 г. Хоч при застосуванні сульфамідних препаратів температура спадає до норми через 24—36 годин, однак, курс треба довести до кінця. Сульфамідні препарати слід призначати у всякий день захворювання, але кращий ефект досягається при якомога ранішому їх призначенні. Якщо сульфідин не допомагає, можна призначити пеніцилін по 400 000—600 000 одиниць на день рівними порціями через кожні 3 години (вдень і вночі) протягом 3 днів. Вміст ампули розводять 20 мл фізіологічного розчину, введеними шприцом через гумову пробочку (яка не знімається), і кожні 3 години вводять внутрішньом'язово (в сідницю) по 2,5 мл. Можна також вводити підшкірно 3 рази на добу через кожні 8 годин по 100 000—150 000 одиниць пеніциліну, розведеного в 1% розчині пірамідону. В тяжких випадках доцільно комбінувати ін'єкції пеніциліну з даванням всередину сульфамідних препаратів.

При сильній задишці та ціанозі застосовують вдихання кисню в кисневій палатці або з подушки (краще через катетер, введений у ніс) 5—6 разів на день по 10—15 хвилин. На хвору половину грудної клітки щодня ставлять сухі банки. Тяжким хворим вводять щодня внутрішньовенно по 10—20 мл нагрітого 40% розчину глюкози. При серцевосудинній слабості призначають наперстянку, настойку строфанту, підшкірно вводять камфору, кофеїн, коразол. При виникненні колапсу (див. далі, стор. 39) — підшкірне введення камфори й кофеїну через кожні $^1/_2$—1 годину, а також стрихнін, адреналін під шкіру. Можна також давати 3 рази на день по 0,05 ефедрину. До рук та ніг прикладати грілки.

ВОГНИЩЕВА ПНЕВМОНІЯ (бронхопневмонія) (PNEUMONIA

LOBULARIS). Запалення окремих легеневих часток. Іноді окремі запальні вогнища зливаються, займаючи цілу частку або більшу частину її (зливна пневмонія).

Етіологія і патогенез. Збудниками є різні мікроби, найчастіше пневмококи. Хвороба нерідко є ускладненням гострих хронічних інфекційних захворювань, найчастіше грипу. Сприяючі фактори: охолодження тіла (простуда), загальне виснаження організму, перенесення тяжкої хвороби, недостатність серця, отруєння БОР ранній дитячий і старечий вік.

Симптоми і перебіг. Слід відрізняти симптоми первинного захворювання, яке ускладнилося вогнищевою пневмонією, від симптомів самої пневмонії. Поява вогнищевої пневмонії під час бронхіту або якоїсь інфекційної хвороби, наприклад грипу, характеризується підвищенням температури, яка до того була невисокою або навіть нормальною, до 38—39°, появою болю в боці, що посилюється при вдиху, появою кашлю або посиленням кашлю, який був до того. Припущення про ускладнення вогнищевою пневмонією підтверджується появою прожилків крові в харкотинні або іржавого харкотиння. Ступінь задишки залежить від величини запального вогнища. Температура через кілька днів знижується, але продовжує лишатися підвищеною, проходячи за неправильним типом. Пульс прискорений, при сильній задишці нерідко відмічається ціаноз. У крові помірний лейкоцитоз (10 000—15 000 лейкоцитів в 1 мм³), РОЕ прискорена.

При перкусії грудної клітки визначається приглушення лише при зливній пневмонії. При вислухуванні — розсіяні сухі хрипи внаслідок супровідного бронхіту, над вогнищем ураження жорстке дихання з бронхіальним відтінком і обмежені невеликою ділянкою звучні дрібнопухирчасті хрипи, іноді шум тертя плеври. Тут же вислухується бронхофонія.

Тривалість хвороби — від кількох днів до кількох тижнів і навіть місяців, залежно від тяжкості основного захворювання, віку хворого і ступеня його виснаження.

Лікування. Постільний режим, високе положення верхньої половини тулуба. Досить тепле, добре провітрюване приміщення. Гігієна ротової порожнини (полоскання рота, чищення язика). Годування стравною, легко розжовуваною, висококалорійною та багатою на вітаміни їжею. Дбання про правильне випорожнення (судно подавати на ліжко). Тяжким хворим під крижі підкладають гумовий круг, щоб уникнути пролежнів. Щодня на спину — сухі банки. При сильному болі в боці можна поставити гірчичники.

Всередину — сульфідин або сульфазол за тією ж схемою, що й при крупозній пневмонії. Можна також вводити пеніцилін, як і при крупозній пневмонії. Призначення пеніциліну насамперед показане у хворих, які погано переносять сульфаміди, при розвитку пневмонії у стариків, при мігруючих пневмоніях.

При сильному кашлі призначають кодеїн або діонін. При недостатньому відхаркуванні харкотиння призначають відхаркувальні засоби. Якщо біль у боці дуже непокоїть хворого, призначають аспірин, пірамідон, фенацетин. При слабості серця—підшкірне введення камфори, кофеїну. Якщо після зниження температури запальний процес довго не розв'язується (при вислухуванні лишаються хрипи, бронхофонія), застосовують опромінення хворої ділянки кварцевою лампою, рентгенівським промінням, солюксом.

Профілактика. Старанне лікування основного захворю-

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека

вання, запобігання застоєві крові в легенях при тяжких інфекціях (зміна положення хворого в постелі, високе положення верхньої частини тулуба), своєчасне призначення відхаркувальних засобів при бронхітах.

АБСЦЕС ЛЕГЕНІ ГАНГРЕНА ЛЕГЕНІ (ABSCESSUS PULMONUM, GANGRAENA PULMONUM). Етіологія і патогенез. Гнійне розтоплення легеневої тканини може спричинятися різними бактеріями: стрептококом, стафілококом та ін. Приєднання до абсцесу гангрени залежить від впливу гнильних бактерій. Абсцес легко може розвинутися як ускладнення пневмонії, найчастіше грипозної, при аспірації в дихальні шляхи сторонніх тіл (наприклад, під час блювання при операційному наркозі, при захлинанні водою під час купання), в результаті емболії гілки легеневої артерії у хворих з тромбофлебітом, сепсисом. Сприяючими моментами є алкоголізм, діабет, загальне виснаження організму.

Симптоми і перебіг. Висока температура, часто неправильного типу. Тупі болі в боці. Кашель з виділенням великої кількості харкотиння (до 200—300 мл і більше за добу) з гангренозним запахом. У тих випадках, коли абсцес ще не гангренозувався, харкотиння позбавлене гангренозного запаху. При стоянні харкотиння поділяється на три шари. При прориванні абсцесу в бронх зразу виділяється величезна кількість гнійного харкотиння. При мікроскопічному дослідженні в харкотинні виявляються численні бактерії та еластичні волокна, як ознака розпаду легеневої тканини.

Хворий поступово худне, блідне, втрачає апетит. При перкусії грудної клітки над місцем абсцесу — незначне приглушення перкуторного тону, при вислуховуванні — ослаблене везикулярне дихання, незначні дрібнопухирчасті вологі хрипи, іноді шум тертя плеври. При прориванні абсцесу в бронх і звільненні порожнини над нею виявляються ознаки каверни: тимпанічний перкуторний тон, амфоричне дихання, звучні великопухирчасті хрипи. При заповненні порожнини гноєм ці ознаки зникають. При глибоколежачих невеликих абсцесах діагноз часто ставиться тільки на основі даних рентгенівського дослідження.

При прориванні гнояка в плевру утворюється гнійний плеврит. Іноді абсцес і гангрена легені ускладнюються кровохарканням, а в деяких випадках — сепсисом.

Лікування. Постільний режим, добре провітрювана кімната. Посилене харчування, різноманітне складом, висококалорійне, з великою кількістю вітамінів. Кількість рідини обмежується до 1 л на день, а кухонної солі — до 4—5 г на день.

У свіжих випадках слід спробувати лікування новарсенолом (внутрішньовенно) за такою схемою: перший раз — 0,3, через 3 дні — 0,3, через 4 дні — 0,45, через 5 днів — 0,45, через 6 днів — 0,6 і ще через 6 днів — 0,6, всього на курс 2,7 г. При схильності до кровохаркання новарсенол не застосовується, а з появою кровохаркання під час лікування слід припинити давання його. Можна також проводити лікування внутрішньовенними вливаннями 25% спирту (ректифікату) по 15—25 мл щодня протягом 12—15 днів. При цьому одночасно 2 рази на день вводиться під шкіру 5—10 одиниць інсуліну. Корисний ефект дає переливання однойменної крові по 200—300 мл один раз на 5 днів. У деяких випадках добрий результат досягається від автогемотерапії (по 10 мл крові через день), а також від рентгенотерапії та опромінення кварцовою лампою хво-

рої половини грудної клітки. Застосовується також внутрішньом'язове введення пеніциліну по 600 000—800 000 одиниць на добу. Останнім часом з успіхом застосовується спорожнення гною з порожнини абсцесу з допомогою бронхоскопа, а також вливання через бронхоскоп або гумовий катетер (введений через ніс і трахею у великий бронх) розчину пеніциліну (100 000—200 000 одиниць). При цьому хворий набирає положення, яке сприяє попаданню пеніциліну в порожнину абсцесу. Цю процедуру повинен проводити лікар, який володіє методом бронхоскопії.

Для зменшення неприємного запаху харкотиння призначають вдихання скипидару або сумішки його з евкаліптовим і м'ятним маслами, налитими в гарячу воду.

При абсцесах, що не піддаються консервативному лікуванню, застосовується хірургічна операція.

НАБРЯК ЛЕГЕНЬ (див. *«Міокардіосклероз»* стор. 33).

РАК ЛЕГЕНІ (CARCINOMA PULMONUM). У деяких випадках рак легені є метастатичним, розвиваючись через занесення ракових клітин по лімфатичних і кровоносних шляхах з інших уражених раком органів. Однак частіше буває первинний рак легені. Сприяючими моментами можуть бути вдихання хімічно подразних речовин, хронічні запальні процеси в легенях.

Симптоми і перебіг. Раннім симптомом є стійкий кашель з виділенням невеликої кількості склистого харкотиння, часто з домішкою крові, а також задишка. Іноді спостерігається сильне кровохаркання внаслідок роз'їдання стінки судини. При периферичному розміщенні опуху і втягненні в процес плеври — стійкі невпинні болі в грудях. При раку, який закупорює великий бронх, — сильна задишка й ателектаз частки легені, який зумовлює глухість при перкусії відповідної ділянки грудної клітки і різке ослаблення, а іноді й відсутність дихання в цій ділянці. При метастазах у залози середостіння — ознаки стиснення трахеї (ядуха), верхньої порожнистої вени (набряк лиця і шиї) і поворотного нерва (параліч голосових зв'язок і втрата голосу). При поширенні опуху на плевру — скупчення в плевральній порожнині ексудату, найчастіше геморагічного. При центральному розміщенні опуху діагноз ставиться на основі даних рентгенівського дослідження, яке повинно бути проведене при найменшому підозрінні на рак легені. При мікроскопічному дослідженні мазка з харкотиння в ньому вдається іноді виявити ракові клітини. Діагноз також нерідко підтверджується з допомогою бронхоскопії. Діагностичне значення має постійна відсутність туберкульозних паличок у харкотинні при повторних його дослідженнях Однак у рідких випадках можливе сполучення туберкульозу і рака легені.

У початкових стадіях хвороби загальний стан хворого може бути задовільний, але потім він поступово погіршується, хворий худне, втрачає апетит, і настає ракова кахексія. Тривалість хвороби — до 2 років. Кінець летальний.

Лікування симптоматичне (заспокоєння кашлю, болезаспокійливі засоби). У ранніх стадіях застосовують рентгенотерапію великими дозами. У ряду хворих виявляється можливим оперативне втручання у вигляді видалення частки легені (лобектомія) або цілої легені (пневмоектомія).

ЕМБОЛІЯ І ІНФАРКТ ЛЕГЕНІ (INFARCTUS PULMONUM). Етіологія і патогенез. Спостерігається при тромбофлебітах,

при ендокардиті, при застої крові в правому передсерді і в правому шлуночку (наприклад, при мітральному стенозі), при післяродових інфекційних вогнищах у малому тазі, при переломах кісток, після операцій у черевній порожнині.

Симптоми і перебіг. Колоття в боці, яке виникає раптово, сильне стиснення в грудях, задишка, болісний кашель з виділенням кров'янистого харкотиння. Нерідко — підвищення температури з ознобом. При вислухуванні в ділянці інфаркту — крепітація, бронхіальне дихання, бронхофонія, шум тертя плеври. При незначних розмірах інфаркту цих ознак може не бути.

Лікування. Повний спокій. При сильному болі в грудях — підшкірно морфін або пантопон. Для заспокоєння кашлю — кодеїн або діонін. Одночасне лікування основного захворювання.

Профілактика. Лікування декомпенсації серця. Лікування тромбофлебітів. Не масажувати кінцівки при тромбозі вен.

ЕХІНОКОК ЛЕГЕНІ. Етіологія і патогенез (див. *«Ехінокок печінки»*, стор. 65).

Симптоми і перебіг. У початковій стадії, крім невеликого кашлю, звичайно ніяких симптомів не буває. В міру росту ехінококового пухиря кашель посилюється. В результаті реактивного запалення навкружної легеневої тканини може спостерігатися підвищення температури і невелика домішка крові до харкотиння. При великих розмірах пухиря — над ним приглушення перкуторного звуку, ослаблення дихання і голосового дрижання. При розриві пухиря в харкотинні можна виявити ехінококові гачки та плівки. Діагностичне значення має еозинофілія в крові (15—20—30% і більше еозинофілів) і реакція Каццоні (див. *«Ехінокок печінки»*). Рентгенівське дослідження дає на світлому легеневому фоні круглу тінь з різкими контурами.

Лікування — оперативне.

КРОВОХАРКАННЯ (НАЕМОРТОЕ). Етіологія. Різні захворювання легень (туберкульоз, сифіліс, абсцес, бронхіектази), захворювання верхніх дихальних шляхів (наприклад, поліпи), застої крові в малому колі при мітральних пороках серця, гіпертонія, склероз легеневої артерії та її гілок, геморагічний діатез.

Симптоми і перебіг. Кашель з великим виділенням крові. На відміну від кривавого блювання кров піниста, не містить їжі, плювки крові продовжують відхаркуватися протягом кількох днів. Після великого туберкульозного кровохаркання температура часто підвищується до 38—39° внаслідок розвитку аспіраційної пневмонії.

Лікування. При великих кровохарканнях — абсолютний фізичний і психічний спокій. При плювках крові дозволяється ходити по кімнаті. Для спинення кровотечі випити півсклянки води, в якій розчинено 2 столових ложки кухонної солі. Введення у вену 10 мл 10% кальцій-хлориду або натрій-хлориду. Підшкірне введення 40—50 мл 10% желатини (ампулу попереду нагріти для розрідження желатини). Можна також ввести внутрішньом'язово 15—20 мл кінської сироватки (нормальної, а коли такої немає, можна протистовбнякову або протидифтерійну). Всередину—кальцій-хлорид. При сильному неспокої хворого і нестримному кашлі — морфін під шкіру. При туберкульозному кровохарканні не давати морфіну, щоб уникнути затримки крові і розвитку аспіраційної пневмонії. Добре діє переливання крові (100 мл), однак при туберкульозному кровохарканні воно протипоказане. Якщо при туберкульозному кровохарканні

не вдається спинити кровотечу вищезазначеними заходами, застосовують накладання штучного пневмотораксу на хвору сторону.

Їжу до повного припинення кровотечі приймати в холодному вигляді.

ПЛЕВРИТ (PLEURITIS). Етіологія і патогенез. Запалення плеври — здебільшого туберкульозного походження, розвивається вторинно при туберкульозному ураженні легені або бронхіальних залоз, навіть якщо це ураження проходить без явних клінічних ознак. Може супроводити й інші захворювання легень. Плеврит може також бути одним з виявів загального сепсису і ревматичної інфекції. Запальні процеси суміжні (перикардит, паранефрит та ін.) можуть перейти на плевру і викликати її запалення.

Відрізняють сухий і ексудативний плеврити.

При сухому плевриті кількість ексудату невелика На поверхні плевральних листків відкладаються плівки фібрину. При ексудативному плевриті у плевральній порожнині скупчується ексудат, який стискає легеню і зміщує сусідні органи (середостіння, серце, печінку). За характером ексудату відрізняють: 1) серознофібринозний, 2) гнійний, 3) геморагічний і 4) гнильний плеврит.

Симптоми сухого плевриту. Скарги на біль у боці і сухий кашель. Біль посилюється при вдиху та при кашлі. Температура підвищена до 38°, іноді більше. Часом помітне відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання. Найважливіший симптом — шум тертя плеври, вислухуваний на грудній клітці над місцем запалення плеври. Цей шум нагадує хруст снігу, скрип чобіт і залежить від тертя один об одного шорстких плевральних листків. Від хрипів шум тертя плеври відрізняється тим, що його чути як під час вдиху, так і під час видиху і він не змінюється від кашлю. Грубий шум тертя можна іноді відчути рукою, прикладеною до грудної клітки.

Лікування. При підвищенні температури та болях — постільний режим. Сухі банки, зогрівальний компрес на хвору половину грудної клітки. При сильних болях — втирання в грудну клітку хлороформної мазі, змазування її йодною настойкою, всередину — пірамідон, аспірин, фенацетин, натрій-саліцилат. Одночасне лікування основного захворювання.

Симптоми ексудативного плевриту. Найчастіше спостерігається серознофібринозний плеврит туберкульозної етіології. Хвороба починається з болю в боці, кашлю і підвищення температури, яка поступово доходить до 39—40° і тримається на цих цифрах, даючи неправильні коливання, до початку видужання. Кашель сухий, болісний. В міру скупчення ексудату біль зменшується і потім зовсім зникає. Задишка, інтенсивність якої залежить від величини випоту. На початку хвороби, коли випоту небагато, хворий лежить на спині або на здоровому боці, при скупченні великої кількості випоту він лягає на хворий бік. Язик помірно обкладений, апетит знижений, випорожнення часто затримане, пульс і дихання прискорені. У крові — помірний лейкоцитоз, РОЕ прискорена. Уражена половина грудної клітки випнута і відстає при диханні, міжребер'я на ній згладжені. При невеликому випоті перкуторний звук над випотом — приглушений, при великому — глухий. Верхня границя глухості йде косо, підіймаючись від хребта вгору. Вище верхнього рівня глухості — перкуторний звук з тимпанічним відтінком. При невеликому випоті над ним чути ослаблене дихання, над великим випотом

дихання зовсім не вислухується. Голосове дрижання на місці випоту ослаблене або його зовсім немає. Шум тертя вислухується лише в перші дні захворювання, коли ексудату ще мало, і на початку видужання, коли ексудат починає розсисатися. Велике значення для розпізнавання плеврального ексудату має рентгендослідження.

Для з'ясування характеру ексудату роблять пункцію (прокол) плеври, додержуючи всіх правил асептики (кип'ятіння шприца і голки, миття рук, обеззаражування місця проколу). Пункцію роблять нижче кута лопатки або трохи більш зовнішньо в тому місці, де перкуторний звук глухий. Голку вводять у міжребер'я ближче до верхнього краю нижчележачого ребра. Місце уколу очищається спиртом, а потім змазується йодною настойкою. Коли виникає відчуття, що голка, пройшовши через м'які тканини міжребер'я, проникла в порожнину, насисають шприцом ексудат і швидким рухом витягають голку. Місце уколу знов змазують йодною настойкою і затискають стерильною ваткою.

Гнійний плеврит (емпієма плеври), при якому випіт має гнійний характер, розвивається під впливом гноєтворних бактерій. Загальний стан хворого при ньому значно тяжчий, ніж при серознофібринозному плевриті. Температура часто дає великі розмахи протягом дня, причому підвищення її супроводиться ознобами, а спадання заливними потами. Тахікардія і задишка значно різкіші, ніж при серознофібринозному плевриті. Хворий блідий, часто ціаноз носа, губ і вух. Лейкоцитоз досягає високих цифр (20 000 лейкоцитів в 1 мм³ і вище). Перкусія, аускультація і пальпація грудної клітки виявляють ті самі дані, що й при серознофібринозному плевриті. Остаточний діагноз встановлюється з допомогою пункції плеври.

Геморагічний ексудат спостерігається найчастіше при злоякісному опуху плеври, значно рідше при туберкульозному плевриті. У осіб з геморагічним діатезом плезральний ексудат може також набути геморагічного характеру.

Гнильний ексудат розвивається при попаданні в плевру гнильних бактерій (наприклад, при гангрені легені).

Лікування ексудативного плевриту. Абсолютний спокій і постільний режим до повного видужання. Тепле, добре провітрюване приміщення. Посилене харчування, багате на вітаміни. На хвору половину грудної клітки щодня сухі банки. При сильних болях у боці — зогрівальні компреси, гірчичники, опромінення солюксом, всередину аспірин по 0,5 3 рази на день або пірамідон по 0,3 3 рази на день. З медикаментів всередину призначається натрій-саліцилат по 5—8 г на день. Старанний нагляд за діяльністю серця, при ознаках слабості його — призначають серцеві і судинні засоби (див. *«Хронічна недостатність серця»*). При болісно-сухому кашлі — кодеїн, діонін. Якщо, незважаючи на зниження температури і поліпшення загального стану хворого, ексудат не розсисається, проводиться пункція плеври і відкачування ексудату. Відкачують ексудат і в початковому періоді хвороби, якщо його скупчилось так багато, що він сильно зміщує серце і викликає різку задишку та виявлений ціаноз. Відкачування роблять з допомогою апарата Потена, а коли немає його — 20-грамовим шприцом. Шприц приєднується до гумової трубки, другий кінець якої надівається на голку. Кожного разу перед зніманням шприца для спорожнення його трубку затискають затискачем або пальцем, щоб уникнути входження повітря в плевральну порожнину. При туберкульозній етіології плевриту застосо-

вують внутрішньом'язові ін'екції стрептоміцину 2 рази на добу (через кожні 12 годин) по 250 000—500 000 одиниць (тобто по $^1/_4$—$^1/_2$ мл), всього на курс — 15—25 мл. Можна комбінувати введення стрептоміцину з даванням всередину препарату ПАСК, дорослим по 8—12 г на день

Гнійні і гнильні плеврити лікують оперативно.

ГІДРОТОРАКС (HYDROTHORAX). Гідротораксом називається скупчення в плевральній порожнині незапальної набрякової рідини — транссудату. Гідроторакс спостерігається при ряді загальних захворювань, які ведуть до утворення набряків (недостатність серця, захворювання нирок, кахексія, тяжка анемія, аліментарна дистрофія). Іноді він спостерігається при місцевих розладах течії лімфи, наприклад, при опуху середостіння. Значний гідроторакс може викликати зміщення суміжних органів і задишку.

Симптоми. Гідроторакс найчастіше буває двобічним, але у хворих, що лежать на одному боці, він може бути і однобічним. Перкусія, аускультація і пальпація грудної клітки дають ті самі симптоми, що й скупчення в порожнині плеври ексудату. Відрізнити гідроторакс від ексудативного плевриту можна за відсутністю болю в боці, за відсутністю підвищення температури, за наявністю набряків в інших ділянках тіла і за характером основного захворювання (хвороба серця, нирок і т. д.). Остаточний діагноз встановлюється з допомогою пункції плеври і дослідження добутої рідини. Транссудат прозорий і має світліше забарвлення, ніж ексудат. Питома вага транссудату звичайно нижче 1.014, а кількість білка менше 2%. Проба Рівальта з ексудатом позитивна, а з транссудатом — негативна.

Лікування зводиться насамперед до лікування основного захворювання. При значному гідроторакси, який викликає задишку, призначають сечогінні засоби, найкраще меркузал. При нефритах і поносах меркузал протипоказаний. У дні введення меркузалу часто полоскати рот дезинфекційним розчином (найкраще 1 чайна ложка бертолетової солі на 1 склянку води) При безрезультатності сечогінних засобів — пункція плеври і відкачування транссудату.

ПНЕВМОТОРАКС (PNEUMOTHORAX). Етіологія і патогенез. Скупчення повітря в плевральній порожнині може бути в результаті поранення грудної клітки (травматичний пневмоторакс), вдування у плевральну порожнину повітря з метою лікування туберкульозу (штучний пневмоторакс), розриву ураженої хворобливим процесом легені (спонтанний пневмоторакс). Спонтанний пневмоторакс частіше спостерігається при туберкульозі легень, рідше — при абсцесі і гангрені. Пневмоторакс іноді ускладнюється серозним або гнійним випотом у плеврі (серо- і піопневмоторакс).

Симптоми і перебіг. При спонтанному і травматичному пневмотораксі — бурхливий початок: різкий біль у грудях, сильна задишка, занепад серцевої діяльності, частий, слабкий пульс, ціаноз, холодний піт. Уражена половина грудної клітки випнута; міжреберні проміжки згладжені, голосове дрижання ослаблене. При перкусії — низький тимпаніт; при вислухуванні — ослаблення або відсутність дихання. Серце зміщене в здорову сторону.

Якщо пневмоторакс не ускладнюється випотом у плевру, повітря поступово розсмоктується. При ускладненні серозним або гнійним випотом появляються нові симптоми: внизу — тупість з горизонтальною верхньою границею (рідина), над тупістю — тимпаніт (повітря); визначається шум плескоту при струшуванні хворого.

Лікування. Цілковитий спокій. При різкій задишці — вдихання кисню, морфін під шкіру; при серцевій недостатності — камфора, кофеїн, стрихнін під шкіру. При різкій задишці і значному зміщенні серця — відсмоктування повітря з допомогою апарата Потена або голки з надітою на неї гумовою трубкою, вільний кінець якої занурений у посудину з дезинфекційним розчином. Виходження повітря видно по появі пухирців газу в розчині.

При ускладненні пневмотораксу випотом — відкачування рідини з порожнини плеври. При піопневмотораксі — оперативне лікування.

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ (TUBERCULOSIS PULMONUM). Етіологія, патогенез, класифікація. Викликається туберкульозною паличкою людського або бичачого типу. Інфекція проникає в організм звичайно через дихальні шляхи, рідше — через кишечник. Джерело зараження — харкотиння туберкульозного хворого. Захворювання передається від стикання з хворим або з предметами, якими хворий користувався. На цих предметах: посуді, рушнику, носових хусточках лишаються непомітні частинки харкотиння. Харкотиння при висиханчі розпилюється, туберкульозні палички попадають у дихальні шляхи здорових людей і заражають їх. Туберкульозна паличка має велику стійкість і гине лише при тривалому застосуванні міцних розчинів дезинфікуючих речовин: 5% розчин карболової кислоти, розчин формаліну і хлораміну (5%). Гине туберкульозна паличка при кип'ятінні. Порівняно швидко вона гине під впливом прямого діяння сонячного проміння. Бацили Коха, попадаючи в організм людини, не завжди викликають розвиток туберкульозу. Майже кожна людина заражається туберкульозом (найчастіше ще в дитинстві), однак, захворюють не всі. Тому прийнято розрізняти заражених (інфікованих) і хворих на туберкульоз.

Розвиткові туберкульозу у заражених допомагають несприятливі умови навколишнього середовища і тяжкі хвороби, що ослаблюють опірність організму. На місці заглиблення туберкульозних паличок у легенях утворюється первинне ексудативне вогнище (первинний афект), навколо якого розвивається ексудативно-запальний процес. Запалення поширюється по лімфатичних судинах на найближчі лімфатичні вузли. Первинне вогнище разом з ураженою лімфатичною залозою називається первинним туберкульозним комплексом. Закінчення первинного вогнища бувають різні: розсмоктування, рубцювання, осумкування (інкапсуляція), звапнення (петрифікація). В рідких випадках спостерігається розпад.

Туберкульозні палички довго зберігають активність навіть у петрифікованих вогнищах і при ослабленні захисних властивостей організму можуть викликати спалах туберкульозного процесу і поширення туберкульозної інфекції в організмі. Повторне зараження відбувається не тільки шляхом попадання туберкульозних паличок із старого туберкульозного вогнища, але й шляхом нового зараження з зовнішнього середовища. Це може супроводитися активізацією туберкульозного процесу: часто розвивається туберкульозне запалення легені — туберкульозний інфільтрат. Останній може зазнати розсмоктування, рубцювання, нерідко розпаду. При розпаді утворюється порожнина (рання каверна). В інших випадках розвивається туберкульозний процес з переважанням продуктивної реакції (туберкульозний горбок) і розвитком сполучної тканини — *продуктивно-фіброзний туберкульоз.*

Продуктивні вогнища можуть зазнати розпаду з утворенням по-

рожнини (каверни) — *фіброзно-кавернозний туберкульоз легень.* Поширення туберкульозу з каверни йде по повітроносних шляхах в інші відділи легені. Навколо туберкульозних вогнищ можуть виникати ексудативні пневмонічні процеси з наступним сирнистим розпадом (казеозна пневмонія). Якщо з туберкульозних вогнищ у течію крові попадає багато туберкульозних паличок, відбувається гематогенне обсіменіння найдрібнішими горбками легень та інших органів (плеври, очеревини, мозкових оболонок, нирок, кишечника та ін.) — *міліарний туберкульоз.* Розрізняють три стадії туберкульозу залежно від поширеності процесу: I — процес займає менше однієї третини легені; II — одну третину легені; III — більш обширні процеси.

Крім поширеності процесу, слід враховувати характер перебігу: схильність до розпаду і ексудативних спалахів, схильність до рубцювання і затихання процесу. Розрізняють туберкульоз: А — *компенсований* (переважає розростання сполучної тканини), В — *субкомпенсований* (наявність запального процесу з виділенням харкотиння і явищами загальної інтоксикації; нерідко в таких випадках порушується працездатність хворого), С — *декомпенсований* (який часто проходить з розпадом легеневої тканини і обсіменінням туберкульозними горбками при наявності тяжкого стану і порушення працездатності). Прийнято поділяти туберкульоз на відкритий (хворий виділяє з харкотинням туберкульозні палички) і закритий (туберкульозні палички з харкотинням не виділяються).

Симптоми і перебіг. Підвищена температура. При хронічному перебігу вона має субфебрильний характер (37,2—37,5°); при ексудативно-пневмонічних процесах і висипанні горбків — послаблююча (ремітативна) або постійна гарячка; при прогресуючих сухотах з розпадом — виснажлива (гектична) гарячка, яка супроводиться трясучими ознобами і заливними потами.

Кашель сухий або з харкотинням, велика кількість харкотиння виділяється при наявності каверни.

Харкотиння слизисте або гнійне. При відкритих формах у харкотинні при мікроскопічному дослідженні виявляються туберкульозні палички і еластичні волокна. *Кровохаркання* появляється в результаті порушення цілості кровоносних судин, *легеневі кровотечі* — при руйнуванні великої судини. Попадання крові разом з туберкульозними паличками через бронхи в здорові ділянки легень викликає поширення туберкульозного процесу, а також розвиток аспіраційної пневмонії. *Задишка* виникає в результаті зменшення дихальної поверхні легені, подразнення нервової системи (дихального центра) токсинами і порушення серцевої діяльності. *Біль* у грудній клітці, який посилюється при глибокому диханні і кашлі, вказує на втягнення у хворобливий процес плеври. *Поти* — іноді незначні, іноді тяжкі, профузні, виснажливі, нерідко нічні. *Схуднення* і недокрів'я, знижений апетит, нерідко безсоння. *При огляді* хворого: блиск очей, блідість з ціанотичним відтінком, задишка, іноді деформація грудної клітки.

Перкусія дає строкату картину залежно від форми і поширеності хворобливого процесу. Над інфільтратом — на початку тимпаніт, надалі — притуплення. Над зморщеною, фіброзно-зміненою легенею — притуплення, над каверною — тимпаніт з металічним відтінком, над обширними пневмонічними процесами (казеозна пневмонія) — притуплення, над дрібними гематогенно-дисемінованими вогнищами часто немає помітних змін.

Аускультація. Над інфільтратом ослаблене або з бронхіальним відтінком дихання і звучні хрипи (добре виявляються при покашлюванні); над каверною — бронхіальне або амфоричне дихання і звучні, вологі хрипи; над ущільненою (запальна інфільтрація, розростання сполучної тканини) легенею — шорстке і навіть бронхіальне дихання. При гематогенних розсіяних вогнищах — нормальне везикулярне або злегка шорсткувате дихання.

Рентгеноскопія дає тіні при ущільненні легеневої тканини (пневмонія, інфільтрат, гематогенно-дисемінована форма), просвітлення — при розпаді (інфільтрат, що розпадається, каверна).

При дослідженні *крові* зміни дуже різноманітні залежно від характеру і стадії процесу. Найчастіше спостерігається прискорена РОЕ.

Для встановлення зараженості дітей має значення туберкулінова реакція Пірке. Туберкулін (гліцериновий екстракт з туберкульозних паличок) наноситься на скарифіковану шкіру або вводиться внутрішньошкірно. Через 24—48 годин реакція вважається позитивною, якщо інфільтрація шкіри не менше 5 мм в діаметрі. Якщо появляється тільки червоність або інфільтрація менше 5 мм в діаметрі, — реакція сумнівна.

Клінічний перебіг туберкульозу різноманітний: від легких, малосимптомних до тяжких скоротечних форм (міліарний туберкульоз, казеозна пневмонія). Частіше хвороба проходить повільно, хронічно. Періоди поліпшення чергуються з періодами загострення (частіше навесні і восени). Погіршується перебіг туберкульозу при несприятливих зовнішніх умовах і при ослабленні організму іншими хворобами.

Лікування туберкульозного хворого вимагає великого вміння і застосування різноманітних засобів і методів терапії. Тепер застосовується гігієно-дієтетичне лікування з аеротерапією і курортним лікуванням, призначення антибіотиків (стрептоміцин) і специфічних засобів (ПАСК), колапсотерапія (пневмоторакс, а в останні роки і пневмоперитонеум), активне хірургічне лікування (операції на діафрагмальному нерві, торакопластика, екстраплевральний пневмоліз, лобектомія), а також симптоматична терапія залежно від наявності тих або інших симптомів (поти, кашель, кровохаркання і т. д.).

Гігієно-дієтетичне лікування: спокій, перебування на свіжому повітрі, правильне чергування праці і відпочинку, повноцінне і достатнє харчування (3500—4000 калорій на день). Білків 1,5—2,0 г на 1 кг ваги хворого. Жирів 70—100 г на день, вітаміни. При декомпенсованих формах — постільний режим, при субкомпенсованих — режим спокою з лежанням на повітрі. При компенсованих — прогулянки, лікувальна фізкультура, дозована праця. Туберкульозні хворі повинні бути на обліку і під наглядом туберкульозного диспансеру.

Штучний пневмоторакс показаний при інфільтратах, ранніх кавернах, при вогнищевих процесах. Лікування штучним пневмотораксом триває 3—5 років, а нерідко й довше. У ряду хворих пневмоторакс виявляється неефективним, бо через наявність спайок не вдається стиснути легеню; в таких випадках показана операція перепалювання спайок (торакокаустика). При неможливості накласти штучний пневмоторакс (плевральні зрощення) застосовується операція на діафрагмальному нерві (шляхом алкоголізації, перерізування і роздавлювання його), стиснення ураженої легені шляхом зменшення об'єму відповідної половини грудної клітки за рахунок резекції ребер (торакопластика).

Стрептоміцин застосовується при гострих свіжих формах туберкульозного процесу (інфільтрати, свіжі гематогенні вогнища, туберкульозний менінгіт, туберкульоз гортані і кишечника та ін.).

ПАСК — парааміносаліцилова кислота показана у фазі спалаху туберкульозу легень по 8,0—10,0—12,0 г на добу (на курс лікування до 1 кг).

Симптоматичні засоби. При виснажливій гарячці — пірамідон (найкраще 3% розчин чайними або десертними ложками за Ф. Г. Яновським), аспірин по 0,3—0,5 2—3 рази на день При тривкому кашлі— кодеїн, діонін, тепле молоко на ніч, при важкому виділенні харкотиння — термопсис, іпекакуана, сенега. При поганому апетиті — аеротерапія, обережні водні процедури (обтирання). При нічних потах — обтирання тіла одеколоном з оцтом (1 : 3), пиття теплої шавлії, атропін, камфора; при безсонні — застосування бромистого натрію та інших седативних і снотворних засобів; при кровохарканні — заспокоєння кашлю (кодеїн, підшкірно пантопон з камфорою), внутрішньовенні вливання 5—10% розчину хлористого кальцію 10 мл, всередину міцний розчин кухонної солі (3—5 чайних ложок на півсклянки води) по кілька разів на день. Кінська сироватка внутрішньом'язово 20—30 мл. Переливання крові 100—150 мл. При аспіраційних пневмоніях добре діє застосування пеніциліну. При легенево-серцевій недостатності (циротичний процес) — наперстянка, камфора, кофеїн, вдихання кисню.

Профілактика. Завдання — захист здорових від зараження. Харкотиння треба збирати у спеціальну плювальницю і дезинфікувати 2% розчином лізолу, 5% розчином карболової кислоти, кип'ятити плювальницю разом з харкотинням. Найкраще — спалювання харкотиння. Переліченими розчинами треба замочувати білизну. Велике значення має ранне виявлення туберкульозу і відокремлення хворого від здорового (окрема кімната або окреме ліжко з ширмою, окремий посуд, рушник, носові хусточки та ін.), а також щорічне обслідування на туберкульоз із застосуванням профілактичного рентгендослідження певних груп населення (працівники дитячих лікувально-профілактичних закладів, родильних будинків, учні ремісничих училищ і шкіл ФЗН, працівники початкових і середніх шкіл, призовники, працівники харчових підприємств, перукарі, працівники транспорту) і диспансеризація хворих у спеціальних туберкульозних диспансерах.

ХВОРОБИ СЕРЦЯ І СУДИН

ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ СЕРЦЯ (INSUFFICIENTIA CARDIALIS CHRONICA). Етіологія. Розвивається при ослабленні скоротливої функції міокарда у осіб з пороком серця, кардіосклерозом, міокардитом, міокардіодистрофією та іншими захворюваннями, при яких вторинно терпить серцевий м'яз (гіпертонічна хвороба, емфізема легень, авітамінози та ін.).

Симптоми і перебіг Задишка, ціаноз, набряки, збільшення серця в розмірах, приглушення тонів (шуми при пороках); прискорення, ослаблення і порушення ритму серцевої діяльності. Серцева недостатність буває трьох ступенів: 1) недостатність серця *в першій стадії* виявляється тільки під час фізичних напружень: задишка і прискорення пульсу при фізичному навантаженні і підніманні по сходах; хворі відчувають серцебиття, швидку стомлюваність, іноді надвечір появляються набряки, які минають за ніч; 2) *у другій стадії*

недостатність серця виявляється не тільки неприємними суб'єктивними відчуттями при фізичних напруженнях, але й об'єктивними симптомами розладу кровообігу, які спостерігаються і при спокої, — виражена задишка, ціаноз, набряки, набухання вен шиї, застійні явища у внутрішніх органах: застійна печінка (збільшення і болючість її), застійні нирки (зменшення кількості сечі, поява в ній білка і еритроцитів), застійні явища в шлунково-кишковому тракті (відсутність апетиту, диспептичні розлади, розлади діяльності кишечника), застій у легенях (кашель, кровохаркання, застійні хрипи в нижніх відділах легень при аускультації); при постільному режимі і лікуванні хворобливі явища зникають; 3) *третя стадія* недостатності кровообігу виникає внаслідок тривалих розладів кровообігу, які приводять до тяжкого порушення живлення (трофіки) всіх органів і тканин: виражений ціаноз, задишка при спокої (хворі не можуть лежати горизонтально), великі набряки підшкірної клітковини, поява набрякової рідини у внутрішніх порожнинах (асцит, гідроторакс). Застійні явища у внутрішніх органах посилюються. Хворі стають кахектичними. До симптомів хронічної недостатності іноді приєднуються гострі приступи недостатності серця (серцева астма, набряк легень). В цій стадії хвороба важче піддається лікуванню.

Лікування. В першій стадії — усунення фізичної і нервової перевтоми, регулярний відпочинок, обмеження рідини і солі, помірність в їді, виключення спиртних напоїв і куріння. З ліків призначають: горицвіт у вигляді настою (6,0—180,0 по столовій ложці 3—4 рази на день), адонілен (по 15 крапель 3 рази на день), настойка конвалії (по 15 крапель 3 рази на день), мікстура з розчину бромистого натрію і настою валеріани; лікування можна провадити амбулаторно. Найкраще надати хворому тижневий відпочинок.

У другій стадії — обов'язковий постільний режим, дієта. Найкращим засобом є наперстянка у вигляді порошків з листя її по 0,1 3 рази на день або у вигляді настою з її листя (1,0—150,0 по 5 ложок на день). При великому застої крові в печінці і шлунково-кишковому тракті наперстянка погано всмоктується і не діє. В цих випадках треба застосувати дигіталіс у свічках або в мікроклізмі. При лікуванні наперстянкою слід пам'ятати, що вона має кумулятивне діяння і тому при появі симптомів інтоксикації (зрідження пульсу до 60 ударів за хвилину, поява нудоти, блювання або аритмії) лікування слід перервати. В таких випадках замість дигіталісу призначається горицвіт, адонілен, а також стрихнін, діуретин, камфора, кофеїн, які в тяжких випадках можна поєднати з даванням строфантину.

У третій стадії — цілковитий спокій, обмежити пиття і кухонну сіль. Давати їжу невеликими порціями в протертому вигляді без гострих і екстрактивних приправ. Корисно призначати раз на тиждень молочний день (по 200 мл молока 5 разів на день і 2 сухарі) або фруктовий (1 кг яблук або груш на день). З ліків призначається наперстянка, камфора, коразол, кофеїн, строфантин, глюкоза. При великих набряках застосовується меркузал 10% розчин по 1—2 мл внутрішньом'язово через кожні 3—4 дні. Хворого доцільно підготувати до ін'єкції меркузалу, даючи йому перед цим хлористий амоній або хлористий кальцій. Корисно вводити 20—40 мл 40% розчину глюкози внутрішньовенно. При сильній задишці, застої в легенях робиться кровопускання до 200—400 мл або застосовуються п'явки на ділянку печінки. При вираженому ціанозі і тяжкій задишці — вди-

хання кисню. За тяжким хворим потрібний особливий догляд: перестилати постіль, надати йому зручного напівсидячого положення, підкладати гумовий круг, обтирати шкіру камфорним спиртом.

ЕНДОКАРДИТ (ENDOCARDITIS) — запалення внутрішньої оболонки серця (ендокарда).

Етіологія. Розрізняють дві форми ендокардиту — ревматичний і септичний. Ревматичний ендокардит частіше виникає після ангіни, скарлатини, грипу та інших інфекцій. Септичний ендокардит звичайно викликається стрептококом, рідше стафілококом та іншими гноєтворними мікробами. За перебігом розрізняють гострий септичний ендокардит і підгострий (затяжний) септичний ендокардит. При ревматичному ендокардиті під час патолого-анатомічного дослідження знаходять на клапанах утвори у вигляді бородавок (бородавчастий ендокардит), а при септичних — виразкове ураження ендокарда (виразковий ендокардит).

Симптоми і перебіг. Початок поступовий. Скарги на слабість, нездужання. Температура підвищена до 38° і більше. При гострому септичному ендокардиті температура досягає 39—40°, нерідко гектичного характеру. Часто при ендокардиті спостерігається серцебиття, болі в ділянці серця, задишка, прискорений і нестійкий пульс, серце дещо розширене. Ревматичний ендокардит частіше поєднується з міокардитом, внаслідок чого можуть появлятися симптоми серцевої недостатності. При розвитку пороку серця вислухуються серцеві шуми, частіше систолічний, іноді діастолічний. При септичному ендокардиті частіше уражаються аортальні клапани, спостерігається недокрів'я, прискорена РОЕ, збільшення селезінки, розвивається вогнищевий (емболічний) нефрит, а іноді і дифузний гломерулонефрит, емболія (закупорка) дрібних артерій тромбом, занесеним течією крові з ураженого ендокарда, що може викликати інфаркт. При закупорці мозкових судин виникають паралічі і парези. При закупорці ниркової артерії — болі в попереку і гематурія. При закупорці судин селезінки — біль і набухання останньої. Ендокардити закінчуються утворенням клапанного пороку. Ревматичні ендокардити дають рецидиви (поворотний ендокардит). Гострий септичний ендокардит проходить бурхливо, тяжко і часто закінчується несприятливо. Затяжний септичний ендокардит дає хоч і повільний, але прогресуючий перебіг захворювання.

Лікування. Видалення інфекційних вогнищ (хронічного тонзиліту, каріозних зубів та ін.).

При ревматичному ендокардиті призначають саліциловий натрій по 4,0—6,0 на день, аспірин по 0,5 2—3 рази на день, пірамідон по 0,5 3 рази на день, цилотропін по 5 мл внутрішньовенно. При септичному ендокардиті рекомендується інтенсивне застосування пеніциліну по 100 000—200 000 одиниць через кожні 3 години (1—1,5 млн на день, на курс лікування кілька десятків млн). Останнім часом рекомендується комбіноване лікування антибіотиками: пеніцилін і стрептоміцин. Стрептоміцин призначають по 0,25 г (250 000 одиниць) 2 рази на день внутрішньом'язово. При появі симптомів недостатності кровообігу — серцеві (горицвіт, камфора та ін.). Суворий постільний режим протягом кількох місяців, харчування повноцінною їжею, невеликими порціями, 4—5 разів на день. При серцебитті — холод на ділянку серця 2—3 рази на день на 1—$1^1/_2$ години. З медикаментів призначають броміди, конвалію, валеріану.

ПОРОКИ СЕРЦЯ. Етіологія і патогенез. Відрізняють

природжені пороки серця, які зустрічаються рідко, і набуті пороки клапанів, що є наслідком ендокардиту, найчастіше ревматичного. Пороки аортальних клапанів можуть також виникнути на грунті сифілісу або артеріосклерозу, а в дуже рідких випадках — на грунті травми. Внаслідок анатомічних змін у клапанах функція їх порушується. При зростанні між собою країв окремих стулок клапанів виникає звуження відповідного отвору між двома порожнинами серця або між порожниною серця і великою судиною, яка відходить від неї. Це створює утруднення для переходу крові. При зморщуванні клапанів, при розрощеннях на їх краях або при вкороченні сухожильних ниток, що йдуть до клапанів, краї їх недосить щільно змикаються. У цих випадках говорять про недостатність клапана.

Внаслідок посиленої роботи гіпертрофованого м'яза розширеного серця, а також завдяки іншим зумовленим регулюючою діяльністю центральної нервової системи компенсаторним механізмам, зазначені порушення кровообігу при пороках більш або менш вирівнюються — компенсація пороку. Коли ж ці компенсаторні механізми виснажуються, і ослаблий м'яз серця більш не вирівнює цих порушень, настає декомпенсація.

Набуті пороки звичайно локалізуються в клапанах лівої половини серця, тобто у двостулковому і півмісяцевих клапанах аорти.

НЕДОСТАТНІСТЬ ДВОСТУЛКОВОГО КЛАПАНА (INSUFFICIENTIA VALVULAE MITRALIS) Патогенез. Через щілину між не цілком зімкнутими краями стулок клапана частина крові під час систоли лівого шлуночка повертається назад у ліве передсердя. Передсердя, продовжуючи одержувати нормальну кількість крові з легеневих вен, розширяється. Через те, що з розширеного передсердя у лівий шлуночок надходить більше крові, ніж у нормі, він розширяється. Внаслідок розширення лівого передсердя утруднюється спорожнення судин малого кола кровообігу, що веде до розширення правого шлуночка. Через посилену роботу лівого передсердя і лівого шлуночка, які викидають більшу, ніж у нормі, кількість крові, м'язи їх гіпертрофуються. При застої крові в малому колі м'яз правого шлуночка також гіпертрофується.

Симптоми. У стадії компенсації майже немає скарг. Серце розширене вліво, трохи менше вправо і вгору. Серцевий поштовх зміщений вліво, іноді і вниз, посилений, поширений. На верхівці вислухується систолічний шум, який проводиться в ліву пахву. Перший тон на верхівці ослаблений, другий тон на легеневій артерії посилений (акцентований).

ЗВУЖЕННЯ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВОГО ОТВОРУ (МІТРАЛЬНИЙ СТЕНОЗ) (STENOSIS OSTII ATRO—VENTRICULARIS SINISTRI) Патогенез. Мітральний стеноз утруднює перехід крові з лівого передсердя в лівий шлуночок під час діастоли останнього. В результаті — застій крові в лівому передсерді, розширення його і гіпертрофія його м'яза. Гіпертрофований м'яз лівого передсердя неспроможний, однак, цілком вирівняти порушення кров'яної течії, тому виникає застій крові в малому колі. В результаті настає розширення правого шлуночка з наступною гіпертрофією його м'яза. Лівий шлуночок, який дістає менше крові, не розширяється і нерідко навіть зменшується.

Симптоми. Навіть у період компенсації нерідко є скарги на серцебиття та задишку при фізичних напруженнях. Іноді — кровохаркання, внаслідок застою крові в малому колі. Хворий часто блідий,

відмічається невелика синюшність вух, носа, губ. Пульс малий і нерідко неправильний (аритмічний). Серце розширене вправо і вгору. Поштовх не змінений. Перший тон серця на верхівці голосний, хляпаючий, другий тон на легеневій артерії посилений. Нерідко роздвоєння другого тону на легеневій артерії, а також у ділянці верхівки. На верхівці — діастолічний шум, який нерідко посилюється наприкінці діастоли. Іноді наростаючий шум чути тільки в кінці діастоли перед самою систолою (передсистолічний шум). Цей шум часто відчувається прикладеною до ділянки верхівки рукою у вигляді дрижання («котяче муркотання»). При цьому пороку декомпенсація настає швидше, ніж при попередньому, бо він компенсується посиленою роботою найслабших відділів серця — лівого передсердя і правого шлуночка.

Часто у того самого хворого є одночасно обидва пороки двостулкового клапана.

НЕДОСТАТНІСТЬ ПІВМІСЯЦЕВИХ КЛАПАНІВ АОРТИ (INSUFFICIENTIA VALVULARUM AORTAE). Патогенез. Через щілину між клапанами аорти, які не цілком змикаються, кров на початку діастоли лівого шлуночка частково повертається назад до нього з аорти. Одержуючи одночасно кров з лівого передсердя, лівий шлуночок розширяється, і м'яз його гіпертрофується.

Симптоми. У період компенсації може не бути скарг. При виникненні цього пороку на грунті сифілісу аорти хворий може скаржитися на болі в ділянці серця, бо поряд з аортою уражаються й вінцеві судини серця. Шкіра нерідко бліда. Видно пульсацію сонних артерій на шиї. Часто помітний струс голови відповідно до пульсу. Якщо розтиранням шкіри лоба викликати появу на ньому червоної плями, то можна помітити, як краї плями ритмічно бліднуть і червоніють (капілярний пульс). Серцевий поштовх зміщений вліво і вниз, посилений, розлитий, а при обмацуванні він виявляється щільним (куполоподібний поштовх). Серце розширене вліво. При вислухуванні — довгий діастоличний шум, який найкраще чути у другому правому міжребер'ї біля краю грудини або посередині грудини на рівні 3-х ребер, а нерідко в 3—4-му лівому міжребер'ї біля краю грудини. Другий тон на аорті і перший тон на верхівці ослаблені. Пульс підстрибуючий, а пульсова хвиля висока. Мінімальний артеріальний тиск сильно знижується — іноді до нуля.

ЗВУЖЕННЯ УСТЯ АОРТИ (STENOSIS OSTII AORTAE). Патогенез. Через звуження устя аорти вихід крові з лівого шлуночка в аорту утруднений. В результаті після систоли лівого шлуночка в ньому лишається частина крові. Продовжуючи одержувати звичайну порцію крові з лівого передсердя, лівий шлуночок розширяється. Це веде до посилення його роботи, внаслідок чого м'яз його гіпертрофується.

Симптоми. В період компенсації звичайно немає скарг. Хворий часто блідий. Пульс рідкий, пульсова хвиля невисока, а розширення і спадання променевої артерії при обмацуванні її відбувається повільно. Серце розширене вліво, поштовх зміщений вліво, іноді вниз, посилений. На місці вислухування аорти у другому правому міжребер'ї біля краю грудини чути голосний грубий систолічний шум. Цей шум проводиться в сонні артерії на шиї і в підключичні артерії в зовнішній частині підключичних ямок, краще справа. Нерідко цей шум відчувається рукою, покладеною на рукоятку грудини, у вигляді дрижання («котяче муркотання»).

НЕДОСТАТНІСТЬ ТРИСТУЛКОВОГО КЛАПАНА (INSUFFICIENTIA VALVULAE TRICUSPIDALIS). Як самостійне захворювання цей порок зустрічається винятково рідко. Найчастіше недостатність тристулкового клапана розвивається у хворих з пороками двостулкового клапана в період декомпенсації. У цьому випадку причиною її є сильне розширення правого шлуночка, яке перешкоджає повному замиканню стулок тристулкового клапана.

Патогенез. Через щілину, що лишається між стулками тристулкового клапана, які не цілком змикаються, кров з правого шлуночка закидається під час його систоли у праве передсердя. Це веде до значного розширення останнього.

Симптоми. Скарги, як при хронічній недостатності серця (див. стор. 27). Ціаноз і субіктеричне забарвлення шкіри. Шийні вени сильно набрякають і пульсують, причому розширення їх відбувається одночасно з пульсом променевої артерії (позитивний венний пульс). Серце розширене вправо. На місці вислухування тристулкового клапана (на нижній частині грудини ближче до її правого краю) чути систолічний шум. Печінка збільшена, болюча і при обмацуванні пульсує.

Лікування пороків серця. В період компенсації хворі з пороком серця не потребують особливого лікування. В цьому періоді їм приписують певний режим щодо праці, харчування і відпочинку, метою якого є запобігати появі декомпенсації або рецидиву ендокардиту. Для цього насамперед усувають всі інфекційні вогнища в організмі (санація ротової порожнини, лікування захворювань носа і додаткових порожнин, гінекологічних захворювань і т. д.). Хворі повинні уникати надмірної фізичної праці. Помірна фізична праця в період компенсації, навпаки, корисна: вона сприяє зміцненню серцевого м'яза. Тому необтяжливу гігієнічну гімнастику слід рекомендувати в періоді компенсації. Хворі повинні уникати приймати зараз багато їжі, а також їсти безпосередньо перед сном. Приймання рідини не повинно перевищувати 1—1,5 л за добу. Спиртні напої і куріння слід заборонити. Треба стежити за правильною функцією кишок і забезпечити хворому нормальну тривалість сну. Жінки з комбінованими пороками серця, особливо з мітральним стенозом, повинні радитися з лікарем з приводу вагітності, а в разі її настання повинні час від часу проходити лікарський огляд

Про лікування в період декомпенсації див. *«Хронічна недостатність серця»*.

ГОСТРИЙ МІОКАРДИТ (MYOCARDITIS ACUTA). Етіологія і патогенез. Гостре запалення серцевого м'яза може виникнути при гострих інфекційних захворюваннях (гострий ревматизм, дифтерія, тиф, ангіна і т. д.), а також у результаті гострих отруєнь (чадним газом, БОР та ін.). Внаслідок дегенеративних змін у м'язових волокнах серця і запальної реакції у проміжній тканині знижується тонус серцевого м'яза і зменшується енергія його скорочення.

Симптоми і перебіг. Неприємні відчуття в ділянці серця, серцебиття, задишка, загальна слабість, підвищення температури тіла. При спробі встати з постелі або при швидкому переході з лежачого положення в сидяче хворий нерідко блідне, має відчуття млості, вкривається холодним потом, а в рідких випадках може настати раптова смерть. Хворий блідий, іноді відмічається невелика синюшність губ, носа, вух. При найменших фізичних напруженнях відзначається задишка. Пульс малий і частий, іноді аритмічний, сильний

но прискорюється навіть при невеликих рухах. Серце розширене вправо і вліво, тони його ослаблені, на верхівці нерідко вислухується систолічний шум. Кров'яний тиск знижений. Різниця між максимальним і мінімальним тиском (пульсовий тиск) зменшена за рахунок зниження максимального тиску.

Лікування. Насамперед потрібний найсуворіший постільний режим. Умивання і годування хворого проводиться в ліжку з допомогою доглядаючого персоналу, судно також подається на ліжко. Перевертати хворого в постелі треба обережно. Годувати часто і малими порціями, легко засвоюваною їжею.

При тяжкому серцебитті — пузир з льодом або холодною водою на ділянку серця. При частому і малому пульсі, сильному падінні кров'яного тиску і різкій блідості хворого призначають підшкірні ін'єкції 1—2 мл 1% камфорного масла через 3—4 години, 1 мл 10% кофеїну 3—4 рази на день, вводять також 1—2 рази на день під шкіру по 1 мл 0,1% стрихніну. При наявності ознак недостатності серця (задишка, ціаноз, збільшення печінки, застій у малому колі)— лікування за загальними правилами. Корисно вводити внутрішньовенно по 0,5 мл розчину строфантину 1 : 1000, найкраще на 10 мл 40% розчину глюкози 1—2 рази на день. Це допускається, однак, лише в тому разі, якщо хворий не приймав наперстянки протягом останніх 8—10 днів. Зважаючи на велику силу діяння строфантину, при його застосуванні потрібна велика обережність, точна дозировка і показання. Застосовувати його можна тільки за вказівкою лікаря. При легкій збудливості серця — броміди з настойкою конвалії або сумішка настойок конвалії і валеріани. Корисне внутрішньовенне введення 15—20 мл 40% глюкози щодня або через день. Хворий повинен лишатися в постелі ще протягом 2—3 тижнів після зникнення ознак гострого міокардиту, а після виписування із стаціонару йому слід надати місячний відпочинок.

МІОКАРДІОСКЛЕРОЗ (MYOCARDIOSCLEROSIS) АБО КАРДІОСКЛЕРОЗ — хронічне ураження серцевого м'яза, полягає в розростанні рубцевої сполучної тканини.

Етіологія і патогенез. Міокардіосклероз може бути результатом запального процесу міокарда з наступним переродженням м'язових волокон і заміною їх сполучною тканиною (міокардитичний кардіосклероз). Частіше міокардіосклероз розвивається у зв'язку з порушенням живлення серцевого м'яза на грунті склерозу вінцевих судин, який приводить до поступового переродження й атрофії м'язових волокон (атеросклеротичний (ангіогенний) кардіосклероз). Розростання сполучної тканини на місці загиблої м'язової тканини має місце в обох випадках міокардіосклерозу.

Симптоми і перебіг. У початкових стадіях скарг немає. Хвороба виявляється тоді, коли знижується скоротлива здатність міокарда. Хворі відзначають слабість, зниження працездатності, задишку при фізичному навантаженні, серцебиття, при ангіогенному кардіосклерозі — часто болі в ділянці серця. При дослідженні хворого відзначається ціаноз, прискорення пульсу, розширення серця вліво і вправо, ослаблення сили серцевих тонів, систолічний шум біля верхівки серця. Надалі появляються набряки на ногах надвечір, вранці вони зникають; з часом набряки набирають стійкого характеру. Печінка збільшується, кількість виділюваної сечі зменшується (картина хронічної серцевої недостатності). Нерідко приєднуються приступи лівошлуночкової недостатності у формі серцевої астми або

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека

набряку легені. При серцевій астмі відзначається задишка, блідість лиця, ціаноз губ, носа, холодний піт, страдницький вираз обличчя. Приступ звичайно починається вночі, хворий прокидається і набирає сидячого положення. При більш тяжкій недостатності лівого шлуночка розвивається сильний застій крові в легенях, настає рефлекторний параліч судин малого кола. У просвіт альвеол і бронхів, через стінки капілярів, просочується плазма, а потім і форменні елементи крові (набряк легені). Задишка стає тяжкою, лице ціанотичним, пульс малим і частим. Кашель супроводиться виділенням великої кількості пінистого з кров'янистим відтінком харкотиння. В легенях вислухується багато вологих хрипів різного калібру; дихання клекочуче. Іноді приступ серцевої астми і набряку легені поєднується з болями в ділянці серця (стенокардія).

Лікування. Обмеження фізичного навантаження, приймання їжі невеликими порціями 4—5 разів на день, останнє приймання — за 3—4 години до сну; заборона куріння і алкоголю, забезпечення хорошого сну і денного відпочинку протягом 1—2 годин. При розвитку хронічної серцевої недостатності — лікування останньої (див. *«Хронічна недостатність серця»*). При серцевій астмі — доступ свіжого повітря, під шкіру 1% розчин морфіну або пантопону по 1 мл, 20% масляний розчин камфори по 2—3 мл, 10% розчин кофеїну по 1 мл, вдихання кисню, внутрішньовенно строфантин 0,00025 — 0,0005 у 40% розчині глюкози. При набряку легенів, коли він починається, — кровопускання (300—500 мл крові), гіпертонічний розчин (40%) глюкози 50,0—100,0 внутрішньовенно, гарячі ножні ванни, банки на спину.

ГРУДНА ЖАБА. ІНФАРКТ МІОКАРДА (STENOCARDIA. INFARCTUS MYOCARDII). Етіологія і патогенез. При груднiй жабі виникають приступи гострого болю за грудиною і в ділянці серця. Ці приступи залежать від гострої ішемії (зменшення кровопостачання) міокарда в зв'язку із звуженням (спазмою) вінцевих судин серця. Причиною спазми їх звичайно є порушення нервової регуляції тонусу судин під впливом хвилювань, фізичних напружень, зловживання курінням. Вінцеві судини, уражені атеросклерозом, мають більшу схильність до спазм. При атеросклерозі коронарних судин останні стають ригідними і при фізичному навантаженні не розширяються, внаслідок чого кровопостачання міокарда не збільшується. Невідповідність між збільшеною потребою працюючого серцевого м'яза в крові і справжнім постачанням його приводить до подразнення нервових закінчень і передачі цих подразнень вищим відділам центральної нервової системи. Це сприймається хворим як больове відчуття.

Симптоми і перебіг. Приступи грудної жаби (стенокардії) частіше настають при ходьбі, фізичному навантаженні, іноді при цілковитому спокої серед ночі. Головний симптом — біль за грудиною і в ділянці серця з віддачею в ліву лопатку, плече, руку, іноді почуття оніміння в кисті і передпліччі.

Хворий зазнає почуття страху і близькості смерті, намагається бути нерухомим. Лице бліде, вкрите холодним потом. Пульс слабкий. У серці особливих змін не виявляється. Приступ тривае від кількох хвилин до півгодини. При тривалій спазмі вінцевих артерій або, частіше, при закупорці однієї з гілок тромбом порушується кровопостачання певної ділянки серцевого м'яза, в якій розвиваються процеси омертвіння. При закупорці великої гілки може настати

раптова смерть, а при закупорці меншої гілки — тяжкий приступ грудної жаби, який триває кілька днів (status anginosus). При цьому хворий блідий, лице ціанотичне, пульс частий, слабкого наповнення, іноді спостерігається аритмія, артеріальний кров'яний тиск знижується, тони серця стають глухими, іноді в ділянці серцевої тупості (при інфаркті передньої стінки) вислухується шум тертя перикарду. На другий-третій день підвищується температура до 38°, при дослідженні крові виявляється лейкоцитоз і прискорена РОЕ. Іноді інфаркт міокарда супроводиться задишкою (серцевою астмою) або здуттям і болями в животі, або блюванням і навіть спазмою мозкових судин. В результаті рубцювання міокарда можуть настати тяжкі необоротні склеротичні зміни в серцевому м'язі, які приводять до розвитку хронічної недостатності кровообігу. У деяких хворих виникає аневризма серця.

Лікування. Під час приступу грудної жаби — повний фізичний і душевний спокій, зогрівання рук і ніг, всередину дається кусочок цукру, просочений 1—2 краплями валідолу або 1% алкогольного розчину нітрогліцерину (цукор треба розжовувати і смоктати, щоб всмоктування нітрогліцерину відбувалося в порожнині рота); вдихання амілнітриту (2—3 краплі на ватку), ін'єкція 1% розчину морфіну по 1 мл (в поєднанні з 0,5—1,0 розчином атропіну 1 : 1000) або 2% розчину пантопону по 1 мл. Після приступу — 7—10 днів постільний режим. При інфаркті міокарда — нітрогліцерин на цукрі, ін'єкція 1% морфіну з 1 : 1000 розчином атропіну по 1—2 мл внутрішньовенно, строфантин 0,0005 в 10 мл 40% розчину глюкози (дигіталіс не рекомендується). Після інфаркту півтора-два місяці постільний режим.

Профілактика. З метою запобігання приступу грудної жаби уникати хвилювань, перевтоми, фізичного перевантаження, переповнення шлунка; необхідно врегулювати сон. При безсонні призначають снотворні засоби (бромурал, люмінал та ін.). Забороняється алкоголь і куріння. Їжа в основному молочно-рослинна.

ПАРОКСИЗМАЛЬНА ТАХІКАРДІЯ (TACHYCARDIA PAROXISMALIS). Етіологія і патогенез. Пароксизмальна тахікардія належить до екстрасистолічної аритмії і виявляється приступами різкого прискорення серцевого ритму. Частіше зустрічається у хворих із захворюваннями серця, але може бути й у осіб без ураження серця на грунті невротичних реакцій (кардіоневроз).

Симптоми і перебіг. Приступ серцебиття починається раптово. Хворий відчуває поштовх у груди, після чого настає тахікардія з числом пульсових ударів до 160—180 і навіть до 240 за одну хвилину. Приступ може тривати від кількох хвилин до кількох годин і навіть днів. Якщо приступ триває довго, може розвинутися картина серцевої недостатності. Приступ закінчується раптово з почуттям завмирання серця, пульс повертається до норми.

Лікування. Для припинення приступу вдаються до заходів, що спричиняють подразнення блукаючого нерва: тиснення на очні яблука протягом 15—30 секунд, тиснення на каротидний синус, штучне викликання блювання; внутрішньовенно вводять строфантин 0,00025 в 10—15 мл 40% глюкози, всередину дають хінін (найкраще бромистий хінін). При загальному збудженні — броміди, настій валеріани і конвалії.

ПЕРИКАРДИТ (PERICARDITIS). Перикардит — запалення листків перикарда.

Етіологія. Найчастіше — гострий ревматизм, трохи рідше — туберкульоз. Перикардит може бути також ускладненням гострих інфекцій (грип, сепсис та ін.), а також виникнути внаслідок переходу на перикард запального процесу з легень, плеври, грудної аорти, стравоходу. Уремічний перикардит виникає в останніх стадіях хронічного нефриту внаслідок відкладання на перикарді азотистих шлаків. Відрізняють сухий і ексудативний перикардит.

Симптоми і перебіг сухого перикардиту. Хвороба іноді проходить непомітно, частіше—скарги на болі, тиснення в ділянці серця. Помірне підвищення температури, основна ознака—шум тертя перикарда; цей шум вислухується в ділянці серця і нагадує дряпання, скрип чобіт, хруст снігу і т. д. Причина шуму—тертя один об одного листків перикарда, які стали шорсткими. Шум посилюється при тисненні стетоскопом і при нахилянні тулуба хворого вперед. Розладів серцевої діяльності звичайно не буває.

Симптоми і перебіг ексудативного перикардиту. Скарги на задишку, болі в ділянці серця. Вимушене сидяче положення із зігнутою трохи наперед верхньою половиною тіла. Лице бліде, трохи одутле, явища венозного застою у великому колі: шийні вени набряклі, печінка збільшена, щільна і болюча. Ноги набряклі, іноді розвивається асцит. Пульс малий і частий. Глухість тонів серця збільшена, поштовх різко ослаблений або зовсім не промацується. Тони серця ледве чути. Іноді в ділянці рукоятки грудини — шум тертя перикарда.

Лікування. При сухому перикардиті — спокій, банки або гірчичник на ділянку серця. При сильних болях — мушка на ділянку серця (при хворобі нирок — мушка протипоказана). Іноді біль полегшується від пузиря з льодом на ділянку серця (пузир обгорнути рушником).

При ексудативному перикардиті — абсолютний спокій, молочно-вегетаріанська дієта, обмеження рідини і солі, регулювання випорожнення. При ревматичній етіології перикардиту (сухого або ексудативного) призначається натрій-саліцилат 4—6 г на день. При явищах венозного застою — препарати наперстянки або горицвіту, діуретин по 0,5—3—4 рази на день, камфора та кофеїн під шкіру. При значному випоті в порожнини перикарда, що різко утруднює діяльність серця, випускають ексудат з допомогою пункції перикарда. Прокол найкраще зробити в четвертому лівому міжребер'ї, відступаючи на 1 см від лівого краю грудини. При гнійному перикардиті — операція.

АРТЕРІОСКЛЕРОЗ (ARTERIOSCLEROSIS) Етіологія і патогенез. Ураження артерій, яке починається з внутрішньої їх оболонки — інтими. У клітинах інтими відкладається з крові холестерин, клітини перероджуються, в інтимі утворюються виразки (атероматоз судини). Потім переродження захоплює середню й зовнішню оболонку артерії, в них з крові відкладається кальцій і розростається рубцева сполучна тканина. В результаті стінки артерій стають ригідними, просвіт звужується і порушується постачання крові до відповідних органів і тканин та їх живлення. Артеріосклероз найчастіше спостерігається у старих людей. Сприяючими факторами є гіпертонія, хронічне отруєння (тютюном, алкоголем, свинцем), надмірне харчування м'ясом та жирами, подагра, діабет, сифіліс і часті психічні травми.

Симптоми і перебіг. Клінічна картина залежить від локалізації ураженої судини. Найважливіше значення має артеріосклероз

судин мозку, серця, нирок, склероз аорти, артеріосклероз судин кінцівок.

При склерозі судин мозку — головні болі, запаморочення, ослаблення пам'яті, зниження працездатності, розлад сну. Іноді трапляється тромбоз мозкової судини з виникненням мозкового інсульту (параліч, парези, порушення чутливості і розлад мови).

Склероз вінцевих судин серця є причиною приступів грудної жаби. На грунті склерозу вінцевих судин розвивається міокардіосклероз і інфаркт міокарда.

Склероз судин нирок, особливо склероз артеріол, веде до зморщування нирок. При цьому порушується видільна функція нирок і поступово розвивається картина уремії.

При склерозі аорти перкусія виявляє розширення глухості судинного пучка в ділянці рукоятки грудини. На аорті — систолічний шум і посилення другого тону.

При склерозі артерії нижньої кінцівки виникає швидка стомлюваність її та болі в пальцях, стопі, литці. Болі посилюються при ходьбі і змушують хворого на час зупинятися (переміжна кульгавість). Тромбоз артерії може привести до гангрени пальців.

Лікування. Молочно-вегетаріанська дієта, заборона курити і вживати алкоголь. Дбати про правильне спорожнення кишок. Нормальна тривалість сну і відпочинок протягом 1—2 години удень. Уникати фізичних і психічних перенапружень. Всередину — розчин натрій-йодиду або калій-йодиду, або таблетки сайодину, або по 3—5 крапель йодної настойки на молоці 3 рази на день після їди. Препарати йоду приймають протягом багатьох місяців з перервами в 1—2 тижні після 2—3 тижнів приймання. З появою ознак інтоксикації (йодизму) — нежитю, кашлю, поносу — дозу зменшують або давання на деякий час припиняють. Йод протипоказаний при туберкульозі легень і гострому трахеобронхіті.

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА (MORBUS HYPERTONICUS). Етіологія і патогенез. В основі захворювання — поширене звуження артеріол, яке збільшує опірність переходові крові з артеріальної системи у венозну, в результаті чого підвищується артеріальний тиск. Звуження артеріол у початкових стадіях хвороби зумовлене їх спазмою, а надалі склерозом. Причина спазми — посилені імпульси, що йдуть до артеріол по судинозвужувальних нервах із судинорухового центра, перезбудження якого в свою чергу залежить від порушення діяльності кори головного мозку. Велику роль у виникненні гіпертонічної хвороби відіграють тривалі психічні травми, негативні емоції і т. д. Необхідно відрізняти гіпертонічну хворобу, як самостійне захворювання, від так званих симптоматичних гіпертоній; при симптоматичних гіпертоніях підвищення кров'яного тиску є лише одним з симптомів якогось основного захворювання. До симптоматичних гіпертоній належать підвищення кров'яного тиску при захворюваннях нирок (гострі і хронічні нефрити; аномалії розвитку судин нирок, деякі опухи нирок і т. д.), в деяких випадках розлитих уражень центральної нервової системи (опухи, травми мозку і т. д.) та ін. Гіпертонічна хвороба зустрічається частіше у чоловіків, у жінок нерідко виникає в клімактеричному періоді.

Симптоми і перебіг. У багатьох випадках гіпертонія виявляється випадково при вимірюванні кров'яного тиску. В інших випадках — скарги на головні болі, запаморочення, які залежать від того, що час від часу настають спазми мозкових судин. При трива-

ліших спазмах судин мозку можуть виникати скороминущі паралічі, парези, розлади мови. Найбільша небезпека, яка загрожує гіпертонікам, — розрив мозкової судини і крововилив у мозкову речовину (апоплексія). При цьому настають втрата притомності, параліч половини тіла і розлад мови. Апоплексія часто закінчується смертю. При спазмах вінцевих судин — приступи стенокардії. З часом, внаслідок гіпертонії утруднюється робота лівого шлуночка серця, який розширяється і гіпертрофується. Надалі настає недостатність лівого шлуночка, яка виявляється задишкою, приступами серцевої астми і гострого набряку легень. У кінцевих стадіях захворювання може розвинутися звичайна картина хронічної недостатності серця. При дослідженні гіпертоніка пульс напружений, серце розширене вліво, поштовх серця посилений, посилення другого тону на аорті. При сильному розширенні лівого шлуночка розвивається відносна недостатність двостулкового клапана. У початкових стадіях хвороби гіпертонія не стійка, потім вона стає дедалі стійкішою і тиск неухильно підвищується. У дуже розвинених випадках систолічний (максимальний) тиск може досягти 250 мм ртутного стовпа і вище, а діастолічний (мінімальний) — 155 мм ртутного стовпа і вище. При ослабленні лівого шлуночка систолічний тиск може трохи знизитися, діастолічний же лишається на попередньому рівні. Склероз артеріол нирок — нефросклероз, який нерідко ускладнює гіпертонічну хворобу, позначається невеликою альбумінурією (0,1—1‰ білка), незначною кількістю циліндрів і поодинокими еритроцитами в осаді сечі. Поступово розвивається зморщування нирок і уремія. У різних хворих розвиток гіпертонічної хвороби може бути різний. Слід виділити випадки гіпертонічної хвороби з повільним перебігом (повільно прогресуючі протягом багатьох років) і випадки гіпертонічної хвороби в швидким перебігом (швидко прогресуючі, які іноді закінчуються смертю хворого протягом 1—2 років).

Лікування. Усунення всіх причин, здатних підвищувати артеріальний тиск. Молочно-вегетаріанська дієта (м'ясо не більше 2—3 разів на тиждень), обмеження кількості кухонної солі в їжі, заборона куріння, спиртних напоїв, міцного чаю і кофе. Регулювати випорожнення, уникати фізичної і психічної перевтоми. Режим харчування і праці, перебування на свіжому повітрі, прогулянки, усунення факторів, які викликають різке подразнення нервової системи, негативні емоції і травмують психіку хворого, — є важливими заходами в загальній системі лікування хворого. При дуже високому кров'яному тиску (понад 200 мм) 1 — 2 рази на місяць приймання проносної солі (25—30 г магній-сульфату на 1 склянку гарячої води). Слід налагодити сон хворого, а також радити йому відпочинок удень протягом 1—2 годин. Добрий ефект дають фізіотерапевтичні процедури: ножні ванни, діатермія загальна і на ділянку серця, опромінення кварцовою лампою, нарзанні ванни. Корисні і легкі фізичні вправи при відсутності явищ недостатності серця і нирок. При постійних головних болях — раз в 1—2 місяці кровопускання (150—300 мл крові), при тимчасовому сильному підвищенні кров'яного тиску і загостренні головних болів — постільний режим, кровопускання або п'явки (по 2—3 п'явки за кожним вухом), проносне.

З медикаментів застосовують препарати йоду (див. *«Артеріосклероз»*), діуретин разом з папаверином і люміналом, сальсолін. Застосовують також препарати брому і валеріани. Нерідко хороший результат дають внутрішньом'язові (в сідницю) впорскування 5—10 мл

25% розчину сірчанокислої магнезії щодня, всього 15—20 ін'єкцій. Останнім часом з успіхом застосовується лікування тривалим сном, яке може бути рекомендоване лише в більш ранніх стадіях розвитку хвороби. Як снотворні застосовується амітал-натрій по 0,2 3 рази на день або люмінал по 0,1—0,15 2—3 рази на день. Весь курс лікування тривае 12—15 днів. Застосовується також умовнорефлекторний сон. Добре діе іноді оксигенотерапія.

ГОСТРА СУДИННА НЕДОСТАТНІСТЬ. ШОК. КОЛАПС. Гостра судинна недостатність виникае у зв'язку з втратою тонусу дрібних артеріальних судин (артеріол) на грунті паралічу судинорухового центра. Розширяються головним чином судини черевної порожнини, іннервовані черевним нервом. У судинах черевної порожнини застоюється кров. До серця притікае менше крові. Судинна недостатність буває при інфекційних захворюваннях, інфаркті міокарда, гострих міокардитах, при крововтратах (колапс) і при травмах у зв'язку з різким больовим відчуттям (шок).

Симптоми і перебіг. Хворий відчувае різку слабість, запаморочення, нудоту. При огляді хворого відзначається блідість шкірних покривів і слизових, холодний липкий піт, видимі вени спадаються, дихання прискорене, температура знижена (до 35° і навіть до 34°), пульс частий, малий, іноді нитковидний, артеріальний тиск знижений. Границі серця не збільшені, тони серця на початку голосні, пізніше — ослаблені.

Лікування. Горизонтальне положення хворого, зогрівання його (гарячий чай, кофе, вино), вливання фізіологічного розчину у вену або підшкірно. При судинній недостатності в зв'язку з крововтратами — переливання крові, спочатку невеликими дозами — 75—100 мл (гемостатичні дози), а після спинення кровотечі — до 400—600 мл крові (замінні дози). Якщо судинна недостатність виникла в зв'язку з больовим подразненням, підшкірно вводиться морфін 1% по 1 мл. При всіх видах судинної недостатності застосовується камфора 20% по 2—3 мл, кофеїн 10% по 1—2 мл, коразол 10% по 2 мл, адреналін 0,1% по 0,5—1 мл, ефедрин 5% розчин по 1—2 мл, стрихнін 0,1% розчин по 1 мл, лобелін (для збудження дихального центра) 1% розчин по 0,5—1 мл, карбоген (суміш кисню і вуглекислоти) для вдихання.

АНЕВРИЗМА АОРТИ (ANEURYSMA AORTAE). Етіологія і патогенез. Аневризма, або обмежене розширення аорти найчастіше розвивається на грунті сифілісу, рідше — з інших причин (ревматизм, травма).

Звичайно уражається висхідна частина і дуга аорти. Зміни знаходять у внутрішній і, головним чином, середній оболонках. Руйнуються м'язові і еластичні волокна, які заміняються сполучною тканиною. Аорта втрачае еластичність і розтягується під напором крові, утворюючи веретеноподібне або мішкоподібне розширення.

Симптоми і перебіг. Аневризма аорти довгий час не турбуе хворого. Лише при великому збільшенні її хворі починають скаржитися, внаслідок стиснення органів середостіння. З'являються задишка і кашель, стенотичне дихання (подразнення блукаючого нерва і тиснення на трахею), іноді втрата голосу (стиснення поворотного нерва), утруднення ковтання (стиснення стравоходу), набрякання шийних вен і одутлість лиця (стиснення верхньої порожнистої вени). Нерідко хворі відчувають болі в різних ділянках грудної клітки. При рості аневризми наперед відбуваеться потоншення ребер

і випинання пульсуючого опуху. При дослідженні хворого можна визначити пульсуючий опух. При перкусії — розширення тупості судинного пучка. При аускультації — систолічний шум над грудиною, іноді діастолічний шум (якщо утворюється відносна недостатність клапанів аорти). Пульс на променевих артеріях неоднаковий щодо наповнення і часу появи (тиснення аневризми на підключичну артерію). Перебіг повільний, хронічний. Грізною ознакою є поява кривавого харкотиння при кашлі або кривавих блювотних мас (розрив аневризми).

Лікування. Протисифілітичне лікування в ранніх стадіях розраховане на спинення хворобливого процесу в аорті. Лікування проводиться обережно біохинолем по 2 мл 2—3 рази на тиждень, препаратами йоду і ртуті (бієтівська мікстура), новарсенолом по 0,15—0,3 через 4—5 днів (на курс лікування 3—3,5 г). На пульсуючу аневризму кладуть захисну пов'язку. Застосовуються також і симптоматичні засоби.

НЕВРОЗИ СЕРЦЯ (NEUROSIS CORDIS). Етіологія і патогенез. В основі захворювання лежать розлади нервово-психічної сфери. Ці розлади бувають при перенапруженні і перевтомі нервової системи, душевних зворушеннях (психічна травма), токсичних пошкодженнях проміжного мозку, ендокринних порушеннях. Розрізняють чутливий і руховий неврози серця. При чутливому неврозі спостерігається тяжке відчуття в ділянці серця: пронизуючі болі, стискання серця, іноді болі типу стенокардії. Нерідко відмічається зміна настрою, боязнь (тривога за серце).

При руховому неврозі спостерігається то прискорення, то рідшання серцевої діяльності, нерідко аритмії. Часто симптоми чутливого і рухового неврозів поєднуються.

Лікування. Роз'яснення хворому безпеки захворювання, психотерапія, зміна обстановки, фізіотерапевтичні процедури: ванни з сосновим екстрактом, повітряні ванни, фізичні вправи; медикаментозне лікування спрямоване на заспокоєння нервової системи: броміди, валеріана, люмінал, конвалія, кодеїн та ін.

ГОСТРИЙ РЕВМАТИЗМ. Етіологія і патогенез. Вважають, що гострий ревматизм є алергічним захворюванням, яке виникає при повторному діянні стрептокока на попереду сенсибілізований до нього організм. Нерідко ревматизм виникає через 10—15 днів після перенесення стрептококової інфекції, наприклад, після ангіни. Сприяючим моментом є охолодження тіла. При гострому ревматизмі в уражених тканинах та органах з'являються мікроскопічні вузлики (гранульоми Талалаєва), що являють собою скупчення клітин. Ці гранульоми через 4—6 місяців перетворюються у мікроскопічні рубчики. Гранульоми, як правило, появляються в серці, переважно в міокарді. Дуже часто, хоча й не завжди, при гострому ревматизмі розвивається гостре запалення суглобів (ревматичний поліартрит).

Симптоми і перебіг. Гострий початок з підвищенням температури до 38,5—40°. При ураженні суглобів запалення захоплює по черзі різні суглоби, швидко переходячи з одного на інший. Суглоби припухають, шкіра над ними червоніє і гаряча на дотик. Найменший рух викликає тяжкий біль у суглобах. Хворий потіє, лице його бліде, язик обкладений. У результаті гострого ревматичного міокардиту серце трохи розширяється, перший тон ослаблений, іноді — легкий систолічний шум на верхівці. Пульс частий і малий.

При приєднанні ревматичного ендокардиту систолічний шум посилюється, стає постійним і часто змінюється в своїй інтенсивності і характері. Ураження серця нерідко має місце без ураження суглобів. Особливо це спостерігається в дитячому віці. Поява шуму тертя перикарда вказує на приєднання ревматичного перикардиту. Ревматизм може, хоча й рідше, уразити також інші органи і тканини: плевру, легені, нирки. Ревматичне ураження центральної нервової системи у дітей виявляється у вигляді хореї. Але де б не локалізувався ревматизм, серце уражається завжди, тому воно потребує старанного нагляду.

Лікування. Постільний режим у теплому, добре провітрюваному приміщенні. Молочно-вегетаріанське харчування з достатньою кількістю вітамінів. Якомога більш ранне призначення натрій-саліцилату в достатніх дозах (по 8—12 г на добу). В міру поліпшення явищ у суглобах і зниження температури дозу поступово зменшують. Щоб уникнути нудоти, блювання, які можуть спостерігатися при прийманні натрій-саліцилату, до нього додають рівну дозу соди. Якщо хворий все ж не переносить натрій-саліцилату, його успішно заміняють пірамідоном по 0,3 6—8 разів на день або аспірином по 0,5 5—6 разів на день. Місцево при сильних болях у суглобах застосовують компреси з хлороформної мазі. Компрес слід класти без воскованого паперу, щоб уникнути опіку.

Виписати хворого з лікарні і допустити його до роботи можна не раніше як через 2—3 місяці після початку захворювання з умовою: 1) повного затихання суглобових явищ, 2) стійкої нормальної температури, 3) нормальної РОЕ і 4) відсутності порушень у серці.

Профілактика ревматизму полягає в лікуванні хронічних захворювань глотки і додаткових порожнин носа, в загартовуванні організму.

ТРОМБОЗ ВЕН. ТРОМБОФЛЕБІТ (THROMBOPHLEBITIS). Етіологія і патогенез. Закупорка вени зсідком крові називається тромбозом вени. Це спостерігається при сповільненні течії крові у венах, наприклад, при тяжкій недостатності серця, при кахексії, при варикозному розширенні вен, іноді при вагітності та після родів, а також при запаленні внутрішньої оболонки вен (флебіт). Закупорка вени веде до венозного застою вище місця закупорки, до виникнення набряку і розвитку венозних колатералей.

Симптоми і перебіг. Тромбоз найчастіше спостерігається у венах ноги. Нога стає набряклою, синюшною, виникає відчуття тяжкості та болю в ній. Ходьба утруднена. При запаленні вени (тромбофлебіт) температура підвищена, вена промацується у вигляді щільного болючого шнура. При відриванні кусочка тромбу, він може заноситися течією крові і дати емболію легені. Іноді запалення поширюється на навкружні тканини (перифлебіт) з утворенням абсцесу.

Лікування. Суворий постільний режим на кілька тижнів, а при тромбофлебіті — на кілька місяців. Підвищене положення хворої ноги, яка не туго обгортається товстим шаром вати. Категорично забороняються втирання у хвору ногу, розтирання її і масаж (небезпека емболії легеневої артерії). При гострому тромбофлебіті — 4—5 п'явок нижче пахвинної складки (на нозі) або пахвової ямки (на руці). Всередину білий стрептоцид 5—6 г на день. При болях у нозі можна застосувати вологе укутування її салфеткою, змоченою буровською рідиною.

ХВОРОБИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

СТОМАТИТ (STOMATITIS). Етіологія. Запалення слизової оболонки рота (стоматит) викликається інфекцією. Сприяють стоматитові захворювання зубів, подразнення слизової оболонки рота гострою їжею, хімічними речовинами і алкоголем. Стоматит спостерігається при цинзі (авітаміноз «С») і при лікуванні деяких захворювань ртутними препаратами. Стоматит буває катаральний, виразковий і афтозний.

Симптоми і перебіг. Паління і біль у роті, особливо при жуванні, неприємний запах з рота и слинотеча. Слизова оболонка червоніє, припухає і вкривається слизом. При виразковому стоматиті утворюються виразочки з гнійним вмістом на дні. При афтозному стоматиті видно невеликі білі або жовтуваті бляшки овальної або округлої форми, оточені обідком почервонілої слизової оболонки. Температура буває нормальна, субфебрильна, іноді до 39°; порушується акт мови, утруднюється приймання їжі і ковтання. Іноді припухають регіонарні залози.

Лікування. Усунення причини, що викликала стоматит (наприклад, припинення лікування ртутними препаратами), неподразна дієта, полоскання рота і особливо систематичне зрошення його пеніциліном, розчином марганцевокислого калію (кілька кристаликів у склянку до рожевого забарвлення), 2% розчином борної кислоти, перекисом водню (1 столова ложка на склянку води). При афтозному стоматиті — теплі содові полоскання і припікання афт ляпісом. При лімфаденітах і тяжких загальних явищах — пеніцилін внутрішньом'язово.

ГОСТРИЙ ГЛОСИТ (GLOSSITIS ACUTA). Етіологія. Гостра запальна інфільтрація язика (глосит) виникає у зв'язку з інфекцією. Сприяють хворобі травмі язика (укус, поранення гострим зубом, укол та ін.).

Симптоми. Біль і припухлість язика, утруднення мови і ковтання, слинотеча, підвищена температура, припухання і болючість підщелепних лімфатичних вузлів.

Лікування. Неподразна, негаряча їжа, постільний режим, полоскання рота дезинфекційними розчинами. При утворенні гноякарозріз.

АНГІНИ ІНФЕКЦІЙНІ (ANGINAE INFECTIOSAE). Ангіною називаються гострі захворювання слизової і лімфаденоїдної тканини зіва і глотки. Частіше уражаються піднебінні мигдалики, рідше — третій і четвертий мигдалики.

Етіологія і патогенез. Збудниками ангіни бувають стрептококи, пневмококи, стафілококи, дифтерійна паличка, веретеноподібна паличка в симбіозі із спірохетами. Розвиткові хвороби сприяє ослаблення захисних сил організму: переохолодження, перенесені захворювання та інші несприятливі фактори зовнішнього середовища. Зустрічаються катаральні, виразкові і флегмонозні ангіни. Залежно від поширеності і тяжкості процесу розрізняють: ангіну катаральну (запалення слизової оболонки зіва), лакунарну (запалення, зосереджене в лакунах мигдаликів), фолікулярну (уражаються фолікули мигдаликів) і флегмонозну (гнійне запалення мигдаликів і навкружної клітковини). Особливою формою є виразково-плівчаста ангіна (ангіна Плаут-Венсана). Ангіна може проходити без вираженої загальної реакції організму; іноді вона є джерелом тяжкого загаль-

ного захворювання (ендокардит, поліартрит, нефрит, сепсис та ін.). Нарешті, вона може бути одним з проявів загального інфекційного захворювання (наприклад, скарлатини).

КАТАРАЛЬНА АНГІНА (ANGINA CATARRHALIS). *Симптоми і перебіг.* Біль при ковтанні, сухість у горлі, головний біль, розбитість, болі в усьому тілі і суглобах, позноблювання. Температура підвищена, мигдалики гіперемійовані, збільшені, набряклі. Шийні лімфатичні вузли нерідко збільшені і болючі.

ЛАКУНАРНА АНГІНА (ANGINA LACUNARIS) іноді набирає характеру епідемій. Починається гостро, температура підвищується до 40°. Хворий відмічає біль при ковтанні. Мигдалики припухлі, почервонілі, в щілинах їх (лакунах) видно жовтуваті нальоти (пробки). Наліт утворений ексудатом, злущеним епітеліем, лейкоцитами і мікробами. Нальоти звичайно не переходять за межі мигдаликів і легко знімаються. Шийні лімфатичні вузли збільшуються, гарячковий період триває 3—4 дні, іноді й більше.

ФОЛІКУЛЯРНА АНГІНА (ANGINA FOLLICULARIS). Початок раптовий, озноб, головний біль, загальна слабість, температура до 40°, мигдалики припухлі, почервонілі, на їх поверхні з'являються жовтуватобілі острівці — нагноєння фолікулів мигдаликів. Відмічається припухання і болючість шийних залоз. Тривалість хвороби близько тижня. Закінчення: видужання, перехід у хронічний тонзиліт, ускладнення (запалення середнього вуха, перитонзилярний абсцес, сепсис, ендокардит, поліартрит та ін.).

ФЛЕГМОНОЗНА АНГІНА (ANGINA PHLEGMONOSA) — гнійне запалення мигдаликів і клітковини. Хворий відчуває незручність у ділянці кута нижньої щелепи. Ковтання, жування, розмова стають болючими. Температура висока. Загальна слабість. Розбитість. Щільний інфільтрат швидко поширюється в підщелепний і в підборідковий простір, а іноді й на ділянку шиї. Розкривання рота і мова утруднена. При обширних інфільтратах може спостерігатися ціаноз, задишка.

ВИРАЗКОВО-ПЛІВЧАСТА АНГІНА (ANGINA ULCERO-MEMBRANACEAE). На мигдаликах і м'якому піднебінні появляються жовтуваті, некротичні нальоти, що мають схильність до поширення на слизову рота і глотки. Після зняття нальоту оголюються виразки з нерівними краями. Некротичний розпад викликає поганий запах з рота. Ковтання майже безболісне. Температура нормальна або субфебрильна. Захворювання має затяжний характер.

Лікування. Постільний режим, рідка їжа, пиття у великій кількості. Полоскання зіва настоєм ромашки, шавлії і дезинфекційними засобами: борною кислотою (1 чайна ложка на склянку води), марганцевокислим калієм (1 : 2000), 3% розчином перекису воднюю; парова інгаляція 3—4 години, спиртовий ($^1/_3$ спирту на $^2/_3$ води) або зогрівальний компреси. Всередину призначають сульфаміди: білий стрептоцид до 5 г на добу, сульфідин, норсульфазол по 1,0 через кожні 4—6 годин. Пеніцилін внутрішньом'язово по 50 000—100 000 одиниць через кожні 3 години. При некротичних процесах—новарсенол 0,15—0,3 внутрішньовенно. Іноді внутрішньовенно вводять 7,5% розчин саліцилового натрію до 20 мл. При виразкових процесах мигдалики змазуються йодною настойкою, рот полощуть 2% розчином бертолетової солі.

ГОСТРЕ ЗАПАЛЕННЯ СТРАВОХОДУ (CATARRHUS OESOPHAGI ACUTUS). Етіологія. Дуже холодна або дуже гаряча їжа, попадання у стравохід сторонніх тіл, кислот або лугів. Іноді — як ускладнення гострої інфекції (кір, скарлатина).

Симптоми. Біль при проходженні їжі за ходом стравоходу (за грудиною і між лопатками). Іноді тупі болі і без приймання їжі.

Лікування. Рідка, не холодна і не гаряча їжа. Ковтання підігрітої прованської або соняшникової олії по 1 столовій ложці за 1/4 години до їди. Для заспокоєння болів — розчин кокаїну.

ДИВЕРТИКУЛИ СТРАВОХОДУ. Дивертикулом стравоходу називається обмежене веретеноподібне або мішкоподібне розширення його.

Етіологія і патогенез. При природженій слабості м'язового шару стравоходу випинання стінки його відбувається під впливом тиску їжі (пульсійний дивертикул). В інших випадках розтягнення стінки стравоходу з утворенням дивертикулу є результатом рубцевих процесів навколо стравоходу (тракційний дивертикул).

Симптоми. Утруднення ковтання. Відчуття тиску за грудиною, особливо після їди. Зригування їжею, спожитою напередодні. Поганий запах з рота. Іноді виникає запалення стінки дивертикулу (дивертикуліт). У дуже рідких випадках виникає розрив стінки дивертикулу, що веде до смерті. Точне розпізнавання можливе з допомогою рентгенівського дослідження та езофагоскопії (огляд стравоходу особливим приладом — езофагоскопом).

Лікування — оперативне.

СПАЗМА СТРАВОХОДУ. Етіологія. Судорожне скорочення м'яза стравоходу настає рефлекторно при захворюваннях самого стравоходу (опік, рак) або інших органів (виразка шлунка, гінекологічні захворювання). Важливу роль в етіології спазми стравоходу відіграють порушення у нервовій системі.

Симптоми. Утруднення ковтання непостійного характеру, частіше при проходженні рідкої їжі. Під час спазми відчуття тиску, іноді болю за грудиною і між лопатками. Відрізнити від органічного звуження стравоходу можна в основному з допомогою рентгенівського дослідження.

Лікування. Психотерапія. Фізіотерапевтичні процедури (теплі ванни, теплі укутування, діатермія на підложечкову ділянку). Протиспазматичні засоби: щоденні ін'єкції під шкіру по 0,5 — 1 мл 0,1% атропін-сульфату, папаверин, броміди з валеріаною, 3 рази на день по 1 столовій ложці підігрітої прованської або соняшникової олії за 1/4 години до їди.

ЗВУЖЕННЯ СТРАВОХОДУ (STENOSIS OESOPHAGI). Етіологія. Відрізняють доброякісне звуження на грунті рубцювання виразки (після опіку кислотами та їдкими лугами, рідше при сифілітичній або туберкульозній виразці стравоходу) і злоякісне звуження на грунті рака. Останній є найчастішою причиною звуження.

Іноді звуження стравоходу виникає внаслідок тиску на нього опуху середостіння, перикардіального ексудату, аневризми аорти.

Симптоми. Утруднення ковтання, що наростає з прогресуванням звуження. Спочатку затримується лише тверда їжа, а потім і рідка. Щоб полегшити проходження її, хворий запиває кожний ковток водою. При дальшому збільшенні звуження їжа затримується

вище місця звуження і потім викидається назовні. Викинуті маси, на відміну від блювотних мас при шлунковому блюванні, не роздрібнені, позбавлені кислого запаху та змішані з тягучим слизом. Внаслідок голодування хворий худне, поступово розвивається кахексія. В такому стані настає смерть.

Точна причина звуження встановлюється з допомогою уважного анамнезу (тривалість захворювання, отруєння кислотами й лугами), рентгенівського дослідження та езофагоскопії.

Лікування. Залежить від причини звуження. При наявності стороннього тіла в стравоході — видалення його. При рубцевому звуженні — розширити стравохід з допомогою тривалого зондування його дедалі ширшими зондами. Їжа — рідка і напіврідка, малими кількостями, але високої калорійності (какао, масло, сметана, яйця рідкі). При повній неможливості проковтувати їжу — поживні клізми (склянка нагрітого молока з додаванням 1—2 жовтків, 1—2 ложечок цукру і пучки солі) кілька разів на день. Однак такими клізмами довго підтримувати життя хворого не можна. В крайньому разі — операція гастростомії (накладання фістули на шлунок) з наступним введенням рідкої їжі через гумову трубку, вставлену у фістулу.

РАК СТРАВОХОДУ (CANCER OESOPHAGI). Симптоми. Утруднення ковтання, що поступово посилюється внаслідок прогресуючого звуження стравоходу. Іноді на кілька днів проходження їжі полегшується через розпад опуху. Поступове схуднення і розвиток кахексії. Тривалість хвороби 1—1,5 року, кінець — смертельний. Рентгенівське дослідження встановлює діагноз рака стравоходу вже у ранніх стадіях його.

Лікування. Див. вище *«Звуження стравоходу»*. Через те, що в початкових стадіях утруднення ковтання може частково зумовлюватися супровідною спазмою стравоходу, можна спробувати протиспазматичний засіб (див. *«Спазма стравоходу»*). У ранніх стадіях пробують зробити радикальну операцію. В рідких випадках добрий ефект дає лікування радієм.

ХВОРОБИ ШЛУНКА

ГОСТРИЙ ГАСТРИТ (GASTRITIS ACUTA). Гастритом називається запалення слизової оболонки шлунка.

Етіологія. Приймання занадто великої кількості їжі, дуже грубої, погано подрібненої, занадто гарячої або дуже холодної, а також їжі, в якій надто багато гострих і пряних речовин. В інших випадках — приймання недоброякісної їжі, що містить або продукти гниття та бродіння або патогенні бактерії. Гострий гастрит виникає також при отруєннях кислотами, лугами, солями важких металів. Він може бути також ускладненням гострих інфекційних хвороб, а також хвороб, що проходять з інтоксикацією організму (хронічний нефрит, діабет). Найчастіша причина гострого гастриту — недоброякісна їжа.

Симптоми. Втрата апетиту, поганий смак у роті, слинотеча, відчуття повноти під ложечкою, відригування неприємним запахом, нудота. При бурхливішому перебігу — блювання спожитою їжею з домішкою великої кількості слизу, а надалі жовчі. Різка слабість, запаморочення. Хворий блідий, язик сухий і обкладений. З рота неприємно-кислий запах. Випорожнення затримане. Температура іноді підвищується до 38—39°.

Лікування. Якщо причиною гострого гастриту є недоброякісна їжа, лікування починають з промивання шлунка. Промивання треба зробити якомога раніше, навіть тоді, коли у хворого було блювання. При тяжких опіках кислотами та їдкими лугами промивання протипоказане, бо зонд може прорвати стінку шлунка. Щоб зіпсована їжа не затрималася в кишках, треба перед видаленням зонда влити через нього в шлунок розчин 25—30 г магній-сульфату в 1 склянці води, щоб очистити кишки. Якщо неможливо ввести зонд у шлунок, можна викликати блювання з допомогою апоморфіну (0,5 мл 1% розчину під шкіру).

Потім хворий лягає на ліжко і йому призначають 1—2 голодних дні. Для заспокоєння спраги — пити холодний чай з лимоном або мінеральну воду; якщо це питво викликає блювання, обмежуються прополіскуванням рота мінеральною або простою водою. З поліпшенням стану і появою апетиту — поступовий перехід на звичайну їжу.

Для профілактики гострих гастритів важливе значення має правильний санітарний нагляд за їдальнями, кухнями і продуктовими складами.

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ (GASTRITIS CHRONICA). Етіологія і патогенез. Іноді хронічний гастрит розвивається з нелікованого гострого гастриту. Він також може виникнути як ускладнення різних хронічних захворювань. Найчастіша причина — неправильності харчування, що повторюються протягом тривалого часу: швидка їда, недостатне розжовування їжі, нерегулярне харчування в різний час дня, зловживання занадто гарячою або занадто холодною їжею, гострими стравами, алкогольними напоями.

Зіпсовані зуби або відсутність їх, зловживання курінням є сприяючими факторами. В результаті анатомічних змін у слизовій оболонці і м'язі шлунка порушуються секреторна і рухова функції його, а також знижується тонус його мускулатури.

Симптоми. Погіршання і зіпсуття апетиту, поганий смак у роті, відригування порожні або з запахом їжі, іноді з запахом тухлих яєць, печія, нудота, часом блювання спожитою їжею з домішкою значної кількості слизу, а в рідких випадках і крові. Випорожнення частіше затримане, іноді поноси. Відчуття тиску під ложечкою. В рідких випадках — сильні болі внаслідок спазми шлункової мускулатури. Часто пригнічений настрій, дразливість, головні болі. Язик обкладений, підложечкова ділянка чутлива до тиску. У шлунковому вмісті, добутому після пробного сніданку, багато слизу, кислотність (як загальна, так і вільна соляна кислота) в одних випадках підвищена, в інших знижена, в деяких випадках вільна соляна кислота зовсім відсутня.

Лікування. Усунення викликаючої причини (урегулювання режиму харчування, санація ротової порожнини, лікування основного захворювання і т. д.). Дієтетичний режим: їжа — добре подрібнена, помірно нагріта. Спочатку цілковите виключення гострої і пряної їжі (грибів, консервів, копчень, солоної риби, оцту, перцю, хріну, гірчиці, жареного, жирних сортів м'яса та риби й алкоголю).

На початку лікування призначають слизисті супи, каші з дрібних круп, картопляне і морквяне пюре, вершкове масло, сир, неміцний чай з молоком. Поступово в дієту вводять варене біле м'ясо, розварену рибу, яйця, варені овочі. Їжу приймають малими і частими порціями. Після стихання запальних явищ при зниженні кислотності шлункового соку можна дозволити какао, кофе, м'ясні та овочеві су-

пи, рибні і м'ясні котлети. На початку лікування 15—20 днів підряд промивання шлунка натщесерце теплою водою з содою (2—3 чайних ложки на 1 л води). Потім промивання можна періодично повторювати. Корисно пити мінеральні води: при підвищенні кислотності шлункового соку — смирновську, слов'яновську води, боржомі, при зниженні — єссентуки № 4 і № 17. Воду слід пити в підігрітому вигляді по $^1/_2$—$^1/_4$ склянки вранці натщесерце за півгодини до їди і потім удень за півгодини до обіду. На початку лікування корисні також грілки та зогрівальні компреси на живіт. При різкому зниженні кислотності шлункового соку або при повній відсутності вільної соляної кислоти в ньому—натуральний шлунковий сік або соляну кислоту у краплях або у вигляді мікстури разом з пепсином. При підвищенні кислотності шлункового соку призначають курс підшкірних ін'єкцій 0,5—1 мл 0,1% атропін-сульфату. При зниженні апетиту призначають гіркоти.

Корисним є курортне лікування (Єссентуки, Железноводськ, Боржомі, Миргород).

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ULCUS VENTRICULI ET DUODENI). Етіологія і патогенез. Причиною виникнення виразки є перетравлювання слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки на обмеженій ділянці шлунковим соком. Необхідною умовою для цього перетравлювання є повне припинення або різкий розлад кровообігу на цій ділянці слизової оболонки. Розлад кровообігу залежить від спазми мускулатури підслизової шлунка та її судин, у виникненні якої величезну роль відіграють розлади діяльності кори головного мозку і підкоркових центрів. Виразка звичайно міститься на малій кривизні, найчастіше в пілоричній і навколопілоричній частині шлунка і в дванадцятипалій кишці. Поступово заглиблюючись, виразка може дійти до черевного покриву і викликати його запалення — перигастрит. Іноді при заглибленні виразки відбувається перфорація (прорив) стінки шлунка (перфоративна виразка), в результаті чого може виникнути розлите запалення очеревини. При роз'їданні виразковим процесом кровоносної судини може виникнути велика кровотеча. Рубцювання виразки, що міститься в ділянці пілоруса, може привести до його звуження й утруднення переходу вмісту шлунка в дванадцятипалу кишку. В деяких випадках на місці виразки може розвинутися раковий опух.

Симптоми і перебіг. Болі в підложечковій ділянці, при виразці дванадцятипалої кишки — трохи правіше від середньої лінії тіла. Болі нерідко віддають у спину і грудну клітку. Особливості виразкових болів: 1) періодичність — час загострення, що триває від кількох днів до кількох місяців і змінюється світлими проміжками від кількох місяців до року і більше, 2) сезонність—загострення звичайно в холодну пору року, 3) суворий зв'язок з часом приймання їжі: при виразці, що міститься коло вхідної частини шлунка, болі настають зразу після їди, при виразці малої кривизни — через $^1/_2$—1 годину, при виразці пілоруса — через 2—3 години, при виразці дванадцятипалої кишки — через 5—6 годин після їди, 4) поява їх вночі (нічні болі), 5) поява їх на голодний шлунок і стихання на деякий час після приймання їжі (голодні болі); останні дві ознаки більш характерні для виразки дванадцятипалої кишки. Апетит добрий, але хворі стримуються від їди, боячись болів. На висоті болів нерідко блювання великими кількостями кислого шлункового соку,

після чого болі полегшуються. Є схильність до запорів. Внаслідок стримування від їди і через поганий сон внаслідок нічних болів хворі звичайно худнуть.

При обмацуванні живота—деяке напруження м'язів та болючість у ділянці, яка відповідає локалізації виразки. У випорожненнях нерідко з допомогою хімічної реакції виявляється прихована кров. При сильній кровотечі кал набуває чорного забарвлення від наявності в ньому зміненої крові. У шлунковому вмісті, добутому після пробного сніданку, здебільшого є підвищення загальної кислотності (понад 60) і кількості вільної кислоти (понад 45). При рентгенівському дослідженні нерідко виявляється ніша (обмежене випинання контуру шлунка).

Симптоми ускладнень виразок:

Перфорація виразки. Раптове виникнення надзвичайно різкого болю в ділянці шлунка, внаслідок якого хворий іноді непритомніє. Різке напруження м'язів черевної стінки в ділянці перфорації. Сильна болючість на місці перфорації при пальпації. У ділянці правої реберної дуги замість печінкової глухості — тимпаніт. Пульс спочатку сповільнений, з розвитком перитоніту прискорюється.

Кровотеча з виразки шлунка виявляється найчастіше кривавим блюванням, рідше — чорним калом. Останній звичайно буває при кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки. У хворого виникає слабість, запаморочення, пульс прискорюється. Температура тіла знижується. При незначних, але часто повторюваних кровотечах кров змінюється під впливом шлункового соку і тоді з блюванням виділяється темна рідина (блювання кофейною гущею).

Звуження пілоруса. Здуття верхньої частини живота. Після приймання їжі помітно перистальтичні рухи шлунка. Блювання їжею, спожитою не менше як за 10—12 годин до виникнення блювання, іноді — їжею, яку спожили за 1—2 дні раніше.

Перигастрит. Зникнення суворої залежності болів від часу приймання їжі, болі при зміщенні тіла набік, при ходьбі, при згинанні тулуба назад, при підніманні ваги, при труській їзді. При рентгеноскопії — спотворювання форми шлунка, обмеження його рухомості і сповільнення його спорожнення.

Ракове переродження виразки. Швидко виникле погіршання до того доброго апетиту, безперервність болів, поступове зниження до того підвищеної кислотності шлункового соку, прогресуюче схуднення, прогресуюча анемія.

Лікування. Консервативне і хірургічним методом. Хірургічному лікуванню підлягають ускладнені виразки і насамперед випадки перфорації виразки, при якій операція повинна бути зроблена негайно. Хірургічному лікуванню підлягають також хворі із звуженням пілоруса і з підозрінням на ракове переродження виразки. При виразковій кровотечі лікування має бути консервативним. Операція показана також у тих випадках, коли тривале і повторне консервативне лікування не дало результатів.

Консервативне лікування неускладненої виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. Перші 2—3 тижні перебування в постелі, потім лікування продовжується амбулаторно. Примірна схема дієти: перші 5 днів саме молоко, починаючи з 2 склянок на день рівними порціями кожні $^1/_2$—1 годину і доходячи до 5—6 склянок на день. З 5-го дня, замість 2 чергових порцій молока — молочні манні каші або вершки. З 6-го дня — яйця рідкі, розбиті з свіжим вершковим

маслом, починаючи з одного яйця і 20 г масла і доводячи до 5—6 яець та 100 г масла на день. Починаючи з 3-го тижня — білі сухарі, картопляне пюре, протерті овочі. До звичайної їжі хворий переходить не раніше як через 1,5—2 місяці, але і в цей час йому забороняються гострі пряні страви, жарке та алгокольні напої. Під час перебування на дієті хворий повинен часто полоскати рот, чистити язик, і йому слід давати щодня 0,15—0,3 г аскорбінової кислоти. Одночасно з дієтетичним лікуванням призначають теплові фізіотерапевтичні процедури (крім випадків, коли недавно була кровотеча); грілки, припарки, зогрівальні компреси на живіт, а також діатермія і парафінові аплікації на ділянку шлунка.

З медикаментів застосовують підшкірні впорскування атропін-сульфату протягом 1—1,5 місяця, внутрішньовенні вливання 10% розчину натрій-броміду по 10 мл щодня протягом 15—20 днів; обидва ці медикаменти можна застосовувати одночасно. Всередину дають луги, самі або разом з белладонною. Для захисту поверхні виразки від діяння шлункового соку хворому дають натщесерце 5 г бісмут-карбонату, а коли його немає — сумішку з 4 г бісмут-нітрату і 1 г соди, після чого хворий лежить по 5 хвилин на спині, правому боці, животі і лівому боці. Останнім часом успішно лікують хворих на виразкову хворобу тривалим сном (див. вище *«Лікування гіпертонічної хвороби»*) і тканинною терапією за Філатовим. При сильних болях застосовують також внутрішньовенні вливання $^1/_2$% розчину новокаїну від 3 до 10 мл.

При наявності ознак супровідного гастриту (відригування, печії, блювання їжею) дуже корисні щоденні промивання шлунка вранці натщесерце теплою водою з содою.

Виразкових хворих направляють також на курортне лікування (Железноводськ, Боржомі, Трускавець).

Лікування шлункової кровотечі. Суворий постільний режим. Зразу 1 мл морфіну або пантопону під шкіру. 2—3 дні повного голодування з введенням рідини під шкіру (0,5—1 л фізіологічного розчину або 5% глюкози) або у вигляді крапельних клізм. Внутрішньовенне введення 10 мл 10% розчину кальцій-хлориду або 10% натрій-хлориду протягом 3—4 днів, введення 20—40 мл підігрітої желатини (в ампулах) під шкіру. Починаючи з 3-го дня — обережне харчування невеликими порціями охолодженого молока і замороженого вершкового масла. Деякі клініцисти вже з першого дня кровотечі дозволяють хворому кашу, курячі котлети, варену рибу, яйця (дієта Мейленграхта).

РАК ШЛУНКА (CANCER VENTRICULI). Симптоми і перебіг. Зниження або цілковита втрата апетиту. Тиснення або ниючі болі у підложечковій ділянці. Відригування, печія, блювання. При раку в кардіальній частині шлунка — утруднене ковтання. При ракових захворюваннях у ділянці пілоруса, які викликають його звуження, — блювання давно з'їденою їжею. У зв'язку з повторними дрібними кровотечами з ракового опуху — блювання кофейною гущею. В калі з допомогою хімічної реакції виявляють постійну наявність прихованої кровотечі. У шлунковому вмісті, добутому після пробного сніданку, майже завжди немає вільної соляної кислоти, наявність молочної кислоти у вмісті шлунка, добутому натщесерце, і уже часто видима або прихована кров. При розпаді опуху і всисанні продуктів розпаду — нерідко підвищення температури, лейкоцитоз крові і прискорення РОЕ. Поступово розвивається недокрів'я, настає

схуднення і, нарешті, кахексія. При досягненні раковим опухом достатнього розміру він промацується у вигляді щільного горбастого і болючого при пальпації тіла, розміщеного в підложечковій ділянці. При рентгенівському дослідженні опух виявляється так званим дефектом наповнення (світлою ділянкою з нерівними краями на загальному темному фоні шлунка).

Через те, що успішне лікування можливе лише в початковій стадії, величезне значення має ранне розпізнавання захворювання. Шлункові скарги у літньої людини, у якої до того не хворіз шлунок, безпричинний на перший погляд розвиток недокрів'я, схуднення повинні викликати підозріння на рак шлунка. Таких хворих треба піддати старанному клінічному, лабораторному і рентгенівському дослідженню, іноді в підозрілих випадках вдаються до пробної операції з метою оглянути шлунок.

Лікування. Єдиний ефективний метод лікування — якомога більш рання операція. При неоперативному раку — лікування симптоматичне. Часті приймання невеликими порціями подрібненої неподразної їжі. З медикаментів — соляна кислота з пепсином, для поліпшення апетиту — гіркоти. При сильних болях і тяжких блюваннях— морфін або пантопон під шкіру. При звуженні пілоруса у випадку неоперативності рака — промивання шлунка.

АХІЛІЯ ШЛУНКА (ACHYLIA). Ахілією називається порушення секреторної функції шлунка, при якому його залози не виділяють шлункового соку.

Етіологія. Відрізняють ахілію як самостійне захворювання і ахілію, що є симптомом якогось захворювання шлунка (гастрит, рак) або іншого органу (хронічний холецистит). В одних випадках ахілія є результатом атрофії слизової оболонки шлунка (органічна ахілія), в інших — слизова лишається нормальною, а ахілія зумовлюється розладом іннервації секреторного апарата шлунка (функціональна ахілія). Ахілія є постійним симптомом при бірмерівській анемії і майже завжди зустрічається при інших тяжких недокрів'ях, а також при аліментарній дистрофії і при діабеті.

Симптоми. Часто ахілія не дає ніяких клінічних виявів. В інших випадках — скарги на відчуття повноти і тяжкості під ложечкою після їди, відригування, нудота, зрідка блювання. Часто — проноси внаслідок подразнення слизової оболонки тонких кишок недосить роздрібненою в шлунку їжею. У шлунковому вмісті, добутому після пробного сніданку, немає вільної соляної кислоти і загальна кислотність не вище 10.

Лікування. Дієта, що зводиться до частих приймань малих порцій їжі. Їжа має бути добре подрібнена. Слід уникати жирів, жирного м'яса та їжі, що не прожовується і не подрібнюється (тверді сорти ковбаси, огірки, капуста, свіжий хліб, борошняні страви та ін.) З медикаментів призначають натуральний шлунковий сік або соляну кислоту з пепсином, які приймаються столовими ложками під час їди. Якщо ахілія є симптомом якогось захворювання, — лікування основного страждання.

АТОНІЯ ШЛУНКА (ATONIA VENTRICULI). Етіологія. Зниження (або цілковита втрата) тонусу шлункової мускулатури може бути природною і набутою. В останньому випадку вона може бути наслідком постійного переповнення шлунка, хронічного гастриту, тяжкого недокрів'я або виснаження, а також порушення трофічної іннервації шлунка.

Симптоми. Відчуття повноти і розпирання під ложечкою після приймання навіть невеликої кількості їжі. Швидке насичення, відригування повітрям, печія. При огляді — здуття ділянки шлунка, зниження його нижньої границі (в нормі вона на 2—3 см вище пупка по середній лінії тіла), легкість викликання шуму плескоту при постукуванні кінчиками пільців по животі в ділянці шлунка. При рентгенівському дослідженні—великих розмірів газовий міхур, швидка розправлюваність шлунка, заповнення його контрастною масою знизу вгору.

Лікування. Загальні зміцнювальні засоби: заняття гімнастикою, прохолодні обтирання тіла. Часті і малі приймання їжі, обмежене приймання рідин. Лікувальна гімнастика, спрямована на зміцнення м'язів черевного преса, масаж живота. З медикаментів — підшкірні ін'єкції 0,1% розчину стрихніну по 1 мл на день.

ОПУЩЕННЯ ШЛУНКА (GASTROPTOSIS). Етіологія. Часто — як вияв загального опущення нутрощів у осіб з астенічною конституцією. Іноді — як результат розслаблення м'язів черевного преса, зниження внутрішньочеревного тиску (після випускання великого асциту, який довго тримався, після сильного схуднення).

Симптоми. Відчування повноти і тиску під ложечкою. Болі при швидкій ходьбі, труській їзді, підніманні ваги. Болі швидко заспокоюються в лежачому положенні хворого. При огляді—западання живота у підложечковій ділянці і випинання його нижче пупка, тупий звук при перкусії в підложечковій ділянці. Опущення нижньої границі шлунка. Часто помітно пульсацію черевної аорти нижче мечовидного відростка.

Лікування. Носіння начеревника (який має бути виготовлений точно по мірці) протягом дня. На ніч начеревник скидається. Якщо немає начеревника, рекомендується бинтувати живіт широким рушником знизу вгору обов'язково в лежачому положенні. З метою скупчення жиру в черевній порожнині і підвищення внутрішньочеревного тиску — посилене харчування. Масаж живота. З медикаментів—підшкірні ін'єкції 0,1% розчину стрихніну та 1% розчину натрій-арсеніту по 0,5—1 мл на день. Корисним є перебування на морському березі.

ГОСТРЕ РОЗШИРЕННЯ ШЛУНКА (DILATATIO VENTRICULI ACUTA). Етіологія. Розтягнення шлунка надмірною кількістю грубої їжі, великі операції черевної порожнини. При цьому може виникнути параліч шлункової мускулатури і розтягнення шлунка.

Симптоми. Тяжкість і сильне розпирання в підложечковій ділянці, повторне блювання, спрага. Сильне здуття живота. При перкусії в ділянці шлунка — тимпаніт і шум плескоту. В результаті повторного блювання — виснаження, сухість шкіри й язика, загострення рис лиця, частий і малий пульс, падіння температури.

Лікування. Голодування. Повторне (2—3 рази на день) промивання шлунка. При великих блюваннях — 2—3 рази на день вводити під шкіру або у вигляді крапельних клізм 500 мл фізіологічного розчину або 5% глюкози. З медикаментів — підшкірні ін'єкції стрихніну, препарати задньої частки гіпофіза (пітуїтрин Р).

ПІДВИЩЕНА КИСЛОТНІСТЬ (HYPERACIDITAS). Етіологія. Гіперацидитас — підвищення кислотності шлункового соку — дуже часто є одночасно з гіперсекрецією — підвищенням виділення шлункового соку. Зустрічається як самостійне порушення секреторної функції шлунка при розладі її нервової регуляції і як симптом при

деяких захворюваннях шлунка і дванадцятипалої кишки (виразка, гастрит, дуоденіт) та інших органів (холецистит, апендицит і т. д.). Сприяючими моментами є зловживання гострими стравами, алкогольними напоями, надмірне куріння.

Симптоми. Часто не дає ніяких симптомів. В інших випадках — болі під ложечкою, печія, іноді блювання кислою рідиною. При викачуванні шлункового вмісту натщесерце — велика кількість шлункового соку, в якому є вільна соляна кислота. У шлунковому вмісті, добутому після пробного сніданку, — підвищення загальної кислотності і кількості вільної соляної кислоти. При тривалому і стійкому підвищенні кислотності шлункового соку слід запідозрити приховану виразку шлунка або дванадцятипалої кишки. В цих випадках необхідні повторні дослідження калу на приховану кров і ренгенівське дослідження шлунка.

Лікування. Заборона гострих і пряних страв (оцту, перцю, хріну, гірчиці, маринадів, томатів, соусів, жаркого і т. д.), прохолодних і алкогольних напоїв, куріння. Часті і малі приймання їжі. Пиття мінеральних вод (слов'яновської, смирновської, боржомі) у теплому вигляді по $^1/_2$—$^3/_4$ склянки за півгодини до їди 2 рази на день. З медикаментів — підшкірні ін'єкції атропіну і приймання лугів.

НЕВРОЗИ ШЛУНКА (NEUROSIS VENTRICULI). Так називаються різні диспептичні розлади (нервове відригування, нервова печія, нервове блювання), не зв'язані ні з якими анатомічними змінами в шлунку, а також ні з якими захворюваннями в інших органах, і зумовлені порушеннями нормальних взаємовідносин між корою великих півкуль мозку і подкорковими центрами.

Етіологія. Психічна травма, тяжкі переживання, статеві розлади, розлади ендокринної системи, загальна невропатична конституція

Симптоми. Голосне відригування, зв'язане із звичкою проковтувати повітря (аерофагія), блювання, тяжка печія. Крім того, загальні скарги; слабість, стомлюваність, поганий сон. Невідповідність загального стану хворого його численним скаргам.

Слід твердо додержувати правила — перш ніж поставити діагноз неврозу шлунка, провести старанне всебічне обслідування хворого, щоб не проминути якого-небудь серйозного захворювання шлунка (виразка, рак).

Лікування. Загальне зміцнювання нервової системи, лікування фізичними методами, якщо можливо — в санаторній обстановці, перебування на морському березі, в домашніх умовах — прохолодні обтирання тіла, купання в річці, заняття гімнастикою. Дієта неподразна, однак не дуже сувора, керуючись смаком хворого. З медикаментів — броміди, валеріана, препарати белладонни.

ХВОРОБИ КИШОК

ГОСТРИЙ ЕНТЕРИТ (ENTERITIS ACUTA). Етіологія. Гостре запалення слизової оболонки тонких кишок нерідко поєднується з гострим гастритом (гастроентерит), колітом (ентероколіт) і навіть одночасно з гастритом і колітом (гастроентероколіт). Причиною є інфекція, інтоксикація або недоброякісна їжа.

Симптоми і перебіг. Пронос. Випорожнення у великій кількості, рідкі або кашкоподібні, до 10 разів на добу. У випорожненнях знаходять слиз, багато частинок неперетравленої їжі (м'язові

волокна, краплі жиру, крохмальні зерна). Відмічається біль у животі, бурчання, здуття. В ділянці сліпої кишки виявляється шум плескоту. Язик обкладений. Різка слабість. При інфекційних колітах — температура підвищена, явища інтоксикації: головний біль, відсутність апетиту, потьмарення свідомості, іноді судороги (обезводнювання організму). Тривалість — кілька днів. Іноді перехід у хронічний ентерит.

Лікування. Постільний режим, грілка на живіт, очисні засоби (2 столових ложки рицинового масла або 2 столових ложки натрій-сульфату на склянку води). Дієта: голод 1—2 дні, введення під шкіру 5% розчину глюкози 250—500 мл (під час голодних днів), потім дають чай, слизисті супи, сухарі; надалі — протерті овочі, пізніше — січене м'ясо і відварна риба. Їжу дають невеликими порціями 4—5 разів на день. Надовго виключається молоко, грубі сорти овочів і фруктів, жирні, гострі і солоні страви. З ліків призначають дисульфан по 0,5 6 разів на день протягом 4—5 днів. При обезводнюванні — фізіологічний розчин під шкіру 400 мл 2 рази на день. При частому, слабкому пульсі — 20% розчин камфори 2 мл, 10% розчин кофеїну 1 мл 3—4 рази на день, 0,1% розчин стрихніну по 1—2 мл 2 рази на день. Для поліпшення травлення застосовується розчин соляної кислоти (4,0 на 200 мл) з пепсином (4,0 на 200 мл) по столовій ложці під час їди, панкреатин 0,5 3 рази на день після їди.

ГОСТРИЙ КОЛІТ (COLITIS ACUTA). Етіологія і патогенез. Причиною може бути інфекція, інтоксикація, кишковий стаз, неправильне харчування. Розвиток коліту сприяють порушення секреції травних залоз, присутність у кишечнику подразних речовин, зміна флори кишечника.

Симптоми і перебіг. Понос, випорожнення часті, рідкі, містять багато слизу, іноді домішку гною і крові; запах випорожнень гнильний. Часто виникають несправжні болючі позиви (тенезми) з виділенням слизу. Болі в черевній порожнині мають приступоподібний характер, особливо перед позивом. При пальпації живота — болючість за ходом товстих кишок, спастично скорочена і болюча сигмовидна кишка. Іноді спостерігається нудота, блювання, нерідко — загальна слабість, втрата апетиту, головний біль. При інфекційних колітах температура підвищена. Перебіг частіше нетривалий; спостерігається перехід у хронічний коліт і ускладнення у формі періколіту (спайки).

Лікування. Постільний режим, проносні (рицинове масло, солі), сульфамідні препарати (дисульфан по 1,0 4 рази на день); сульфамідні препарати запиваються великою кількістю лужної рідини ($^1/_2$ склянки боржомі або содового розчину з $^1/_2$ чайної ложки соди на $^1/_2$ склянки води). Під час приймання сульфамідів не давати сольових проносних. На живіт — грілка. Дієта — 1—2 дні голод, потім чай з лимоном або червоним вином, слизисті супи. В перші ж дні добре призначити яблучну дієту (при гнильній диспепсії) — 1 кг яблук на день без серцевини і шкірочки, потім сухарі, бульйони, кисіль, протерті каші; пізніше — протерті овочі, січене м'ясо (фрикаделі, парові котлети). Всередину призначають болезаспокійливі і антиспастичні засоби: екстракт белладонни, папаверин, атропін; дезинфікуючі: салол або бензонафтол по 0,5 3 рази на день; в'яжучі: бісмут, танальбін по 0,5 3 рази на день.

ХРОНІЧНИЙ ЕНТЕРИТ (ENTERITIS CHRONICA). Етіологія.

Хвороба виникає у зв'язку з нераціональним харчуванням, хронічною інтоксикацією, туберкульозом кишок, порушенням діяльності шлунка або підшлункової залози, іноді на грунті лямбліозу (лямблії містяться звичайно у верхній частині кишечника).

Симптоми і перебіг. Хворих непокоять тяжкість у животі, нерізкі болі, бурчання. Живіт здутий і трохи болючий при пальпації. Основна ознака — понос. Випорожнення буває 3—4 рази на добу, кал водянистий, пінистий (бродильна диспепсія), нерідко із слизом; іноді випорожнення у великій кількості, кашкоподібні, з домішкою погано перетравленої їжі (головним чином при недостатності підшлунковой залози). В кишечнику утворюється багато газів (метеоризм).

Лікування. Основне — регуляція дієти. Перші 2 дні напівголодний режим (чай, чорний кофе, сухарі). Пізніше розширяють дієту (чай, бульйон, слизисті супи, сир, вершкове масло, яйця); на 2-му тижні — протерті каші, нежирне відварне м'ясо. Рекомендується їсти невеликими порціями 4—5 разів на день. Всередину призначається хлористий кальцій 10% розчин по 1 столовій ложці 4—5 разів на день. На тривалий час забороняються грубі фрукти, овочі і молоко.

ХРОНІЧНИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ (ENTEROCOLITIS CHRONICA). Етіологія і патогенез. Велику роль відіграють захворювання шлунка, печінки і підшлункової залози; нерідко в основі хвороби — гострий коліт, що не закінчився.

Симптоми і перебіг. Болі перед випорожненням або після нього, відригування, тяжкість у підложечковій ділянці. Температура частіше нормальна. При пальпації — розлита болючість по всьому животі. Випорожнення часті, із слизом і великою кількістю погано перетравленої їжі. Реакція калу частіше лужна, запах гнильний (гнильна диспепсія). Захворювання тривале, потребує тривалого лікування. З метою профілактики необхідне вперте і старанне лікування гострого ентероколіту.

Лікування. Протягом перших 2 днів напівголодний режим і проносне. Замість голодних днів можна призначити яблучні дні (1 кг яблук на день у вигляді пюре). Протягом першого тижня призначають кофе, слизисті супи, рисову кашу, білі сухарі. На другому тижні дієту розширяють; кефір, сир, протерті каші, черствий білий хліб; пізніше — рідкі яйця, протерте м'ясо.

Медикаментозне лікування: 0,1% розчин атропіну по 6—7 крапель 2—3 рази на день при болях; 10% розчин хлористого кальцію по 3—4 столових ложки на день. Настій ромашки з 1 чайної ложки на чайник кип'ятку по кілька столових ложок на день або карболен по 0,5 (при метеоризмі).

Курортне лікування в Железноводську, Трускавці.

ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ (COLITIS CHRONICA). Часто хронічний коліт розвивається після перенесеного гострого. Велику роль відіграє перенесена дизентерія, мають також значення тривалі запори (розклад їжі під впливом бактерій), порушення шлункової секреції, застій крові у ворітній вені, зловживання клізмами, проносними і деякими медикаментами, ниркова недостатність (виділення шлунковою стінкою азотистих шлаків).

Симптоми і перебіг. Хворих найчастіше непокоять переймисті болі в животі, здуття його, поганий смак у роті. Випорожнення нестійке. Звичайно — запори, що змінюються нерідко поносами

(загострення). Часто при загостренні підвищується температура. При ураженні нижнього відрізка кишечника (сигмовидна і пряма кишки) — часті і несправжні позиви наниз (тенезми). Випорожнення кашкоподібні або рідкі, з домішкою слизу, іноді крові, частіше мають тухлий запах (переважання процесів гниття). При дослідженні хворого — обкладений язик, здутий живіт, при пальпації болючість за ходом товстої кишки, розтягнення низхідної і сигмоподібної кишок. Загальний стан порушується: поганий апетит, головні болі, слабість, поганий настрій, нерідко схуднення. Перебіг тривалий, хронічний. Загострення часто настають при порушеннях дієти.

Лікування. Усунення причини, що викликає коліт, якщо цю причину виявлено. *В період запорів* призначається прованська олія або парафінове масло по 1 столовій ложці за $^1/_2$ години до їди 2 рази на день; при спастичних запорах — мікроклізма з 30% розчину сірчанокислої магнезії в кількості 100 мл, всередину 0,1% розчин атропіну по 6—7 крапель.

В період загострення (проноси) — 1—2 голодних дні, потім слизисті супи, бульйони з протертих овочів, желе з фруктів і цукру. Виключається молоко, жирні сорти м'яса, грубі сирі овочі. Після припинення проносів додають сухарі, протерте біле м'ясо. Дають препарати кальцію (див. «*Хронічний ентероколіт*»), сульфаміди; призначають гарячі масляні клізми з $1^1/_2$—2 склянок соняшникової олії (температура 40°), при метеоризмі — клізми з 1 склянки неміцного настою ромашки (температура 35—40°) Тепло на живіт.

ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ (COLITIS ULCEROSA) — хронічний коліт з утворенням виразок у нижньому відрізку кишечника.

Симптоми. Випорожнення кашкоподібні або рідкі з домішкою слизу і крові. Температура часто субфебрильна. Причиною виразкового коліту звичайно буває дизентерія. Для уточнення захворювання необхідні огляди прямої і сигмоподібної кишок з допомогою ректороманоскопа і бактеріологічне дослідження калових мас.

Лікування. Дієта (див. «*Хронічний ентероколіт*»). Призначають сиру печінку — 150—200 г на день. Переливання крові по 100—200 мл через 4—5 днів. При підозрінні на бактеріальну дизентерію — старанне лікування сульфамідами, а при підозрінні на амебну — еметин.

ПЕРЕТИНЧАСТИЙ КОЛІТ (COLITIS MEMBRANACEA). Етіологія і патогенез недосить з'ясовані. Безперечним є зв'язок з розладом функції нервової системи і алергічним станом організму.

Симптоми і перебіг. Запори спастичного характеру з виділенням випорожнень у вигляді «овечого калу». Бувають приступоподібні загострення: здуття і болі в животі, бурчання, виділення слизу білого кольору у формі стрічки або трубки. Кишечник спастично скорочений, болючий при пальпації. Причини появи приступів різноманітні, вони бувають після їди (через 5—8 годин) і погрішностей у дієті, після нервового збудження.

Лікування. Якщо встановлено причину хвороби, — усунення останньої. Під час приступу — тепло на живіт, спокій, підшкірно 0,1% розчин атропіну по 0,5—1 мл, всередину папаверин 0,02 2—3 рази на день. Поза приступом призначають хлористий кальцій, курс лікування атропіном або екстрактом белладонни. При підвищеній збудливості нервової системи дають седативні засоби (валеріана, броміди).

ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ (APPENDICITIS ACUTA). Симптоми. Гостре запалення червоподібного відростка сліпої кишки починається сильними болями в правій здухвинній ділянці, які можуть поширитися на весь живіт і віддавати в спину, праву ногу. Разом з болями виникає озноб і підвищується температура до 38—39° і більше. Пульс прискорюється, язик обкладений, іноді сухий, нерідко блювання, випорожнення затримане. При обмацуванні живота — болючість і напруження м'язів у правій здухвинній ділянці. У крові — лейкоцитоз.

Лікування — оперативне. Найкращі результати досягаються, коли операцію зроблено в перші 24 години. При підозрінні на гнійний або гангренозний апендицит потрібна негайна операція.

Якщо операції не роблять (відмовлення хворого, пізній діагноз), то проводять консервативне лікування. Суворий постільний режим до припинення всіх гострих явищ. Перші 3 дні нерухоме лежання на спині, на живіт — пузир з льодом, всередину — по 5 крапель настойки опію 2—3 рази на день. Перші 2 дні — голодна дієта, з 3-го дня — чай, кофе, неміцний бульйон, кисіль, рідка каша. Потім дієта поступово розширюється, але протягом кількох тижнів слід уникати грубих овочів, сирих фруктів, жирних страв і т. д. При нудоті та блюванні можна давати ковтати кусочки льоду. Всередину призначають дезинфекційні засоби — салол, бензонафтол. Із зменшенням гострих явищ — зогрівальні компреси на живіт. Хворий повинен лишатися на обережній дієті і діставати компреси та грілки на живіт протягом 4—6 тижнів. Після цього хворому рекомендують операцію.

При всякому підозрінні на гострий апендицит проносні і клізми суворо протипоказані, щоб уникнути перфорації червоподібного відростка і розвитку загального гнійного перитоніту.

ХРОНІЧНИЙ АПЕНДИЦИТ (APPENDICITIS CHRONICA). Розвивається звичайно після перенесеного гострого апендициту.

Симптоми. Скарги на болі невизначеного характеру у правій здухвинній ділянці, звичайно пов'язані з фізичними напруженнями, іноді з недодержаністю в харчуванні. При пальпації — болючість у ділянці сліпої кишки, нерідко ці болі віддають у підложечкову ділянку.

Лікування. Показане оперативне лікування, особливо якщо болі мають стійкий характер і при схильності до частих загострень. До операції хворий повинен уникати грубої важкої їжі, дбати про правильне випорожнення. Крім дієти, необхідно провести курс теплового лікування протягом 2—4 тижнів (грілки, зогрівальні компреси на ніч, діатермія, грязелікування). Можна призначати всередину салол, бензонафтол, белладонну.

ТУБЕРКУЛЬОЗ КИШОК (TUBERCULOSIS INTESTINI). Етіологія і патогенез. Хвороба викликається туберкульозною паличкою звичайно у хворих на туберкульоз легень. Інфекція попадає в кишечник або при заковтуванні харкотиння, або через кров. Туберкульоз кишок — виразкове ураження кишкової стінки — є тяжким ускладненням легеневого туберкульозу.

Симптоми і перебіг. Поноси чергуються з запорами. Періоди загострень (поноси) тривалі, вперті. Мають місце болі в животі, бурчання, головним чином у правій здухвинній ділянці, здуття живота. При пальпації живота сліпа кишка болюча, щільна, нерідко горбаста. У випорожненнях — кров, гній, іноді туберкульозні палички. Симптоми загальної інтоксикації: слабість, блідість, поганий апетит,

недокрів'я, схуднення, підвищення температури. Ускладненням може бути звуження кишки (рубцювання виразки) і перехід процесу за межі кишкової стінки (періколіт), іноді з утворенням абсцесу.

Лікування основного захворювання (загальнозміцнювальне, кліматичне), призначення стрептоміцину; при болях і поносі — невеликі дози опію і зв'язуючі (танальбін і бісмут), при непрохідності кишечника — хірургічне втручання.

РАК КИШОК (CANCER INTESTINI). Симптоми. На початку захворювання невиразні симптоми — втрата апетиту, слабість, схуднення, недокрів'я. При раку товстої кишки — більш-менш стійкі запори, при значному рості опуху — симптоми звуження кишки (запори, здуття окремих відрізків кишки, болі та бурчання), може також виникнути непрохідність кишок. Опухи початкової частини товстих кишок, особливо розпадні, можуть дати стійкі поноси.

При раку прямої кишки виникають стійкі розлади акту дефекації — утруднення дефекації, виділення слизу, крові, гною, часто стійкі болісні тенезми. У всіх випадках стійких запорів і порушення акту дефекації необхідно пальцеве дослідження прямої кишки.

При раку кишок пальпація живота може виявити щільний горбастий опух. Постійно позитивна реакція на приховану кров у калі підтверджує діагноз рака кишок. Для точного діагнозу потрібні також рентгенівське дослідження шлунково-кишкового тракту і ректороманоскопія.

Лікування — оперативне. У неоперативних випадках лікування симптоматичне: болезаспокійливі засоби (морфін, пантопон), регулювання випорожнення, досить поживна дієта.

ЗВИЧНИЙ ЗАПОР (OBSTIPATIO). Етіологія і патогенез. В основі запорів лежить порушення рухової функції кишечника. Причини різноманітні: органічні зміни кишечника (рубці, опухи) і функціональні розлади його (атонія кишок або спастичне скорочення колової мускулатури). Особливе місце займає так званий звичний запор. В його основі лежить систематичне пригнічення рефлексу на дефекацію або тривале застосування проносних. Це приводить до зниження подразливості стінки прямої кишки і до порушення діяльності нервовом'язового механізму акту дефекації.

Симптоми і перебіг. Випорожнення нечасті — через 2—3 дні, іноді й рідше. Калові маси щільні, темного кольору, іноді у формі горішків (овечий кал). Часом випорожнення буває щодня, але калових мас виділяється дуже мало і повного спорожнення кишечника не відбувається. Спостерігаються болі в животі при кишкових спазмах і при здутті кишечника газами. Відходження газів заспокоює болі. Тривале перебування калових мас у кишечнику приводить до посилення процесів гниття, до подразнення слизової і розвитку хронічного запального процесу. Інтоксикація гнильними продуктами викликає слабість, головні болі, поганий апетит, відригування, нудоту, недокрів'я. Перебіг захворювання тривалий.

Лікування. Тренування кишечника шляхом вироблення умовного рефлексу до акту дефекації (відвідування вбиральні в певні години). При атонічних запорах їжа повинна містити досить клітковини (житній хліб, овочі, фрукти, коренеплоди та ін.). Рекомендується їсти кисле молоко, гречану кашу; натщесерце пити холодну воду. Особам, які ведуть сидячий спосіб життя, рекомендуються прогулянки і фізичні вправи.

Натщесерце призначається в холодному вигляді баталінська

вода, локричний порошок, мікроклізми з 30% розчину сірчанокислої магнезії (100 мл). Всередину парафін або вазелінове масло по столовій ложці 2—3 рази на день. При спастичних запорах дієта повинна містити достатню кількість масла і призначається в кашкоподібній формі. В цих випадках корисне призначення 0,1% розчину атропіну по 6—7 крапель 3 рази на день і теплих масляних клізм з 1—2 склянок прованської або соняшникової олії. Для усунення спазми рекомендуються теплі сидячі ванни (39—40°), на живіт грілка; при атонічних запорах призначають гальванізацію живота, шотландський душ.

ГЛИСТИ (HELMINTHIASIS). Симптоми. Диспептичні явища: нудота, слинотеча, неприємні відчуття в підложечковій ділянці, болі в животі і т. д. Іноді відзначаються нервові явища, анемія.

Розпізнавання глистяної хвороби грунтується на виявленні глистів або їх яєць у випорожненнях.

Лікування залежить від виду паразита.

Аскариди. У період зганяння аскарид хворий повинен приймати легку їжу, жири слід виключити. В перший день лікування хворий дістає ввечері проносне (столова ложка англійської солі на склянку теплої води), на 2-й і 3-й день він одержує натщесерце 3 порошки сантоніну по 0,05—0,1 через годинні проміжки, а через годину після останнього порошку — 25 г англійської солі. В рідких випадках сантонін може дати отруєння (блювання, судороги, розширення зіниць, непритомність): у цих випадках приймання сантоніну припиняють, призначають проносне, клізму та ін'єкції камфори й кофеїну. Якщо після зганяння аскарид у калі знову виявляються їх яйця, то повторне лікування сантоніном проводиться не раніше, як через 6 тижнів.

Стьожкові глисти. У перший день хворому дають їсти супи, каші, трохи хліба, оселедець з цибулею та часником, а ввечері — проносне (25 г англійської солі). На 2-й день хворий лишається лежати в постелі, після чашки чорного кофе дістає 6 г екстракту чоловічої папороті (Extr. Filicis maris), по 1 г в капсулах через кожні 5 хвилин. Щоб запобігти нудоті, на живіт кладуть грілку. Через 2 години після останньої капсули дають 25 г англійської солі. Випорожнятися хворий повинен над парою гарячої води для того, щоб членики не відірвались. Через годину після проносного ставлять клізму з 1 л води і столової ложки оцту.

Краще вводити екстракт папороті через дуоденальний зонд, при цьому можна обмежитися дозою в 3—4 г. Після проходження зонда в дванадцятипалу кишку вводять екстракт, розведений у столовій ложці чорного кофе або теплої води. Щоб екстракт не застигав, зонд обгортають рушником, змоченим у гарячій воді. Після введення екстракту через зонд, не виймаючи його, вводять 300 мл 10% розчину англійської солі. У випадку появи ознак отруєння (блювання, запаморочення, непритомність) слід ввести проносне, зробити повторні клізми, промивання шлунка, ін'єкції камфори та кофеїну. Після того як проносне подіяло, випорожнення промивають на ситі, щоб довідатися, чи вийшов глист та його головка. Якщо головка не вийшла, то лікування після повторного дослідження калу повторюється не раніше як через 6 тижнів.

Іноді може бути ефект від приймання 100 г очищеного розтовченого гарбузового насіння, через 2 години після цього дають сольове проносне.

Щоб уберегтися від зараження стьожковими глистами, треба м'ясо й рибу старанно оглядати, не слід їсти сире м'ясо і недосить проварену рибу.

Гострики. Гострики часто викликають сильне свербіння в ділянці заднього проходу. Розпізнавання грунтується на знаходженні яєць у зскрібках, зроблених дерев'яним шпателем із складок, які оточують задньопрохідний отвір.

Лікування. Протягом 4 тижнів хворий дістає вранці легке проносне (1—2 чайних ложки карлсбадської солі), а ввечері — клізму. 3 рази на тиждень із звичайної холодної води, а 3 рази на тиждень з часникової води (подрібнену головку часнику, загорнуту в марлю, настоюють у 500 мл гарячої води, настій фільтрують через вату і додають 2 чайних ложки оцту). Щоб усунути свербіння, задньопрохідний отвір обмивають теплою водою і змазують сірою ртутною маззю. На ніч хворий одягає трусики.

Поряд з цим застосовується сантонін: у перший день на ніч дають сольове проносне, на другий і третій день — сантонін по 0,1 3 рази за 1,5 години до їди і на ніч проносне, потім 4 дні перерва, під час якої на ніч ставлять клізми. Після перерви хворий дістає протягом 5 днів сірку по 1 г 3 рази на день під час їди, а на ніч— клізми з 5 склянок води і 2 чайних ложки соди. Через 5 днів приймання сірки можна повторити.

Для зганяння гостриків застосовується також екстракт чоловічої папороті: доза для дорослих 2,0—2,5; бісмут: денна доза для дорослого — 40 г на 2 прийоми, а також тимол: 0,5 × 3 (дорослим).

Профілактика. При гостриках відбувається самозараження через перенесення яєць глиста в рот. Треба старанно мити руки перед їдою і низько зрізувати нігті.

Волосоголовець. Для лікування застосовують високі клізми з додаванням бензину (1 чайна ложка бензину на 1 л води) або осарсол 0,25 × 4 4 дні підряд; в кінці курсу лікування — сольове проносне.

Лямбліоз. Лямблії, проникаючи в жовчні шляхи, можуть викликати запалення жовчного міхура, а розмножуючись у тонких кишках (особливо при шлунковій ахілії) викликають стійкі поноси. Розпізнавання грунтується на результатах дослідження дуоденального вмісту.

Лікування. Найбільш дійовим засобом є акрихін. Він призначається всередину по 0,1 3 рази на день протягом 5 днів. При неповному вилікуванні курс лікування акрихіном повторюють через 2 тижні.

ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ І ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

ГОСТРИЙ ПАРЕНХІМАТОЗНИЙ ГЕПАТИТ (HEPATITIS PARENCHIMATOSA ACUTA). Етіологія і патогенез. Іноді вплив на паренхіму печінки токсинів, які попадають по ворітній вені із шлунково-кишкового тракту, вплив на печінку токсинів, які циркулюють у крові при загальних інфекціях. Найчастіше зустрічається інфекційна жовтяниця — хвороба Боткіна, збудником якої є фільтрабільний вірус. Рідше спостерігається інфекційна жовтяниця, спричинювана спірохетами (лептоспірами), так звана хвороба Васильєва-Вайля, яка має своєрідну клінічну картину. Іноді гостре пошкоджен-

ня паренхіми печінки викликається токсичним впливом препаратів сальварсану, отрутними грибами, екстрактом чоловічої папороті.

Під впливом усіх цих моментів пошкоджуються клітини печінкової паренхіми, порушуються різноманітні функції печінки і насамперед — жовчовидільна, що й викликає жовтяницю.

Симптоми і перебіг. Хвороба починається з диспептичних явищ: зниження апетиту, поганий смак у роті, відригування, нудота, тиснення під ложечкою. Хворий відчуває слабість, іноді головні болі. Рідше хвороба починається з симптомів, які нагадують грип: кашель, біль у кінцівках, підвищення температури тіла. Через 4—5 днів хворий помічає темне забарвлення сечі, а потім розвивається жовтяниця. Спочатку жовтяничне забарвлення відмічається на склерах, а потім забарвлюється шкіра і видимі слизові оболонки. Жовтяниця посилюється протягом 1 — 2 тижнів, а потім тримається від 3 тижнів до 2 місяців. Сеча — пивного кольору, кал або злегка забарвлений, або зовсім знебарвлений (внаслідок того, що жовч недосить надходить або зовсім перестає надходити в кишки). Хворий скаржиться на відчуття тиску або ниючі болі у правому підребер'ї, іноді на свербіння шкіри; пульс часто сповільнений. Печінка збільшена, чутлива до тиску, нерідко — помірне збільшення селезінки. Температура нормальна або субфебрильна. Поступово шкіра блідне, сеча світлішає, кал набуває нормального забарвлення, самопочуття поліпшується, і хворий видужує. В рідких випадках хвороба набуває дуже тяжкого перебігу і закінчується гострою дистрофією печінки (див. далі).

Лікування. Постільний режим. Грілки й припарки на ділянку печінки. Харчування переважно вуглеводами — білий хліб, каші, картопляне і морквяне пюре, нежирні борошняні страви, відварні овочі, варені фрукти, компоти, цукор, мед, варення, повидло; свіже вершкове масло — не більше 20—30 г на день; дозволяється до 50—100 г на день вареного курячого м'яса або телятини або вареної нежирної риби. Всі гострі страви, а також алкогольні напої забороняються. Їжу приймають частими і малими порціями. Як лікувальний засіб призначають 300—400 г сиру на день. При свербінні шкіри — обтирання тіла 2 рази на день 3—5% розчином карболової кислоти. Корисні щоденні теплі ванни. Коли жовтяниця починає зменшуватися, призначають промивання дванадцятипалої кишки з допомогою дуоденального зонда. Зонд вводять натщесерце. Коли він пройшов у дванадцятипалу кишку (про що довідуються з витікання з нього жовчі), на нього надівають шприц і вводять у дванадцятипалу кишку 75 мл нагрітого 25% розчину магній-сульфату і через 2 хвилини відсисають тим же шприцом половину влитого розчину. Через $^1/_2$ години повторно вводять 200 мл 5% розчину магній-сульфату. Такі промивання проводять 6—8 разів через день.

Хворий дістає щодня натщесерце 1 чайну ложку карлсбадської солі на 1 склянку теплої води.

Корисним є також щоденне введення у вену 15—25 мл 40% розчину глюкози і одночасно під шкіру 5—10 одиниць інсуліну. В більш тяжких випадках доцільне підшкірне введення або внутрішньовенні крапельні вливання 5% розчину глюкози або фізіологічний розчин кухонної солі по 500 мл 1—2 рази на день. Рекомендується одночасно з іншими медикаментами вводити внутрішньом'язово камполон. При підвищенні температури тіла корисне введення пеніциліну.

ГОСТРА ДИСТРОФІЯ ПЕЧІНКИ (ICTERUS GRAVIS). Етіоло-

логія і патогенез. У рідких випадках розвивається з гострого паренхіматозного гепатиту. Сприяючими моментами є алкоголізм, сифіліс, голодування, вагітність, аборт. При цьому відбувається руйнування печінкових клітин, що веде до тяжких порушень функцій печінки. Внаслідок припинення знешкоджувальної функції печінки відбувається отруєння організму отрутними продуктами обміну речовин і кишкового гниття.

Симптоми і перебіг. Тяжкий загальний стан. Скарги на головний біль, розбитість, болі в ділянці печінки, нудоту, блювання. Сонливість удень і безсоння вночі. Приступи різкого збудження, нерозбірлива мова. Жовтяниця різко посилюється, температура іноді підвищується до 39—40°, а потім спадає нижче норми. Печінка швидко зменшується в об'ємі, печінкова глухість зникає, іноді з'являється асцит. Пульс і дихання прискорюються. Виникають ознаки кровоточивості (крововиливи на шкірі, кровотеча з носа, прямої кишки і т. д.). Через 2—3 дні збудження змінюється пригніченням, потім виникає коматозний стан, що закінчується смертю.

Лікування. Внутрішньовенні вливання великих доз глюкози (до 100—200 мл 40% глюкози на день за кілька разів). Одночасно 1—2 рази на день введення під шкіру 500 мл 5% розчину глюкози разом з 5—10 одиницями інсуліну. Внутрішньом'язове введення 2—3 рази на день препарату печінки, камполону або гепалону по 1—2 мл. Крім того, раз на день вводять під шкіру 5—10 мл 5% розчину аскорбінової кислоти. При сильному збудженні призначають клізму з хлорал-гідратом. Для підтримання серцевосудинної діяльності — підшкірне введення камфори, кофеїну.

Профілактика. Правильне лікування (важливе внутрішньовенне введення глюкози) навіть у легких випадках гепатиту, особливо у алкоголіків, вагітних, ослаблених.

ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ (HEPATITIS CHRONICA). Хронічний запальний процес у міжчасточковій тканині печінки, який супроводиться дегенеративними явищами в печінкових клітинах.

Етіологія. Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, хронічні інфекції, алкоголізм, венозний застій на грунті декомпенсації серця, постійне приймання недоброякісної, гострої, пряної їжі. Іноді розвивається з невилікованого гострого паренхіматозного гепатиту.

Симптоми. Перебіг часто прихований. Є диспептичні скарги— тяжкість під ложечкою, порушення апетиту, відригування, нудота. Часто бліде забарвлення калу. Печінка помірно збільшена, щільніша ніж у нормі.

Лікування. Усунення основної причини (заборона приймання алкоголю, лікування сифілісу, малярії, коліту і т. д.). Молочно-вегетаріанська дієта з виключенням алкоголю і всіх гострих страв. Приймати вранці натщесерце 1—2 ложки карлсбадської солі. Пити лужні мінеральні води (єссентуки № 4 і № 17, боржомі). Курортне лікування в Єссентуках, Миргороді.

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ (CIRRHOSIS HEPATIS). Етіологія і патогенез. Різні інфекції (сифіліс, туберкульоз, малярія) і інтоксикації (при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, алкоголізмі), венозний застій печінки у серцевих хворих, тривалий застій жовчі при закупорці каменем жовчних проток, органічне ураження центральної нервової системи — можуть бути причиною розвитку цирозів печінки. Нерідко причиною розвитку хронічного гепатиту і ци-

розу печінки є перенесений гострий гепатит (найчастіше хвороба Боткіна), особливо при його рецидивному перебігу. Початкова стадія — хронічний гепатит, кінцева — цироз печінки. В печінці спостерігається хронічний запальний процес з загибеллю печінкових клітин і заміною їх сполучною тканиною. Якщо сполучна тканина зазнає рубцевого зморщування, печінка зменшується в розмірі і утворюється застій крові у ворітній вені (атрофічний цироз печінки). Якщо рубцеве зморщування не настає, печінка лишається збільшеною (гіпертрофічний цироз печінки). При цирозах печінки значно порушується її функція.

Симптоми і перебіг. Хвороба розвивається повільно. Перебіг хронічний. Хворі скаржаться на знижений апетит, нудоту, відригування, почуття тяжкості під ложечкою, нездужання, загальну слабість. Спочатку печінка збільшена, щільна, потім зменшується в розмірі, селезінка нерідко збільшена. Хвороба іноді супроводиться жовтяницею, сеча при цьому має колір пива. З часом розвивається асцит, під шкірою живота появляється розширена венозна сітка. Хворі худнуть. Іноді спостерігається криваве блювання (з розширених вен стравоходу) або гемороїдальна кровотеча (з розширених гемороїдальних вен). При серцевому цирозі є ознаки серцевої недостатності. Хвороба тривае кілька років і нерідко закінчується печінковою недостатністю.

Лікування. Дієта: заборона алкоголю, приймання їжі малими порціями, обмеження жиру (не більше 50—60 г на добу у вигляді вершкового масла), достатнє введення вуглеводів, повноцінного білка (сир, нежирне м'ясо у вареному вигляді) і вітамінів. Їжа має бути добре подрібнена і проварена. Рекомендуються розвантажні фруктові і цукрові дні. З ліків призначають інсулін по 10 одиниць на день під шкіру, 40% розчин глюкози 20—40 мл внутрішньовенно, камполон або гепалон по 2 мл на день (курс лікування — 10 ін'єкцій). При запорах — сольові проносні; при низькій кислотності шлункового соку — соляна кислота, при асциті — меркузал 1—2 мл внутрішньом'язово, через 4—5 днів, хлористий амоній, оцтовокислий калій, морська цибуля; при відсутності ефекту від сечогінних засобів — пункція живота і випускання асцитичної рідини. Перед пункцією хворий повинен помочитися. Пункцію краще робити в сидячому положенні хворого. Місце проколу — середина відстані між пупком і симфізом. Пункція робиться троакаром.

ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА (CHOLELITHIASIS). Етіологія і патогенез. Хвороба полягає в утворенні в жовчному міхурі, рідше в жовчних протоках, каменів із складових частин жовчі, що випали з розчину. Факторами, що приводять до випадання з розчину складових частин жовчі, є: 1) застій жовчі в міхурі і жовчних протоках, 2) інфекція жовчного міхура і жовчних шляхів і 3) порушення холестеринового обміну. Сприяючі моменти: спадковість, вагітність, сидячий спосіб життя, надмірне споживання жиру. Зустрічається частіше у жінок.

Симптоми. При пересуваннях каменів по жовчних шляхах настають приступи жовчнокам'яної коліки. Моментами, які викликають приступи, часто є недодержаність у дієті, фізичні напруження. Приступи найчастіше з'являються вночі. Раптом виникає дуже сильний біль у правому підребер'ї і підложечковій ділянці. Біль віддає під праву лопатку, в праву руку, праве плече і праву ключицю. Одночасно блювання, часто повторне, з великою кількістю жовчі. Тем-

пература іноді нормальна, в інших випадках — субфебрильна, іноді на короткий час підвищується до 39—40°. Випорожнення затримане. При пальпації — напруження м'язів у правому підребер'ї, ділянка жовчного міхура різко болюча. Тривалість приступу — від кількох хвилин до кількох годин. Якщо камінь защемлюється в загальній жовчній протоці, то припиняється надходження жовчі в дванадцятипалу кишку, і настає жовтяниця. При цьому сеча набуває пивного кольору, кал знебарвлюється, виникає свербіння шкіри, пульс сповільнюється.

Лікування. Під час приступу — постільний режим. Грілки і припарки на ділянку печінки. Сувора дієта (чай, чорний кофе, черства біла булка, каша з дрібних круп, киселі, компоти). При сильних болях — введення під шкіру 1 мл 1% морфіну або 2% пантопону разом з 1 мл 0,1% атропіну, всередину — папаверин 3 рази на день. При ослабленні серцевої діяльності — підшкірні ін'єкції камфори, кофеїну. Після приступу — кілька днів спокій, поступовий перехід до більш розширеної дієти. У проміжках між приступами — дієта з виключенням гострих страв, жаркого, жирних і борошняних страв, свіжого хліба та алкогольних напоїв. Слід також уникати жирних сортів м'яса (свинини, індичини) та їжі, багатої на холестерин (яєчних жовтків, мозку, печінки, горошку, цвітної капусти). Їжу приймають свіжозготовленою, гарячою, частими і малими порціями. Рекомендується не носити тугих поясів і уникати різких рухів. Корисно пити мінеральні води (єссентуки № 17 при зниженій, слов'яновська і смирновська вода при підвищеній кислотності шлункового соку). Воду приймають по $^1/_2$—$^3/_4$ склянки у нагрітому вигляді за півгодини до сніданку і до обіду. Треба стежити за регулярною діяльністю кишок. Добре діє курортне лікування в Єссентуках, Железноводську, Боржомі, Трускавці.

При защемленні каменя в загальній жовчній протоці і тривалій жовтяниці (понад 3 тижні), а також при частих приступах — оперативне втручання.

ХОЛЕЦИСТИТ (CHOLECYSTITIS). Холецистит — запалення стінки жовчного міхура.

Етіологія і патогенез. Холецистит часто є ускладненням жовчнокам'яної хвороби, але й сам може бути причиною утворення каменів. Може також бути ускладненням гострої інфекції (черевного тифу, ангіни). Відрізняють катаральний, гнійний і гангренозний холецистити. При останніх двох видах холециститу може виникнути перфорація стінки жовчного міхура з розвитком загального гнійного перитоніту.

Симптоми. При гострому холециститі — болі, як під час приступу жовчнокам'яної коліки. На відміну від останньої болі тривалі (іноді до кількох тижнів), є стійка гарячка, прискорення пульсу, лейкоцитоз і прискорення РОЕ. При пальпації — напруження м'язів і різка болючість у ділянці жовчного міхура, збільшення печінки. Іноді промацується жовчний міхур у вигляді грушовидного, еластичного болючого опуху в правому підребер'ї. Часто — легке жовтяничне забарвлення склер і шкіри.

При хронічному холециститі — постійні тупі болі в правому підребер'ї, які посилюються при недодержаності в дієті і при фізичному напруженні. Часто відригування, нудота, схильність до метеоризму, запори, іноді легке жовтяничне забарвлення склер. Часом загострення з картиною гострого холециститу.

Лікування. При гострому холециститі лікування, як при приступі жовчнокам'яної коліки. Для ліквідації гострого запального процесу, крім того, застосовуються білий стрептоцид по 3—4 г на день або внутрішньовенне введення 40% розчину уротропіну по 5 мл щодня протягом 10—15 днів. Рекомендують також внутрішньом'язові ін'єкції пеніциліну по 400 000—600 000 одиниць на добу.

При гнійному і гангренозному холециститах — негайна операція. Оперативне втручання рекомендується також при часто повторюваних приступах гострого холециститу і при безрезультатності консервативного лікування.

При хронічному холециститі — дієта така сама, як при жовчнокам'яній хворобі (див. вище). Рекомендується пити мінеральні води (ессентуки № 4 і № 17 по $^1/_2$—$^3/_4$ склянки в гарячому вигляді за півгодини до сніданку і до обіду). На ділянку печінки застосовують діатермію та парафінові аплікації. Хворих направляють на курортне лікування в Єссентуки або Миргород.

У вільний від гострих приступів час рекомендується дренаж жовчних шляхів з допомогою дуоденального зонда (див. вище *«Лікування гострого паренхіматозного гепатиту»*).

Дренаж проводять натщесерце через день. Курс складається з 10—15 зондувань і може повторюватися кілька разів на рік.

СИФІЛІС ПЕЧІНКИ (LUES HEPATIS) АБО СИФІЛІТИЧНИЙ ГЕПАТИТ (HEPATITIS LUETICA). Етіологія і патогенез. Хвороба розвивається в третинному періоді сифілісу. В одних випадках дрібні гуми дифузно уражають печінку і, розпадаючись, заміняються сполучною тканиною з наступним зморщуванням і рубцюванням печінки. В інших випадках зустрічаються поодинокі великі гумозні утворення, іноді з нагноюванням або зморщуванням (часточкова печінка).

Симптоми і перебіг. Печінка збільшена, гладка, з нерівним краєм. Надалі вона зменшується, з'являється дрібна горбастість (при дифузному ураженні печінки). При вогнищевому ураженні печінка часточкова, великогорбаста, щільна, місцями з ділянками розм'якшення. Збільшена головним чином ліва частка печінки, остання болюча. Іноді бувають нічні болі. У деяких хворих температура підвищена, ремітативного характеру, з ознобами. Жовтяниця спостерігається рідко. Може появитися асцит. Реакція Вассермана — позитивна. При старанному дослідженні знаходять інші ознаки третинного сифілісу (наприклад, сифіліс аорти).

Лікування починають з введення глюкози та інсуліну. Протисифілітичне лікування треба проводити обережно: спочатку дають йодистий калій і біетівську мікстуру, потім біохіноль по 2 мл внутрішньом'язово через день (на курс 20 ін'єкцій). Під час приймання біетівської мікстури треба старанно чистити зуби і полоскати рот (щоб уникнути розвитку ртутного стоматиту). При наявності асциту показане застосування хлористого амонію, меркузалу і пункції живота (див. вище *«Лікування цирозу печінки»*).

РАК ПЕЧІНКИ (CANCER HEPATIS). Первинний рак печінки зустрічається рідко. Найчастіше спостерігається вторинний рак печінки, який виникає метастатично при занесенні з іншого, ураженого раком органу, найчастіше шлунка.

Симптоми. Печінка сильно збільшена, щільна, поверхня її горбаста, край нерівний. Над збільшеною печінкою — глухий звук при перкусії. Часто верхній рівень печінкової глухості виявляється

вище 6-го міжребер'я. Жовтяниця спостерігається тільки при стисненні раковим опухом печінкової або загальної жовчної протоки. При стисненні ворітної вени можливий розвиток асциту. Тривалість захворювання 0,5—1 рік. Необхідним є старанний анамнез і реакція Вассермана для виключення сифілісу печінки.

Лікування — симптоматичне; спокій, легка дієта, болезаспокійливі засоби (морфін, пантопон).

ЕХІНОКОК ПЕЧІНКИ (ECHINOCOCCUS HEPATIS). Етіологія і патогенез. Попадання в шлунок яєць ехінокока, який паразитує в кишках собак. У шлунку з яєць виходять зародки, які, пробуравлюючи стінку шлунка, течією крові через ворітну вену заносяться в печінку. Із зародків у печінці виростає пухир, наповнений рідиною. На внутрішній поверхні оболонки пухиря утворюються дочірні пухирці. Відрізняють однокамерний і багатокамерний ехінокок печінки.

Симптоми. Почуття розпирання і тяжкості у підреберній ділянці. Збільшення печінки, промацування на передній поверхні її опуху, що має вигляд гладкої й еластичної півкулі. При дослідженні крові — еозинофілія (кількість еозинофілів підвищується до 15—40% і більше). Позитивна реакція Каццоні. Ця реакція полягає в тому, що при введенні внутрішньошкірно 0,1—0,3 мл ехінококової рідини (що добувається на бійнях з ехінококових пухирів великої рогатої худоби) на місці введення з'являється припухання і почервоніння шкіри, якщо у хворого є ехінокок. Якщо ехінококова кіста нагнюється, то еозинофілія може зникнути і реакція Каццоні може стати негативною.

Лікування — оперативне.

ХВОРОБИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ (ГОСТРЕ ЗАПАЛЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ) (PANCREATITIS ACUTA). Етіологія. Перехід на підшлункову залозу запалення з суміжних органів (при холециститі, виразці шлунка). Виникає також як ускладнення при гострих інфекційних захворюваннях.

Симптоми. Болі у верхній частині живота з віддаванням у ліве підребер'я і ліву лопатку, здуття живота, блювання, запори. Напруження м'язів та болючість при пальпації живота вище пупка. Підвищення температури. У тяжких випадках картина хвороби нагадує гострий перитоніт.

Лікування — основного захворювання. Рідка дієта (нежирний бульйон, молоко, чай, кофе, киселі, білі сухарі). Тепло на живіт у вигляді грілок і зогрівальних компресів. Болезаспокійливі засоби.

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ (PANCREATITIS CHRONICA). Може бути закінченням гострого панкреатиту. Розвивається так само, як ускладнення при деяких хронічних інфекціях (туберкульоз, сифіліс) і при склерозі судин підшлункової залози. Може супроводити й інші захворювання підшлункової залози (наприклад, рак, камені залози).

Симптоми. Ниючі болі в животі вище пупка, які віддають у ліве підребер'я і в ліву половину спини. Диспептичні явища (відригування, нудота, блювання). Жирний кал, знаходження в ньому залишків неперетравленої їжі. При мікроскопічному дослідженні калу — багато жирових крапель і м'язових волокон, які зберегли по-

перечну посмугованість. Загальна слабість, схуднення, іноді жовтяниця.

Лікування. Усунення основного захворювання. Дієта — вуглеводна (білий хліб, каші, картопляне і морквяне пюре, варені фрукти й овочі, компоти, киселі, цукор, мед, варення і повидло). Всередину панкреатин.

РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (CANCER PANCREATIS) Етіологія і патогенез. Бувае первинним і метастатичним. Первинний рак частіше розміщується в голівці підшлункової залози. Стиснення опухом вивідної протоки підшлункової залози перешкоджае надходженню у дванадцятипалу кишку підшлункового соку. Стиснення опухом загальної жовчної протоки, кінцевий відрізок якої проходить у товщі головки підшлункової залози, припиняе течію жовчі у дванадцятипалу кишку і викликае жовтяницю.

Симптоми. Втрата апетиту. Відригування, нудота, іноді блювання, часто болі в підложечковій ділянці, які віддають у спину. Швидке схуднення, кахексія. Прогресивне посилення жовтяниці, яка досягае інтенсивно темного забарвлення шкіри і супроводиться тяжким свербінням шкіри. Кал знебарвлений. Іноді в сечі виявляється цукор. При сильному схудненні і в'ялих черевних стінках іноді вдається промацати вище пупка щільний горбастий нерухомий болючий опух. Промацується збільшений гладкий жовчний міхур.

Лікування — оперативне. В неоперативних випадках — спокій, легка вуглеводна дієта та болезаспокійливі засоби.

ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЕРИТОНІТ (PERITONITIS TUBERCULOSA). Етіологія і патогенез. Захворювання виникае при поширенні туберкульозних паличок через кров або при переході туберкульозного процесу на очеревину з органів малого таза, лімфатичних вузлів, хребта та інших органів. Розрізняють дві форми туберкульозного перитоніту: ексудативну і зліпливу.

Симптоми і перебіг. Хворі скаржаться на слабість, схуднення, болі в животі, запори, здуття живота; температура підвищена до 37,5—38,5°. При ексудативній формі — розлиті болі в животі, іноді поноси, підвищення температури, живіт збільшений в об'ємі. При перкусії живота — тупість; при пальпації — болючість Спостерігається слабість, схуднення. При зліпливому перитоніті — болі в животі, при пальпації промацуються щільні утворення (збільшені мезентеріальні залози і рубцево змінений сальник); можуть утворитися зрощення між петлями кишок з наступною кишковою непрохідністю. Перебіг тривалий з розвитком виснаження, слабості і недокрів'я.

Лікування — загальнозміцнювальне: перебування на свіжому повітрі, повноцінне харчування, риб'ячий жир по 1 столовій ложці перед їдою 3 рази на день (якщо він не викликае диспептичних розладів). Обережне використання сонця у вигляді місцевих сонячних ванн на живіт, а в зимовий час — кварцу; рентгенотерапія. Показане застосування стрептоміцину по 0,5 на добу внутрішньом'язово (30,0 на курс лікування). Іноді вдаються до череворозтину з опроміненням черевної порожнини ультрафіолетовим промінням і введенням у черевну порожнину стрептоміцину. Курортне лікування показане в Євпаторії і на південному березі Криму. При великій кількості ексудату вдаються до пункції (потрібна обережність через можли-

вість поранення кишки внаслідок спайок). При обширних спайках у черевній порожнині і наростаючій непрохідності кишечника може виявитися показаним хірургічне втручання.

ХВОРОБИ ОРГАНІВ РУХУ

ГОСТРІ ІНФЕКЦІЙНІ АРТРИТИ (ARTHRITIS INFECTIOSA ACUTA). Етіологія. Гострий запальний процес у суглобах може виникнути при багатьох інфекційних захворюваннях (скарлатина, бешиха, дизентерія, бруцельоз, сепсис та ін.).

Симптоми. Іноді участь суглобів у загальній інфекції виявляється лише у вигляді болів (артралгія) без видимих змін у суглобах. Однак частіше, крім болів, є й об'єктивні ознаки ураження суглобів: припухання їх, почервоніння шкіри над ними, місцеве підвищення температури. Рухи в суглобах різко обмежені через сильну болючість. Припухлість суглобів може залежати від скупчення серозного або гнійного ексудату в їх порожнині, а також від набрякового просякання навколосуглобових тканин. В рідких випадках уражається один суглоб (моноартрит), частіше є ураження багатьох суглобів (поліартрит). Ураження суглобів супроводиться загальною розбитістю, підвищенням температури, лейкоцитозом і прискоренням РОЕ.

Лікування. Постільний режим. Лікування основного інфекційного захворювання (специфічні сироватки при дизентерії, дифтерії, уротропін і пеніцилін — при сепсисі). Хворій кінцівці надають зручного положення, на хворі суглоби кладуть зогрівальні компреси. Поза компресами суглоби не туго обгортають ватою або теплою пов'язкою, щоб уникнути охолодження. При сильних болях призначають болезаспокійливі засоби — аспірин по 0,5, пірамідон по 0,3, фенацетин по 0,3 3—4 рази на день. При тяжких болях, які позбавляють хворого сну, — на ніч підшкірна ін'єкція морфіну або пантопону. Для заспокоєння болів у суглобах можна також класти на ніч компреси з хлороформної мазі, однак без клейонки або вощанки, щоб уникнути опіку. При грипозних гострих артритах корисно призначати натрій-саліцилат до 6 г на день. При стрептококовій етіології артритів призначають білий стрептоцид по 6—8 г на день.

Після стихання гострих явищ (зменшення болю, зниження температури, сповільнення РОЕ) можна почати легкий масаж суглобів і опромінення їх солюксом та кварцовою лампою, а також діатермію. Щоб уникнути розвитку анкілозу, корисно, коли мине гострий період, почати лікувальну гімнастику (активні й обережні пасивні рухи в суглобах).

При гнійному артриті необхідна операція розкриття порожнини суглоба.

ГОНОРОЙНИЙ АРТРИТ (ARTHRITIS GONORRHOICA). Етіологія і патогенез. Хвороба розвивається протягом перших тижнів після зараження; звичайно уражається один суглоб (моноартрит). В суглобі частіше є серознофібринозний ексудат. Іноді ексудат буває гнійний. Навколо суглоба з'являється набряк тканин. Гоноройне ураження суглоба (частіше колінного) нерідко закінчується анкілозом.

Симптоми і перебіг. В гострому періоді температура підвищена до 39—40°, уражені один (рідше — два) великих суглоби, частіше уражається колінний, надп'ятково-гомілковий або променево-

зап'ястковий. Уражені суглоби припухлі, болючі, гарячі на дотик. Рухи в них обмежені і різко болючі. Іноді хвороба проходить особливо бурхливо (при наявності гнійного ексудату): висока температура, лейкоцитоз, прискорена РОЕ, анемія, слабість, поганий сон, знижений апетит. Особливою формою ураження суглобів при гонореї є гонорройний поліартрит. У таких випадках ураження суглобів має алергічний характер, і клінічна картина дуже схожа з гострим ревматизмом. Особливістю перебігу є стійкість і затяжний характер захворювання, резистентного до саліцилатів, а також наявність ряду змін з боку кісток і суглобів. При рентгенівському дослідженні може виявлятися: розвиток остеопорозу в ділянці суглобових кінцівок кісток, звуження суглобових щілин і особливо типово — розвиток екзостозів у формі виступів (шпор) на п'ятковій кістці.

Лікування. В гострому періоді — спокій, зручне положення кінцівки, тепло (лампа Мініна), пірамідон по 0,5 3—4 рази на день, сульфамідні препарати, пеніцилін, ультрафіолетове опромінення, іноді рентгенотерапія. Після закінчення гострого періоду — лікувальна фізкультура (профілактика анкілозу і атрофії м'язів), діатермія, парафінові аплікації. У хронічному періоді — грязелікування, курортне лікування в П'ятигорську, Серноводську. Іноді в гострому періоді застосовують гонококову вакцину.

ГОСТРИЙ РЕВМАТИЧНИЙ ПОЛІАРТРИТ — (див. *«Гострий ревматизм»* у розділі *«Хвороби серця і судин»*).

СПОТВОРЮВАЛЬНИЙ (ДЕФОРМУЮЧИЙ) АРТРИТ (ARTHRITIS DEFORMANS). Етіологія і патогенез. Етіологія точно не з'ясована. Сприяючими факторами є місцеві розлади кровообігу в суглобі, травма суглоба та спрацьовування його внаслідок надмірного навантаження. Звичайно уражається один, рідше два великих суглоби. Суглобові хрящі поступово руйнуються, і підлегла кістка оголюється. Внаслідок появи на суглобових кінцях кісток неправильних розрощень суглоб спотворюється.

Симптоми. Початок хвороби поступовий, перебіг хронічний. Спочатку — невеликі болі в суглобі і поступове обмеження рухів у ньому. Болі особливо сильні на початку руху після довгого спокою суглоба. При обмацуванні суглоба чути хрускт, тріск. Поступово контури суглоба змінюються, і суглоб деформується. Температура і картина крові нормальні.

Лікування. Усунути всі фактори, які викликають надмірне навантаження суглоба (наприклад, ортопедичне взуття при плоскій стопі). Лікувати або видалити інфекційні вогнища в організмі. На ділянку суглобів — грязелікування, діатермія, парафінові аплікації, масаж і лікувальна гімнастика. Грязелікування бажано проводити на курортах (Саки, Євпаторія, Одеса, Слов'янськ, Осипенко). Корисні також сірчані ванни в П'ятигорську, Мацесті і радіоактивні ванни в Цхалтубо. Масаж і лікувальну гімнастику застосовують для поліпшення руху в суглобах, якщо тільки в них немає гострих явищ. При болях — аспірин, пірамідон, фенацетин.

Хворому слід рекомендувати носити теплі рукавички, теплі шерстяні шкарпетки, валянки.

ХРОНІЧНИЙ ПРОГРЕСУЮЧИЙ ПОЛІАРТРИТ (POLYARTHRITIS CHRONICA PROGRESSIVA). Етіологія. Різні інфекції, ендокринні порушення, розлади кровообігу, часте охолодження суглобів можуть сприяти розвиткові хвороби.

Симптоми і перебіг. Початок поступовий, перебіг хро-

нічний. Уражаються дрібні і великі суглоби верхніх і нижніх кінцівок, а також хребет. На початку бувають «летучі» болі в суглобах, потім — припухання їх. Рухи в суглобах дедалі більше обмежуються і, кінець кінцем, настає нерухомість — анкілоз великих суглобів. Розвивається деформація пальців і кистей, останні відхиляються в ліктьову сторону. Внаслідок прогресуючої нерухомості, настає атрофія м'язів. Часом виникає загострення з підвищенням температури і посиленням болю в суглобах.

Лікування. Грязь, парафінові аплікації, масаж, лікувальна гімнастика. Грязелікування на курортах: Саки, Одеса, Євпаторія, Осипенко. Корисні сірководневі ванни (Мацеста, П'ятигорськ) і радіоактивні ванни (Цхалтубо). При болях у суглобах призначають пірамідон, аспірин. Хворому рекомендується носити теплий одяг і взуття.

МІАЛГІЇ І МІОЗИТИ (MYALGIA, MYOSITIS). Міалгія — біль у м'язах без анатомічних змін в них. Міозит — запалення м'язів.

Етіологія. Охолодження і перенапруження м'язів.

Симптоми і перебіг. Частіше уражаються м'язи шиї (кривошия), плечового пояса і попереку (простріл). Хворі відчувають гострий біль, який посилюється при необережному русі. При обмацуванні м'яза визначається болючість, іноді припухлість і ущільнення. Хвороба триває кілька днів, нерідко дає рецидиви.

Лікування. Спокій, солюкс, діатермія, грілки, гарячий пісок, втирання хлороформної мазі. Всередину — пірамідон або аспірин по 0,5 3—4 рази на день.

ХВОРОБИ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬСЯ ЗОВНІШНІМИ ФІЗИЧНИМИ ФАКТОРАМИ

СОНЯЧНИЙ І ТЕПЛОВИЙ УДАР. Етіологія і патогенез. При перегріванні організму під діянням прямого сонячного проміння настають розлади в центральній нервовій системі і у внутрішніх органах (сонячний удар). Аналогічні розлади можуть настати в результаті перебування в жаркому закритому приміщенні (тепловий удар).

Симптоми. Підвищення температури до 39—40°, прискорення дихання і пульсу, почервоніння шкіри, нудота, блювання, головний біль, втрата притомності, судороги.

Лікування. Вміщення хворого в прохолодне місце або прохолодну ванну. Пузир з льодом на голову і ділянку серця. При занепаді серцевої діяльності — підшкірне введення камфори і кофеїну. При розладі дихання (поверхневому і рідкому) — штучне дихання.

УРАЖЕННЯ ЕЛЕКТРИКОЮ І БЛИСКАВКОЮ виникає при недостатній ізоляції електричних проводів і ударі блискавки.

Симптоми. В місці проникнення струму спостерігаються опіки у вигляді сіруватобілих ділянок із вдавленням у центрі. При діянні струму високої напруги — нудота, понос, неправильний пульс, іноді — картина мнимої смерті (пульс і дихання важко визначити).

Профілактика і лікування. Організація запобіжних заходів: хороша ізоляція проводів, робота в гумовому взутті і рукавичках. Хворого виносять з місця аварії. При мнимій смерті—штучне дихання, лобелін. При ураженні блискавкою — постільний режим, підшкірне введення камфори і кофеїну. Персонал, який подає допо-

могу потерпілому, повинен працювати в гумовому взутті і гумових рукавичках.

ЗАМЕРЗАННЯ настає при низькій температурі повітря, особливо при недосить теплому одягу і наявності вітру. Спостерігається в зимовий час. Частіше до замерзання схильні ослаблені і виснажені люди, а також особи у стані алкогольного сп'яніння.

Симптоми. Спочатку блідість, а потім ціаноз шкіри, падіння температури тіла, дрижання м'язів, рідкий, слабкого наповнення пульс, поверхневе дихання, сонливість.

Лікування. Зогрівання хворого: тепле приміщення, розтирання шкіри, гаряче питво (чай, кофе), вино. Застосовують підшкірне введення камфори, кофеїну, стрихніну.

ВИСОТНА ХВОРОБА. Етіологія і патогенез. Захворювання виникає у зв'язку із зниженням атмосферного тиску і зменшенням кількості кисню в повітрі на висотах. Розвивається кисневе голодування і слідом за ним розлад функції центральної нервової системи, особливо подразнення дихального центра.

Симптоми і перебіг. Слабість, запаморочення, сонливість, іноді ж збудження і безсоння, нерідко нудота, блювання, прискорення і поглиблення дихання, прискорення пульсу, ціаноз, судороги. В більш тяжких випадках — втрата притомності, блідість, холодний піт, нитковидний пульс.

Профілактика і лікування. Щоб запобігти хворобі, рекомендується тренування в умовах зниженого тиску кисню. При польотах понад 4 000—5 000 метрів — користування кисневим приладом. За годину до польоту дають аерон по 0,1 1 або 2 таблетки. При настанні хвороби потерпілого слід перенести в більш низькі слої атмосфери або дати йому вдихати сумішку кисню і вуглекислого газу. При серцево-судинній слабості: діуретин, камфора, кофеїн. При головних болях — пірамідон, антипірин.

КЕСОННА ХВОРОБА. Етіологія і патогенез. При підвищеному тиску в камерах настає перенасичення крові газами. При швидкому поверненні робітника в умови нижчого тиску виникає газова емболія. В зв'язку з цим у центральній нервовій системі і внутрішніх органах можуть настати тяжкі зміни.

Симптоми і перебіг. *При легкій формі* хвороби — болі в кістках і суглобах, іноді припухлість і хруст у суглобах. Хворобливі явища досить швидко минають. *Форми середньої тяжкості*: запаморочення, шум у вухах, болі в животі, нудота, блювання (іноді з кров'ю і жовчю). Може появитися тимчасова сліпота (емболія судин сітчатки). Після зникнення гострих симптомів спостерігаються залишкові явища. *Тяжка форма* супроводиться паралічами, розладом мови, подразненням мозкових оболонок, ціанозом, ядухою, кашлем (інфаркт легені), розладом серцевої діяльності (аритмія, тахікардія, нитковидний пульс), розладом дихання, нерідко — блюванням. Смерть настає від емболії мозкових або легеневих судин.

Профілактика і лікування. Для запобігання хворобі— додержання норм, встановлених законодавством про працю: певна тривалість перебування в кесоні, поступовий перехід від високого до низького тиску, додержання температурних умов, подавання в кесон стисненого повітря. Спокійне, рівне дихання під час роботи. По виході з кесона—душ, ванна, гарячий чай. Уникати приймань великої кількості їжі перед входом у кесон і незабаром після виходу з нього, не пити шипучих і газованих напоїв.

Лікування. Основне — швидко перенести хворого в камеру з підвищеним тиском (рекомпресія) на $^1/_2$—2 години, з наступним поступовим зниженням тиску в цій камері. Хворому призначають конвалійні краплі,. ефедрин, стрихнін, симпатол, кардіазол, строфантин, камфору, кофеїн, чай або кофе; вливають фізіологічний розчин під шкіру, глюкозу і плазму крові внутрішньовенно, призначають тепло. Кисень дають у період декомпресії.

МОРСЬКА ХВОРОБА. Етіологія і патогенез. Хвороба розвивається у зв'язку з нерівномірними рухами судна на хвилях, іноді при їзді в автомобілі, поїзді, а також при пересуванні в літаку. Має значення подразнення вестибулярного апарату, стомлення органу зору, подразнення черевного нерва (періодичне піднімання і опускання рухомих органів живота при коливаннях судна). Все це веде до рефлекторного розладу нервової системи і внутрішніх органів.

Симптоми і перебіг. Блідість, холодний піт, слинотеча, нудота, блювання, відсутність апетиту, іноді рідке випорожнення; загальна слабість, головний біль, сонливість. Часто повторне блювання веде до обезводнювання організму.

Профілактика і лікування. Перед польотом, поїздкою або відплиттям—очищення кишечника, обмеження їди, під час качки—перебування на верхній палубі в середній частині судна; рекомендується полежати з заплющеними очима. Корисно займатися якою-небудь цікавою справою для відвернення уваги від качки. Призначають настойку белладонни по 15 крапель або аерон по 1—2 таблетки, 0,1% розчин атропіну по 1—2 краплі під язик, кофеїн, міцний чай, кофе. Якщо поліпшення не настає, дають бром по 0,3—0,4 через кожні $^1/_2$ години, веронал по 0,3, люмінал по 0,1—0,2. При тривкому блюванні — ковтати кусочки льоду; томатний і фруктові соки.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

ГОСТРИЙ ДИФУЗНИЙ НЕФРИТ (NEPHRITIS ACUTA). Етіологія і патогенез. Причиною захворювання є інфекція, частіше стрептококова; виникає після ангіни, скарлатини, гострого катару дихальних шляхів, грипу, дуже часто при наявності в організмі вогнищевої інфекції, іноді — у хворих на малярію і гострий ревматизм. Сприяючий момент — охолодження. В нирках виникає запальний процес, який уражає головним чином клубочки, а потім і канальці. Хвороба являє собою не ізольоване ураження нирок, а розлите судинне ураження, при якому терплять судини і інших органів.

Симптоми і перебіг. Основні симптоми: підвищення артеріального тиску, набряки, наявність у сечі білка, еритроцитів і циліндрів. Систолічний тиск підвищується до 160—180 мм, діастолічний — до 100—120 мм. Набряки розвиваються швидко і найбільш виражені на лиці, іноді на нижніх кінцівках, попереку. Кількість сечі на початку захворювання зменшена, в ній міститься білок до 3—6‰ (альбумінурія). В осаді сечі при мікроскопічному дослідженні виявляються еритроцити (гематурія). В одних випадках гематурія може бути незначною (поодинокі еритроцити в полі зору); в інших— вона різко виражена: еритроцити вкривають усе поле зору мікроскопа, сеча набирає кольору «м'ясних помиїв». У сечі з'являються циліндри: гіалінові, епітеліальні, зернисті. Захворювання тривае від 2—3 тижнів до кількох місяців. Протягом хвороби можуть настати

недостатність серця (задишка, застій у легенях, в печінці) і судорожні припадки (еклампсія). Закінчення хвороби: видужання, іноді перехід у хронічну форму, зрідка смерть (від недостатності серця, крововиливу в мозок або припинення функції нирок).

Лікування. Суворий постільний режим. Сухе й тепле приміщення. Тепло на ділянку нирок. За хворим має бути встановлений старанний нагляд: щоденне вимірювання артеріального тиску і кількості сечі, часте дослідження її. На початку хвороби призначають 1—2 голодних дні (режим голоду і спраги) або 1—2 цукрових дні (150—200 г цукру на день) з додаванням лимона, мандарина або чашки лимонаду. Одночасно дається сольове проносне (25,0 сірчанокислої магнезії на склянку води). Якщо набряки швидко проходять і артеріальний тиск знижується, дієту розширяють: молочно-рослинне харчування з обмеженням рідини і солі. Незабаром додають білок: сир, варене м'ясо, яйця. При схильності до набряків на тривалий час обмежується сіль і вводиться внутрішньовенно 40% розчин глюкози по 10—20 мл. Також добре діють внутрішньовенні вливання хлористого кальцію (10% — 10,0), який можна призначати також всередину. При наявності гарячкового стану (загострення вогнищевої інфекції) доцільне призначення пеніциліну внутрішньом'язово. При тяжкому перебігу гострого нефриту, який супроводиться дуже значним підвищенням артеріального тиску, останнім часом рекомендують паранефральну блокаду з 1% розчину сірчанокислої магнезії (50,0), яку доцільно застосовувати в перші дні хвороби.

При гострій лівошлуночковій серцевій недостатності (задишка, тахікардія, застій у легенях) вводиться внутрішньовенно строфантин 0,00025 (1/4 мл) — 0,0005 (1/2 мл) в розчині глюкози. Під шкіру — камфора 20% 2—3 мл, кофеїн 10% 1—2 мл. Кровопускання (300—400 мл). При правошлуночковій недостатності серця (збільшення печінки, посилення задишки, ціаноз) — дигіталіс (в порошку по 0,1 3 рази на день) або настій горицвіту (з 6,0 на 180,0 по столовій ложці 4—5 разів на день). При великій гематурії — аскорбінова кислота по 0,1 3 рази на день. При олігурії і анурії — діатермія нирок, іноді вдаються до декапсуляції нирок. При ускладненні перебігу гострого нефриту приступами еклямптичної уремії (головні болі, блювання, погіршання зору, приступи судорог і коматозний стан) необхідне термінове кровопускання (300—400 мл), спинномозкова пункція з випусканням спинномозкової рідини близько 20 мл, внутрішньовенно 10% розчин сірчанокислої магнезії 10—20 мл і 40% глюкози 10—20 мл, в клізмі вводять хлорал-гідрат (2,0 хлорал-гідрату на 50—75 мл води). При затяжному нефриті необхідно лікувати вогнища інфекції (тонзиліт, отит, гайморит, каріозні зуби), по змозі видалити їх (наприклад, видалення мигдаликів). При видужанні — прогулянки (контролювати вимірюванням артеріального тиску і аналізом сечі). Хворого попереджають про небезпеку охолодження. Слід пам'ятати, що сечогінні засоби, такі як діуретин і особливо меркузал, при нефриті протипоказані.

ХРОНІЧНИЙ НЕФРИТ (NEPHRITIS CHRONICA). Етіологія і патогенез. Не завжди вдається з'ясувати, чому хвороба набирає хронічного характеру. Іноді хронічний перебіг хвороби зв'язаний з наявністю в організмі вогнищ інфекції (в додаткових порожнинах носа, мигдаликах, зубах та ін.). Мабуть, відіграє роль і нераціональне лікування гострого нефриту. Загострення звичайно настають під впливом охолодження або нових інфекцій (грип, бронхіт та ін.).

В розвитку хвороби велику роль відіграє вплив нервової системи на кровообіг нирок. Анатомічні зміни в нирках зводяться до поступової загибелі Мальпігійових клубочків і запустівання канальців з наступним розвитком сполучної тканини і зморщуванням нирок.

Симптоми і перебіг. Набряки, стійка гіпертонія, гіпертрофія серця; при мікроскопічному дослідженні осаду сечі знаходять білок, еритроцити, циліндри. Перебіг хронічного нефриту хвилеподібний: періоди затишшя чергуються з періодами загострення. З часом розвивається ниркова недостатність, яка супроводиться затримкою азотистих шлаків в організмі. У хворих спостерігається поліурія, низька питома вага сечі, недокрів'я, задишка, нудота, блювання, тяжкі головні болі, погіршання зору (нейроретиніт). Розрізняють дві стадії хронічного нефриту:

1) з достатньою функцією нирок,
2) з недостатньою функцією нирок.

Тривалість цих двох стадій, особливо першої, дуже різна. Хронічний нефрит може тягнутися роками, навіть до 10—15 років. Однак зустрічаються такі випадки, коли тривалість першої стадії коротка і досить швидко починає розвиватися ниркова недостатність, яка неминуче веде до уремії. Такі форми мають назву підгострого злоякісного нефриту.

Профілактика і лікування. У стадії достатньої функції нирок необхідно регулювати працю, відпочинок, сон і дієтетичний режим. З їжі виключаються консерви, пряноші, гострі страви. З метою профілактики загострення треба стежити за шкірою, оберігати хворого від інфекцій і охолодження, а також видалити інфекційні вогнища.

При загостренні хронічного нефриту проводиться лікування, як при гострому нефриті. При великих набряках обмежують рідину і кухонну сіль, стежать за діяльністю кишечника (при запорах — сольове проносне), дають 10% розчин хлористого кальцію по 1 столовій ложці 4—5 разів на день. При високому артеріальному тиску і судинних спазмах призначають папаверин по 0,02 3 рази на день. При серцевій недостатності — наперстянка, горицвіт. Корисне перебування в місцевостях з теплим, сухим кліматом (Байрам-Алі, Ашхабад). У стадії ниркової недостатності збільшують приймання рідини (якщо немає недостатності серця), обмежують білок їжі до 0,5 на 1 кг ваги. Призначають фруктово-цукрові дні. При тяжкій ниркові недостатності (уремія) під шкіру вводять фізіологічний розчин або 5% розчин глюкози по 500 мл, роблять кровопускання, промивання шлунка $^1/_2$% розчином соди, а також призначають соду всередину (5—10 г на добу) або у вигляді клізми (чайна ложка соди на 1 склянку води) 2 рази на день. Хворому дають прохолодне питво (вода, компот, фруктовий сік). При занепаді серцевої діяльності — камфора, кофеїн, корамін.

НЕФРОЗ. Етіологія і патогенез. Під нефрозом (ліпоїдним нефрозом) розуміють загальне захворювання організму, в основі якого лежать зміни ліпоїдного і білкового обміну, а також виражені зміни в ниркових канальцях. Практично найчастіше зустрічається амілоїдно-ліпоїдний нефроз, при якому поряд з амілоїдним спостерігається і ліпоїдне переродження епітелію канальців. Захворювання на нефроз виникає під впливом хронічних інфекцій: гнійні інфекції, сифіліс, туберкульоз, малярія. В ряді випадків ліпоїдного нефрозу етіологія лишається невідомою.

Симптоми і перебіг. Набряки великі, рухомі, асцит. Шкіра бліда, блискуча. В сечі — білок до 10—20‰, циліндри, переродженний канальцевий епітелій. Кількість сечі зменшена (при великих набряках), питома вага її висока. В крові знижена кількість білка, підвищена кількість холестерину. Кров'яний тиск не підвищений. Еритроцитів у сечі немає. Азотовидільна функція нирок звичайно не порушена.

Профілактика і лікування. Запобігання і лікування хронічних інфекцій. При сифілітичному нефрозі — лікування основного захворювання (новарсенол та ін.). При нефрозі туберкульозного походження — лікування туберкульозу. При наявності вогнища гнійної інфекції — старанне лікування або видалення його хірургічним шляхом (наприклад, при остеомієліті).

В набряковій стадії — постільний режим, дієта: достатній підвіз білка (не менше 100 г на день) у вигляді сиру, яець, м'яса, обмеження солі і води. З ліків дають меркузал внутрішньом'язово 1—2 мл через 3—4 дні, тиреоїдин 0,1 по 3—4 рази на день протягом 5 днів. Після зникнення набряків хворому дозволяється ходити, далі — приступити до роботи. Необхідно остерігатися охолодження. Курортне лікування в Євпаторії, Ашхабаді, Байрам-Алі.

СУЛЕМОВА НИРКА. НЕКРОНЕФРОЗ. Етіологія і патогенез. Некронефроз частіше спостерігається при отруєнні сулемою, рідше при отруєнні грибами, бертолетовою сіллю, при переливанні несумісної крові, а також при деяких тяжких інфекціях — дифтерії, холері та ін. В нирках при цьому відбувається некробіотичний розпад канальцевого епітелію. Під мікроскопом часто можна спостерігати, як весь просвіт канальців заповнений некротичними клітинами.

Симптоми і перебіг сулемового некронефрозу. Блювання, ураження ясен і слизової оболонки рота (гінгівіт і стоматит). У сечі визначається білок, багато циліндрів і ниркового епітелію, кількість виділюваної сечі зменшується (олігурія), а іноді сечовиділення припиняється (анурія). Анурія триває кілька днів, і хворий гине від ниркової недостатності (уремія). В більш легких випадках отруєння відновлюється сечовиділення, і настає видужання.

Лікування сулемового отруєння. Негайна допомога хворим після отруєння може запобігти ураженню нирок. Призначають кілька сирих яець у молоці, промивання шлунка великою кількістю води, до якої додають тваринне вугілля, а також дають антидот (50 мл стійкого розчину сірководневого газу). Слід вводити більше рідини (пиття), а також глюкозу підшкірно і внутрішньовенно. При анурії може допомогти діатермія ниркової ділянки, а також рентгенотерапія малими дозами, кровопускання, призначення ейфіліну. Показане введення 2% соди в клізмах по 200 мл 2 рази на день.

НИРКА ВАГІТНИХ (NEPHROPATHIA GRAVIDARUM). Етіологія і патогенез. Причина хвороби — токсикоз вагітності. В нирках — переродження канальців і зміни у клубочках.

Симптоми і перебіг. Гіпертонія, набряк і альбумінурія до 10‰ і більше. В осаді сечі циліндри, спостерігається погіршання зору, зумовлене змінами з боку очного дна («нейроретиніт вагітних»).

Захворювання спостерігається звичайно у первородящих у другій половині вагітності. Клінічні явища звичайно наростають на кінець вагітності і нерідко закінчуються еклампсією.

Лікування. Постільний режим, безсольова дієта, обмеження рідини і білка в їжі. Внутрішньом'язово 25% розчин сірчанокислої магнезії 20 мл. Внутрішньовенно 40% розчин глюкози 20 мл. Опромінення кварцовою лампою. При еклампсії — кровопускання, спинномозковий прокол, під шкіру морфін, клізми з хлорат-гідрату (див. *«Еклампсія»* в розділі *«Акушерство»*).

В тяжких випадках — переривання вагітності або прискорення родів.

НЕФРОСКЛЕРОЗ (NEPHROSCLEROSIS). Етіологія і патогенез. В основі хвороби лежить склероз дрібних артерій (артеріол) нирок, який виникає звичайно у зв'язку з гіпертонічною хворобою. Кровообіг у клубочках і канальцях порушується, що приводить до запустівання останніх, загибелі їх і заміни сполучною тканиною. Нирки зменшуються в об'ємі, азотовидільна функція їх падає, в крові затримуються азотисті шлаки.

Симптоми і перебіг. Стійка гіпертонія (до 200 мм і вище — максимальний тиск, до 100—120 мм — мінімальний), гіпертрофія м'яза серця, нерідко недостатність серця (задишка, застійні хрипи в легенях, серцева астма), зниження зору (склероз судин очного дна), головні болі (спазма мозкових судин). Зміни сечі незначні: білок до 1‰, в осаді — поодинокі еритроцити і циліндри, спостерігається збільшене сечовиділення (полінурія), нічне сечовиділення (ніктурія), низька і незмінна протягом дня питома вага сечі (гіпоізостенурія). При наростанні в крові азотистих шлаків розвивається картина уремії (див. уремію при хронічному нефриті). Розрізняють доброякісний нефросклероз (з повільним перебігом) і злоякісний або прогресуючий нефросклероз (з бурхливим перебігом, з швидким розвитком ниркової недостатності).

Профілактика і лікування нефросклерозу зводяться до запобігання і лікування гіпертонічної хвороби. При уремії — лікування останньої (див. *«Хронічний нефрит»*).

ОПУЩЕННЯ НИРКИ (NEPHROPTOSIS). БЛУКАЮЧА НИРКА (REN MOBILE). Етіологія і патогенез. Опущення нирки спостерігається при зниженні внутрішньочеревного тиску, при ослабленні м'язів черевного преса, схудненні і поєднується звичайно з опущенням інших внутрішніх органів. Частіше хворіють жінки, особливо багатороджалі.

Симптоми і перебіг. Болі в попереку, що посилюються під час руху, іноді й сильні, колікоподібні болі (перегин сечоводів). Спостерігаються порушення з боку шлунково-кишкового тракту (нудота, запори), в результаті рефлекторного діяння з нирки. При пальпації промацується нижній полюс, половина або вся нирка, при цьому вона легко зміщується.

Профілактика і лікування. Диспансеризація вагітних. Фізичні вправи, посилене харчування, бандаж, у тяжких випадках — оперативне втручання.

ОПУХИ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ. З опухів нирок зустрічаються головним чином гіпернефроми і карциноми, найчастіше — перші. В сечовому міхурі спостерігаються поліпи, папіломи, рак.

Симптоми і перебіг. У сечі кров, іноді згустками, біль у ділянці нирок. Іноді промацується збільшена і нерівна нирка. Діагноз уточнює урологічне дослідження

Лікування — хірургічне. При болях призначають болезаспокійливі засоби.

ІНФАРКТ НИРКИ (INFARCTUS RENIS). Етіологія і патогенез. Виникає при закупорці кінцевих гілок ниркових артерій емболом. Частіше буває при ендокардитах.

Симптоми. Біль у попереку, гематурія. При цьому також спостерігаються інші прояви ендокардиту.

Лікування. Постільний режим, болезаспокійливі засоби, лікування основного захворювання (наприклад, ендокардиту.).

ЗАПАЛЕННЯ НИРКОВИХ МИСОК. ПІЄЛІТ. (PYELITIS). Етіологія і патогенез. Гострий пієліт викликається кишковою паличкою, стрептококом, стафілококом і мішаною інфекцією, зустрічається при вагітності і після охолодження. Інфекція проникає через кров, лімфу або по сечових шляхах. Хронічний пієліт буває при затримці сечі в нирці, туберкульозному ураженні нирки і нирковокам'яній хворобі.

Симптоми і перебіг. При гострому пієліті — висока температура до 39—40°, озноб, біль у попереку, часті, болючі сечовипускання. При постукуванні поперекової ділянки — різка болючість (симптом Пастернацького). Сеча мутна, з пастівчастим осадом, поганим запахом, лужною реакцією. В осаді сечі багато лейкоцитів, хвостаті клітини ниркового епітелію, еритроцити, мікроби. Альбумінурія незначна. При хронічному пієліті симптоми виражені слабше: субфебрильна температура, позноблювання, розбитість. У сечі мало білка і багато лейкоцитів. Гострий пієліт звичайно закінчується видужанням. Хронічний пієліт може давати загострення.

Лікування. При гострому пієліті постільний режим, молочно-рослинна їжа (забороняються гострі, солоні страви), пиття у великій кількості — до 10—12 склянок на день, мінеральні води (боржомі, єссентуки). З ліків — сульфідин або норсульфазол по 1,0 4 рази на день, стрептоцид по 1,0 4 рази на день, пеніцилін 400 000—800 000 одиниць на добу, аспірин, уротропін, салол (0,5) з екстрактом белладонни (0,015) 3 рази на день, відвар ведмежого вушка з 12,0 на 200,0 по 1 столовій ложці — 4—5 разів на день.

При хронічних пієлітах, які не піддаються лікуванню — промивання мисок (в урологічному кабінеті).

ЗАПАЛЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА. ЦИСТИТ. (CYSTITIS). Етіологія і патогенез. Причина — інфекція, що попадає по кровоносних, лімфатичних і сечовивідних шляхах.

Симптоми. Часте і болюче сечовипускання. Сеча виділяється невеликими порціями і містить багато слизу та лейкоцитів, небагато білка, еритроцити, багато епітеліальних клітин. Реакція сечі лужна. При гострому циститі підвищується температура і порушується загальний стан. При хронічному циститі болі незначні, сечовипускання не прискорене. Сеча мутна, лужної реакції, в ній знаходять багато лейкоцитів.

Профілактика і лікування. Щоб запобігти виникненню циститу, рекомендується: своєчасно лікувати гонорею і пієліт, не зловживати катетеризацією при затримці сечі у інфекційних хворих, проводити катетеризацію стерильно і за суворими показаннями.

При гострому циститі — постільний режим, тепло на живіт. З їжі виключаються гострі страви і спиртні напої. Хворому дають багато пити, уротропін і салол по 0,5 3 рази на день, настій ведмежого вушка з 12,0 на 200,0 по 1 столовій ложці 4—5 разів на день. При хронічному циститі сечовий міхур промивають розчином марганцевокислого калію або розчином ляпісу.

ГІДРОНЕФРОЗ (HYDRONEPHROSIS). Етіологія і патогенез. В основі хвороби лежить утруднення відтікання сечі з миски (закупорка сечоводу каменем, перегин сечоводу, рубцеве звуження його, стиснення іншими органами). Скупчення сечі в мисці приводить до розширення останньої (пієлоектазія), а надалі до атрофії ниркової тканини.

Симптоми і перебіг. Приступоподібні болі, прискорене сечовипускання, збільшена нирка (промацується у вигляді округлого, флюктуючого опуху). Захворювання може ускладнюватися інфекцією (посилення болю, підвищення температури, нагноєння вмісту миски). Нерідко гнійний процес поширюється на навколониркову клітковину.

Лікування. Усунення причини, що викликає затримку сечі в мисці, катетеризація розширеної миски. При нагноєнні — операція.

ПІОНЕФРОЗ (PYONEPHROSIS) — скупчення гною в мисці. Причиною є нагноєння вмісту миски при гідронефрозі або гнійний пієліт у поєднанні з закупоркою сечоводу.

Симптоми. Біль у ділянці нирок. При дослідженні хворого нерідко вдається промацати збільшену і болючу нирку. Сеча часто мутна. При дослідженні сечі виявляється велика кількість лейкоцитів в осаді (піурія). Можуть спостерігатися також тяжкі загальні явища інтоксикації: гарячковий стан, нудота, блювання, зміни з боку крові (лейкоцитоз, падіння кількості гемоглобіну і еритроцитів).

Лікування. При однобічному піонефрозі — видалення нирки.

НИРКОВОКАМ'ЯНА ХВОРОБА. НЕФРОЛІТІАЗ (NEPHROLITHIASIS). Етіологія і патогенез. Камені утворюються частіше в мисці, рідше — в самій нирці. Звичайно уражається одна нирка. Камені бувають різної величини і складу: фосфати, урати, оксалати. Причина — порушення обміну, інфекція в сечових шляхах, застій сечі.

Симптоми і перебіг. Характерна ознака — *ниркова коліка:* раптові сильні болі в поперековій ділянці, які віддають у сечовід, низ живота, статеві органи, ногу. Під час приступу — підвищення температури, часте і болюче сечовипускання, кров'яниста сеча, іноді виділення каменя з сечею. Після приступу лишається біль при постукуванні поперекової ділянки. Камені можна виявити на рентгенівському знімку нирки (особливо при пієлографії). Нирковокам'яна хвороба може ускладнитися гнійним пієлітом, піонефрозом (при закупорці сечоводу каменем). При ускладненні пієлітом у сечі появляється багато лейкоцитів і періодично підвищується температура (хронічний калькульозний пієліт).

Лікування. Постільний режим, грілка на ділянку нирок, загальна гаряча ванна. Під час сильних болів під шкіру — атропін 0,1% 1 мл, морфін 1% 1 мл; всередину — екстракт белладонни 0,015, папаверин 0,03. Після приступу — велика кількість питва. Дієта призначається залежно від виду каменів. При сечокислих каменях обмежується м'ясо, печінка, нирки. При наявності оксалатів забороняються щавель, шпинат, томати, какао. Корисно давати мінеральні води: єссентуки, боржомі, води Трускавця. При фосфатних каменях дають окисну дієту: м'ясо, соляну кислоту, фруктові соки. Треба добитися кислої реакції сечі, яка перешкоджатиме випадінню фосфатів. При ускладненні піонефрозом показане оперативне втручання.

ТУБЕРКУЛЬОЗ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ. Симптоми. Біль у ділянці нирок, іноді підвищення температури. Сеча

мутна, реакція її кисла, в осаді сечі знаходять багато лейкоцитів, еритроцитів, іноді туберкульозні палички. Хвороба нагадує хронічний пієліт. При підозрі на туберкульоз нирок необхідно піддати хворого урологічному дослідженню, а також вдатися до зараження морських свинок. Морській свинці впорскується осад сечі; якщо в останній є туберкульозні палички, то свинка захворює на туберкульоз. В усіх випадках, коли має місце затяжний пієліт або гематурія, не слід забувати про можливість туберкульозу нирки. Характерним є значне прискорення РОЕ.

В одних випадках туберкульоз нирки є єдиним клінічним проявом туберкульозу, в інших — він поєднується з туберкульозними явищами в легенях та інших органах. Уражатися може одна нирка, рідше — обидві, одночасно може мати місце і туберкульоз сечового міхура. В таких випадках приєднуються симптоми циститу, а при цистоскопії знаходять специфічні для туберкульозу зміни в сечовому міхурі, особливо — в ділянці устів сечоводів.

Лікування. Повноцінне харчування, перебування на свіжому повітрі. Стрептоміцинотерапія. В тяжких випадках, при умові однобічного ураження, — видалення хворої нирки.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ КРОВОТВОРЕННЯ

ГОСТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ (ANAEMIA POSTHAEMORRHAGICA ACUTA). Етіологія. Велика кровотеча при пораненнях, при захворюваннях різних органів (туберкульоз легень, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки та ін.), при внутрішній кровотечі під час позаматкової вагітності, кровотечі маткові, носові та інші викликають гостре недокрів'я і колапс, які загрожують життю хворого.

Симптоми. При великій крововтраті хворий відчуває швидке виникнення слабості, потемніння в очах, сухість у роті, задишку, серцебиття, і, нарешті, може настати непритомний стан; помітно посилюється блідість, пульс стає частим і ниткоподібним. При аналізі крові завжди виявляється різке зменшення кількості гемоглобіну та еритроцитів крові (до 30—20—10% гемоглобіну, до 2,3 млн. еритроцитів), колірний показник крові знижується до 0,5 і нижче.

Швидке наростання блідості лиця, всіх шкірних покривів, слизових оболонок є показником значної кровотечі; якщо немає зовнішньої кровотечі, можна припустити внутрішню кровотечу в порожнину шлунка, кишок, в порожнину очеревини, розрив аневризми аорти (в останньому випадку швидко настає летальний кінець).

Лікування. Треба усунути причину кровотечі (накладання джгута при пораненні кінцівки, тампонада носа при носовій кровотечі і т. д.); поряд з цим хворого необхідно покласти горизонтально з трохи піднятими ногами і негайно зробити переливання крові 500—800 мл, при потребі — повторно. Крім того, треба вводити великі кількості рідини — підшкірно або у вигляді крапельних клізм (фізіологічний розчин кухонної солі або 5% розчин глюкози). Для підвищення здатності крові зсідатися можна вводити внутрішньовенно 10% розчин кальцій-хлориду по 10 мл і підшкірно 20—40 мл 10% розчину желатини.

При розвитку симптомів колапсу — відповідне лікування (див. стор. 39).

ХРОНІЧНІ ВТОРИННІ АБО СИМПТОМАТИЧНІ АНЕМІЇ. Хронічне недокрів'я може розвинутися після дуже великої кровотечі або повторних крововтрат при пораненнях, при кровотечах з шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба, геморой, опухи, цироз печінки), з легень (туберкульоз, абсцес), з сечовивідних шляхів (камені нирок та сечового міхура, поліпи), при носових, маткових кровотечах. Недокрів'я можуть викликати різні інфекції (малярія, сепсис, туберкульоз, сифіліс), кишкові паразити, а також хронічні отруєння (свинець, чадний газ, бензин та бензол, анілін). Іноді прогресуюче недокрів'я є ознакою злоякісного новоутворення, що розвивається. Крім того, хронічне недокрів'я розвивається в поганих умовах життя, при неповноцінному харчуванні, особливо при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, при шлунковій ахілії; захворювання органів кровотворення також часто супроводиться недокрів'ям (лейкемії, лімфогранульоматоз).

Лікування. Головне значення має лікування основного захворювання.

Щоб поліпшити кровотворення, застосовується залізо, відновлене воднем (Ferrum reductum) по 1,0 3 рази на день протягом 3—4 тижнів; при лікуванні залізом призначити приймання соляної кислоти (3 рази на день по 8 крапель розведеної соляної кислоти на півсклянки води приймати під час їди). При занепаді живлення призначають арсен — фовлерівський розчин (Liquor arsenicalis Fowleri) по 2 краплі 3 рази на день, другий тиждень — по 3 краплі, третій — по 4 краплі, четвертий — по 5 крапель 3 рази на день або у вигляді ін'єкцій 1% розчину натрій-арсеніту — почати з 0,3 мл, щодня додаючи по 0,1 мл, дійти до 1 мл; всього 30 ін'єкцій.

У тяжких випадках слід робити повторне переливання крові по 200—300 мл 1 раз на тиждень.

Поряд з медикаментозним лікуванням велике значення має перебування на свіжому повітрі і правильне харчування — багата на вітаміни їжа, м'ясні продукти у стравному вигляді — зокрема печінковий паштет, кров'яна ковбаса.

АНЕМІЯ АДДІСОНА-БІРМЕРА (ANAEMIA BIRMERI). Етіологія. Анемія Аддісона-Бірмера або злоякісне недокрів'я виникає внаслідок недостатнього утворення в слизовій оболонці шлунка антианемічного фактора.

Симптоми. Характерне лимонножовте забарвлення шкіри, блідість слизових оболонок, відсутність схуднення, язик гладкий, ніби полірований; хворі скаржаться на слабість, швидку стомлюваність, запаморочення, задишку, поганий апетит, іноді на слабість у ногах, порушення чутливості в них. Постійним симптомом є відсутність соляної кислоти в шлунковому соку. При аналізі крові поряд із зменшенням кількості гемоглобіну та еритроцитів характерним є те, що колірний показник крові вище одиниці.

Лікування. Найкращий ефект дає печінкова терапія. Печінку, телячу або бичачу, дають щодня по 200—250 г у сирому вигляді, поділяючи на 2 рази. Сиру або злегка обжарену печінку пропускають через м'ясорубку, додають до неї перцю, цибулі та інших смакових речовин. Печінку слід запивати розведеною соляною кислотою (20 крапель на півсклянки води). Замість печінки можна застосовувати сирий свинячий шлунок по 200 г щодня. Не менш ефективно діють препарати печінки — печінковий екстракт по 1 столовій ложці 3 рази на день або гепалон чи камполон внутрішньом'я-

зово по 2 мл щодня. Лікування печінкою треба провадити доти, поки склад крові не стане нормальним. Щоб уникнути рецидивів, надалі слід приймати 2—3 рази на тиждень печінку протягом всього життя.

У тяжких випадках, особливо при дуже низькій кількості гемоглобіну в крові, поряд з печінковою терапією робити переливання одногрупної крові по 200—300 мл через кожні 4 дні.

Зважаючи на шлункову ахілію і диспептичні явища, корисно призначати соляну кислоту й пепсин по 4,0 на 150,0 води по столовій ложці на чверть склянки води під час їди, а також панкреатин по 0,5 3 рази на день до їди. Харчування — різноманітне, добре засвоюване, корисні пивні дріжджі.

ГЕМОЛІТИЧНА ЖОВТЯНИЦЯ (ICTERUS HAEMOLYTICUS). Етіологія і патогенез. Найчастіше — це хронічне захворювання, при якому кістковий мозок продукує недосить стійкі еритроцити і меншої величини, ніж у нормі.

Симптоми. Захворювання проходить хронічно; періодично, під впливом різних факторів, настає посилений розпад еритроцитів і в крові різко знижується кількість гемоглобіну та еритроцитів, поряд з цим виникає жовтяниця внаслідок надмірного утворення жовчних пігментів. При цій анемії колірний показник крові коливається близько одиниці, у крові багато ретикулоцитів; у сечі, на відміну від інших типів жовтяниць, немає жовчних пігментів, кал інтенсивно забарвлений. Селезінка завжди збільшена, щільна; іноді бувають болі в ділянці печінки та селезінки. Коли немає гемолітичних криз, самопочуття хворих задовільне.

Лікування. У періоди погіршання — постільний режим. Переливання крові протипоказане. У випадках з тяжким перебігом показана операція видалення селезінки.

ПОЛІЦИТЕМІЯ (POLYCYTHAEMIA). При цьому захворюванні підвищена продукція червоних кров'яних тілець і кількість їх у крові досягає 7—9 млн. в 1 мм³, кількість гемоглобіну — понад 100%. Характерний вигляд хворого — лице і шкіра вишневочервоного кольору, очі налиті кров'ю. Часто відмічається збільшена селезінка, іноді підвищення кров'яного тиску. Хворі скаржаться на головні болі, шум у вухах, розлад зору, задишку; іноді бувають кровотечі— носові, гемороїдальні, тромбофлебіти.

Лікування. Корисні періодичні кровопускання 600—800 мл і рентгенізація довгих та плоских кісток. Показана молочно-вегетаріанська дієта.

ХРОНІЧНА МІЄЛОЇДНА ЛЕЙКЕМІЯ АБО ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЗ (LEUKAEMIA MYELOIDEA CHRONICA). Міелоїдна лейкемія характеризується різким збільшенням у крові лейкоцитів: кількість їх доходить до 100 000, 200 000 і більше в 1 мм³ крові, причому серед них є велика кількість молодих форм (міелоцити, міелобласти); в рідких випадках кількість лейкоцитів може не наростати, але лейкоцитарна формула змінена: в ній переважають молоді форми. Поступово розвивається анемія. Завжди є велика щільна селезінка.

Лікування. Значне тимчасове поліпшення дає рентгенотерапія, яка проводиться під контролем повторних аналізів крові. Періодично призначається курс арсену (протягом місяця приймання фовлерівського розчину у зростаючих дозах — починаючи з 2 крапель 3 рази на день до 5 крапель 3 рази на день, або підшкірні ін'єкції 1% розчину натрій-арсеніту, починаючи з 0,2 мл до 1,5 мл і потім

знижуючи). Останнім часом застосовують лікування уретаном і ембіхіном.

ХРОНІЧНА ЛІМФАТИЧНА ЛЕЙКЕМІЯ АБО ХРОНІЧНИЙ ЛІМФАДЕНОЗ (LEUKAEMIA LYMPHATICA CHRONICA). Це захворювання характеризується збільшеною продукцією лімфоцитів, кількість лейкоцитів у крові може досягати кілька сотень тисяч в 1 мм³, у лейкоцитарній формулі — понад 90% лімфоцитів, серед яких значна кількість молодих лімфоцитів (лімфобласти). Порівняно рано виявляється збільшення всіх лімфатичних вузлів — вони рухомі, нещільні, не зрощені з шкірою.

Лікування. Рентгенотерапія під контролем аналізів крові. Періодично курс лікування арсеном.

ГОСТРА ЛЕЙКЕМІЯ. ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ (LEUKAEMIA ACUTA). Як мієлоїдна, так і лімфоїдна лейкемія може проходити гостро. У цих випадках захворювання починається як гострий сепсис — озноби, значне підвищення температури, загальна розбитість, дуже часто виникають тяжка ангіна і стоматит, звичайно гангренозний, крововиливи в шкіру. При цьому дослідження крові виявляє прогресуючу анемію і збільшення лейкоцитів у крові з перевагою дуже молодих форм (мієлобласти, лімфобласти). Хвороба протягом кількох тижнів приводить до смерті.

Лікування проводиться як при септичних захворюваннях: внутрішньовенно 40% розчин уротропіну по 10 мл. Переливання крові погіршує стан хворих. Останнім часом застосовують введення пеніциліну й одночасно повторні переливання (через кожні 4—5 днів) по 200—250 мл еритроцитарної маси.

АГРАНУЛОЦИТОЗ. АГРАНУЛОЦИТАРНА АНГІНА (AGRANULOCYTOSIS ANGINA AGRANULOCYTICA). Етіологія. Агранулоцитоз виникає внаслідок тяжкого ураження кровотворної тканини при інфекції, інтоксикації, передозуванні рентгенівського проміння, а також як наслідок харчового отруєння зіпсованими зерновими продуктами, наприклад, споживання перезимувалого в полі проса.

Симптоми. Після деякого періоду загального нездужання з'являється висока температура та болі в горлі. При огляді зіва виявляється некротична ангіна. При дослідженні крові знаходять різке зменшення кількості лейкоцитів (лейкопенія), число їх зменшується до 1 000—300 в 1 мм³, при цьому зникають всі зернисті форми (гранулоцити) — нейтрофільні, еозинофільні клітини. Хвороба нерідко закінчується смертю.

Лікування. Переливання крові по 150 мл раз на 5 днів, ін'єкції 1% розчину натрій-нуклеїнату по 5 мл на день протягом 10 днів, великі дози вітаміну С і препарати печінки (гепалон). Рентгенівське опромінення кісток малими (подразними) дозами.

ГЕМОРАГІЧНІ ДІАТЕЗИ. Захворювання, що характеризуються схильністю до кровотечі, об'єднані в групу під назвою геморагічні діатези.

ХВОРОБА ВЕРЛЬГОФА (MORBUS MACULOSUS WERLHOFII). Симптоми. Захворювання виявляється крововиливами в шкіру. Досить легкої травми, наприклад щипка, щоб утворився синяк, нерідко бувають кровотечі з носа, з матки; при уколі пальця тривалість кровотечі замість нормальних 2—4 хвилин доходить до години.

Для діагнозу важливе значення має аналіз крові: для хвороби Верльгофа характерним є зменшення кількості тромбоцитів (тромбопенія), замість нормальних 300 000 в 1 мм³ кількість їх зменшується

до 60 000—30 000 і менше, час зсідання крові лишається нормальним. Хвороба хронічна, проходить з періодами поліпшення і погіршання.

Лікування. Гігієнічний спосіб життя, їжа багата на вітаміни, особливо на вітамін С, періодично приймати по 0,2 аскорбінової кислоти на день протягом місяця, потім 2—4 тижні перерва. В період загострення хвороби корисні внутрішньовенні вливання 10% розчину кальцій-хлориду по 10 мл 1—2 рази на день, переливання крові малими дозами по 100 мл через 3—4 дні. Можна провести курс автогемотерапії (по 10 мл крові внутрішньом'язово щодня — всього 10 ін'єкцій). При розвитку недокрів'я призначають препарати заліза і печінки. При відсутності ефекту від консервативного лікування вдаються до операції спленектомії.

ХВОРОБА ШЕНЛЯЙНА-ГЕНОХА АБО КАПІЛЯРНИЙ ТОКСИКОЗ (MORBUS SCHAENLEIN-HENOCH). Симптоми. Хвороба найчастіше виявляється точковими крововиливами в шкіру нижніх кінцівок, поряд з крововиливами можуть бути висипки — кропив'янка, еритема, рідше з'являються болі та припухання суглобів і підвищення температури; іноді хвороба супроводиться болями в животі, блюванням, кишковою кровотечею.

Лікування. Добре діє пірамідон (по 0,3 5—8 разів на день), або натрій-саліцилат (розчин натрій-саліцилату з 8,0—10,0 на 150,0 6—8 столових ложок на день). Можна застосовувати кальцій-хлорид 10% розчин 4 столових ложки на день.

ГЕМОФІЛІЯ (HAEMOPHILIA). Це таке захворювання, яке уражає частіше осіб чоловічої статі, виявляється з дитячого віку. Після незначної травми виникають крововиливи та кровотечі; найчастіше бувають кровотечі з носа, крововиливи під шкіру, в суглоби. При аналізі крові виявляється різке сповільнення здатності крові зсідатися, тривалість кровотечі при уколі голкою в палець нормальна, кількість тромбоцитів не зменшена.

Лікування. Дуже важливо оберігати хворого від травми. Добрий результат досягається від переливання цитратної крові по 400 мл через кожні 4 дні. Дієта повинна бути багата на вітаміни, особливо на вітамін С і К.

При цинзі також є велика схильність до кровотечі (див. *«Авітамінози»*).

ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАЛОЗ ВНУТРІШНЬОЇ СЕКРЕЦІЇ

БАЗЕДОВА ХВОРОБА (MORBUS BASEDOWI). Етіологія і патогенез. Підвищена функція щитовидної залози — гіпертиреоз — є основою хвороби. В походженні хвороби велику роль відіграє порушення функції кори головного мозку. У зв'язку з цим в анамнезі хворих часто відмічаються психічна травма, переляк, нервова перевтома; мають також значення інфекції — грип, туберкульоз, тиф, вогнищева інфекція та ін. Базедова хвороба частіше буває у жінок.

В патогенезі захворювання, мабуть, має значення вплив кори головного мозку на функцію передньої частки гіпофіза, який виділяє гормон, що посилює функцію щитовидної залози (тиреотропний гормон).

Симптоми і перебіг. Основних симптомів три: збільшена щитовидна залоза (зоб), витрішкуватість (екзофтальм) і прискорення пульсу (тахікардія). Хворі легко збудливі, дразливі, скаржаться

на безсоння і відчуття жару, легко потіють; температура субфебрільна (37—37,5°), помітне дрижання рук, особливо при їх витягуванні. Іноді спостерігається ранне посивіння волосся. Звичайно перебіг хронічний. При відсутності зоба і слабо виражених симптомах говорять про гіпертиреоїдизм, який може тягнутися роками. Однак, у будь-якій стадії хвороба може загостритися, викликати кахексію, серцеву слабість і смерть. Особливо тяжко проходять гострі форми захворювання, які зустрічаються рідше.

Профілактика і лікування. Фізичний і психічний спокій. Багата на вітаміни рослинно-молочна їжа. Обмежити м'ясо, заборонити куріння і спиртні напої, кофе, міцний чай. У тяжких випадках — постільний режим. При появі перших симптомів дається йод у малих дозах за таким прописом: йодистого калію 0,8, дестильованої води 200,0 — по 1 чайній ложці 2 рази на день або краплі: йоду 0,05, йодистого калію 0,1, дестильованої води 50,0—по 10 крапель 2 рази на день. Можна давати розчин Люголя по 1—5 крапель 2—3 рази на день. Специфічним засобом є тіоурацил і менш токсийний — метилтіоурацил. Ці засоби даються в дозах по 0,2 за такою схемою: 10 днів 3 рази на день, 10 днів 2 рази на день і 10 днів 1 раз на день.

При лікуванні метілтіоурацилом обов'язково стежити за аналізом крові (остерігатися лейкопенії) Для боротьби з виснаженням роблять підшкірні ін'єкції інсуліну по 5 одиниць 2 рази на день протягом місяця. Для заспокоєння нервової системи дають бромисті препарати, бромурал по 0,3 3 рази на день, люмінал по 0,05 2 рази на день, валеріанові краплі по 20 крапель 3 рази на день. Загальні солоно-хвойні ванни. В тяжких або швидко прогресуючих випадках, які не піддаються лікуванню — рентгенотерапія або краще — операція, при якій видаляється частина щитовидної залози. Перед операцією обов'язковий підготовчий період: постільний режим, ванни, інсулін, лікування йодом, калорійне харчування.

МІКСЕДЕМА (MYXOEDEMA). Етіологія. Зниження або припинення функції щитовидної залози. Може бути при природженому недорозвиненні її або після рентгенівського опромінення, оперативного видалення залози, після душевних зворушень, в період угасання функції статевих залоз у жінок.

Симптоми і перебіг. Шкіра на лиці, шиї, кінцівках суха, холодна, набрякла, лице одутле, маскоподібне. Волосся, особливо на лиці, випадає. Нігті ламкі. Голос хрипкий внаслідок набряку гортані. Температура нижча від нормальної, мерзлякуватість. Зниження всіх психічних і фізичних функцій: обмін речовин знижений, пульс рідкий, серцеві скорочення мляві. Щитовидна залоза зменшена. Зниження функції статевих залоз: розлад або припинення місячного у жінок, імпотенція — у чоловіків. У дітей — пізне дозрівання, відсталість у розумовому розвитку аж до недоумства. Хвороба може тривати роками.

Профілактика і лікування. Препарат щитовидної залози—тиреоїдин призначається якомога раніше і дається тривалий час, іноді протягом років, при потребі — протягом всього життя. Залежно від тяжкості хвороби, тиреоїдин дають від 0,01 до 0,1 по 2—3 рази на день. Перерва в лікуванні (до 1—2 тижнів) робиться при появі серцебиття, пітливості, дрижання, різкого схуднення, поносів. Потрібно завжди пам'ятати про індивідуальну чутливість до тиреоїдину, слід уникати передозировки препарату.

ЗОБ ЕНДЕМІЧНИЙ (STRUMA ENDEMICA). Етіологія. Ендемічний зоб, що зустрічається в певних місцях, зв'язаний з недостатньою кількістю йоду в питній воді і харчових продуктах. Іноді зоб може розвинутися і поза вогнищами зобної ендемії (спорадичний зоб).

Симптоми і перебіг. Щитовидна залоза збільшується рівномірно (дифузний зоб) або у вигляді вузлів (вузлуватий зоб) і досягає іноді великих розмірів, утруднюючи дихання. Загальні явища різні залежно від того, чи перебуває залоза в стані гіпер- чи гіпофункції. При розвитку ендемічного зоба в ранньому дитинстві утворюється тяжке ураження організму з затримкою розумового і фізичного розвитку (див. *«Кретинізм»*).

Профілактика і лікування. В місцевостях ендемічного поширення зоба населенню постачають йодовану кухонну сіль. При зниженій функції щитовидної залози — гіпотиреозі, особливо при кретинізмі, з раннього дитинства — тривале застосування тиреоїдину. В початкових стадіях ендемічного зоба — призначення йоду по 1 мг на добу. Добре діє антиструмін. Значною є роль диспансерного нагляду за хворими. Велике значення має тут робота фельдшера щодо нагляду за постачанням населенню йодованої солі, за роздачею антиструміну дітям у школі і т. д. В деяких випадках успіх дає хірургічне лікування.

КРЕТИНІЗМ (CRETINISMUS). Етіологія. Зниження або припинення функції щитовидної залози з раннього дитинства. Зустрічається більше в місцевостях поширення ендемічного зоба і часто супроводить його.

Симптоми і перебіг. Різко затримується загальний розумовий і фізичний розвиток. Малий зріст, лице одутле, рослинність скудна, ніс сідловидний, шкіра суха, живіт здутий, глухонімота або приглухуватість, загальна млявість, малорухомість, погана пам'ять, недоумство. Часто буває зоб.

Профілактика і лікування. В місцевостях ендемічного поширення кретинізму і зоба населенню видають йодовану кухонну сіль. Тиреоїдин—протягом всього життя.

ТЕТАНІЯ (TETANIA). Етіологія і патогенез. Недостатня функція паращитовидних (навколощитовидних) залоз, яка супроводиться зниженням кількості кальцію в крові, легкою збудливістю нервової системи з появою тонічних судорог. Може розвинутися після операції видалення зоба, якщо разом з ним були видалені або пошкоджені навколощитовидні залози, після ушибу, стиснення шиї, при інфекційних захворюваннях (черевний тиф, малярія, туберкульоз, грип), отруєння (свинець, фосфор, окис вуглецю, хлороформ, морфін, ріжки, кокаїн), шлунково-кишкових захворюваннях (стеноз воротаря, розширення шлунка, глисти, ентерити, аліментарні дистрофії), наприкінці вагітності і в післяродовому періоді, при поганому харчуванні, при рахіті.

Симптоми і перебіг. Приступи тонічних судорог починаються з кінцівок. Пальці рук зводяться і набирають форми як під час писання («рука акушера»), іноді стискуються в кулак, спостерігається підошовне згинання стопи і згинання пальців.

Може настати судорога діафрагми, ларингоспазма (частіше у дітей), пілороспазма, спазма бронхів, сечового міхура. Приступи легко виникають від усякого подразнення: при стисненні плеча — судорога кисті, при постукуванні по лицевому нерву біля зовніш-

нього слухового проходу — сіпання кута рота і носа; судороги можуть тривати від кількох хвилин до кількох годин і можуть привести до смерті.

Профілактика і лікування. В легких випадках — по 10—30 одиниць (0,5—1,5 мл) паратиреоїдину, в тяжких випадках — по 40—100 одиниць (2—5 мл) паратиреоїдину внутришньом'язово. Хлористий кальцій внутрішньовенно 10% розчин по 10—20 мл або всередину по столовій ложці 3 рази на день. Вітамінол (вітамін D) дається по 10—12 крапель на добу. Добре діє пересадка паращитовидних залоз від тварин. Для припинення приступів застосовують наркотичні засоби: пантопон, папаверин, хлорал-гідрат, люмінал, бромисті препарати. При ларингоспазмі — інтубація, трахеотомія. У вагітних в тяжких випадках — переривання вагітності. Діти, що перебувають на штучному вигодовуванні, переводяться на грудне, їм дають риб'ячий жир, хлористий кальцій, вітамін D.

АДДІСОНОВА ХВОРОБА (MORBUS ADDISSONI). Етіологія. Недостатність функції надниркових залоз, головним чином їх коркової частини, найчастіше буває при туберкульозі обох цих залоз, сифілісі та інших інфекціях, новоутвореннях.

Симптоми і перебіг. Шкіра на відкритих частинах тіла — лиці, шиї, тильній поверхні рук, на місцях звичайного відкладання пігменту (на сосках, зовнішніх статевих органах) і на слизовій оболонці губ, ясен набуває темнокоричневого кольору, у зв'язку з чим це ураження має ще назву бронзової хвороби. Загальна слабість, гіпотонія, пульс частий, слабкий, тони серця глухі. Звичайно хвороба розвивається хронічно, може тягнутися роками, але може швидко настати загострення, кахексія, коматозний стан і смерть. Значно частіше, ніж Аддісонова хвороба, зустрічаються явища аддісонізму, особливо у вигляді так званого гіпотонічного синдрому (гіпотонія, астенія, адинамія).

Профілактика і лікування. Щодня підшкірно вводиться гормон кори надниркової залози—кортин 1—5 мл на день або синтетичний препарат — дезоксикортикостерон, який випускається в ампулах, що містять в 1 мл 5 і 10 мг препарату в масляному розчині. Цей розчин вводять внутрішньом'язово, залежно від тяжкості випадку від 5 мг 3 рази на тиждень до 10 мг щодня. Масляний розчин попереду підігрівають до температури тіла. Застосовуються також таблетки для імплантації: під шкіру, після розрізу, вкладаються стерильні таблетки дезоксикортикостерон-ацетату по 100—150 мг, що дає ефект на 2—3 місяці. Пересадка кори надниркових залоз від тварин. Добре давати по 10—20 г кухонної солі всередину — як ліки. Вітамін С (аскорбінова кислота), препарати миш'яку і кальцію. Відпочинок, свіже повітря, різноманітна поживна їжа з великою кількістю кухонної солі. В тяжких випадках — ін'єкції адреналіну, постільний режим.

АКРОМЕГАЛІЯ (ACROMEGALIA). Етіологія. Гіперфункція передньої частки гіпофіза, найчастіше — при еозинофільній аденомі.

Симптоми і перебіг. Поступово збільшуються кисті, стопи, ніс, вуха, язик, нижня щелепа, надбрівні дуги, ребра, грудина, а також внутрішні органи, розладнується зір; у зв'язку з гіпертрофією гортані голос грубішає. Розладнується функція щитовидної і статевих залоз.

На рентгенограмі черепа — розширення і поглиблення турецького сідла від тиснення опуху гіпофіза.

Хвороба триває роками, але при злоякісному характері опуху гіпофіза швидко розвивається кахексія із смертельним кінцем.

Лікування. Болезаспокійливі, загальнозміцнювальні, підтримуючі серцеву діяльність засоби. При сильних головних болях — рентгенотерапія або хірургічне видалення опуху. Іноді поліпшення настає при введенні великих доз фолікуліну хворим жінкам (по 5 000—10 000 мишачих одиниць щодня).

ГІПОФІЗАРНО-СТАТЕВА ДИСТРОФІЯ (DYSTROPHIA ADIPOSO-GENITALIS) або гіпофізарне ожиріння буває при порушенні функції гіпофіза. Розвивається інтенсивне ожиріння (відкладання жиру переважно на животі, стегнах, грудях), анемія при цілковитій затримці або відставанні розвитку статевих органів. У чоловіків — імпотенція, у жінок — аменорея, безплідність Рентгенографія турецького сідла іноді встановлює зміну його конфігурації.

Лікування. Препарати гіпофіза (пітуїтрин Р по 1 мл під шкіру 1 раз на день), щитовидної залози (тиреоїдин), статевих гормонів.

ГІПОФІЗАРНЕ ВИСНАЖЕННЯ (CACHEXIA HYPOPHYSARIA). Виникає при випадінні функції гіпофіза. Частіше буває у жінок 30—40 років. Розладнуються менструації, розвивається виснаження, температура нижче норми, анемія, гіпотонія, мерзлякуватість, вторинні статеві ознаки зникають, волосся і зуби випадають, хворі набувають старечого вигляду, розвивається сонливість, втрата пам'яті, галюцинації, коматозний стан.

Лікування. Застосування пітуїтрину і великих доз пролану (внутрішньом'язово по 100—300 одиниць на день). Поживна, багата на вітаміни дієта. Підшкірно від 5 до 100 мг тіамін-хлориду (вітамін B_1). При підозрінні на сифіліс — специфічне лікування.

НЕСАХАРНИЙ ДІАБЕТ (DIABETES INSIPIDUS). Етіологія. Недостатня функція задньої частки гіпофіза, яка виділяє гормон, що гальмує сечовиділення. Часто буває при опухах мозку, задньої частки гіпофіза, енцефаліті, менінгіті, сифілісі, туберкульозі, дифтерії, висипному тифі, малярії, скарлатині, а також при істерії, епілепсії і різних психічних захворюваннях, травмах черепа.

Симптоми і перебіг. Хворий виділяє до 10—30 л сечі на добу з низькою питомою вагою (1,001 — 1,004); в усьому іншому сеча без змін. Сильна спрага, загальна слабість, безсоння, пригнічений настрій, часто статеве безсилля. Хвороба триває роками.

Лікування. Підшкірні ін'єкції пітуїтрину Р по 1 мл 2—3 рази на день. Порошок висушеної задньої частки мозкового придатка — адіурекрин — вводиться шляхом вдування в ніс по 0,05 від 1 до 3 разів на день. Їжа безсольова, з обмеженням азотистих речовин. При сифілісі — специфічне лікування.

ХВОРОБИ ОБМІНУ

САХАРНИЙ ДІАБЕТ (DIABETES MELLITUS). Етіологія і патогенез. Сахарний діабет виникає внаслідок недостатньої функції інсулярного апарату підшлункової залози. Недостатнє виділення інсуліну порушує утворення глікогену в печінці і засвоєння тканинами глюкози крові, що веде до підвищення кількості цукру (глюкози) в крові (до 250—500 мг %) і виділення його з сечею.

Симптоми. Діабет розвивається повільно і непомітно. Спочатку хворий відзначає посилення спраги, збільшується виділення

сечі (поліурія), потім з'являється посилений апетит. Помітне схуднення.

Кількість сечі при діабеті завжди збільшена до 5—10 л на добу, вона високої питомої ваги (до 1,030—1,040) внаслідок присутності в ній глюкози (виноградного цукру), кількість якої коливається від 0,5 до 10%; у тяжких випадках в сечі з'являється ацетон, ацетоацетатна кислота (кетонурія), у видихуваному повітрі відчувається запах ацетону, який нагадує запах гнилих фруктів. З погіршанням хвороби в організмі скупчуються кислі продукти неповного згоряння жирів і може розвинутися діабетична кома, яка закінчується смертю, якщо хворому своєчасно не подано допомоги. У прекоматозному періоді відмічається значне схуднення, почервоніння лиця, апетит зменшується, розвивається загальна слабість, сонливість, посилюється дихання і, нарешті, хворий впадає у непритомний стан (кома).

У коматозному стані хворий втрачає не тільки свідомість, а й больову чутливість, виникає глибоке дихання Куссмауля, у видихуваному повітрі сильний запах ацетону, пульс частий, м'який, температура знижується, кількість виділюваної сечі зменшується.

Лікування сахарного діабету переважно дієтетичне. Слід уникати надмірного харчування, тому кількість їжі повинна відповідати вазі хворого, виходячи з розрахунку, що людині в стані спокою треба близько 30 калорій на 1 кг ваги тіла. Діабетику в їжі обмежують кількість вуглеводів — до 100 г на добу. Обмежують кількість білків в їжі необхідним мінімумом — близько 1 г білка на 1 кг ваги. Щоб зменшити почуття голоду і створити відчуття насищення, хворому дозволяють їсти багато овочів, в яких дуже мало вуглеводів (огірки, капуста).

У перші дні лікування можна призначити: 100 г чорного хліба, 100 г м'яса, 2 яйця, 100 г масла, 200 г молока, 1000 г овочів (капуста, салат, огірки, шпинат, щавель).

При такій дієті звичайно через 3—4 дні кількість цукру в сечі зменшується, а в легких випадках — зникає; при дієті з обмеженням вуглеводів поступово підвищується здатність організму засвоювати вуглеводи, тоді хворим потроху збільшують кількість їжі, зокрема вуглеводів, до 100—150 г на добу, тобто дозволяють з'їдати за день близько 200—300 г чорного хліба, якщо решта їжі не містить вуглеводів.

При складанні дієти діабетикові слід знати, які продукти він може їсти без обмеження і кількість яких має бути суворо обмежена.

Їжу, в якій дуже мало вуглеводів та білків, можна давати в значній кількості; до такої їжі належать: зелені овочі, капуста, щавель, редиска, шпинат, спаржа, огірки, салат, солоні помідори, м'ясні бульйони, кислі фрукти, мочені яблука. М'ясо, риба, яйця, сир містять мало вуглеводів, але багато білків, тому їх можна давати в обмеженій кількості. У крупах, борошні, хлібі, картоплі багато є вуглеводів. З дієти діабетиків слід зовсім виключити цукор, мед, варення, цукерки, солодкі фрукти. Для підсолоджування чаю та кофе можна вживати сахарин.

У тяжких випадках діабету, при виділенні з сечею ацетону та ацетоацетатної кислоти (запах ацетону у видихуваному повітрі), виключати вуглеводи з їжі не можна; таким хворим слід давати не менше 250—400 г чорного хліба на день, кількість білків у їжі обмежують; жири в перші дні лікування треба зовсім виключити з дієти.

Корисно в цих випадках раз—два на тиждень призначати овочеві та вівсяні дні. У вівсяні дні — з 200 г вівсяних круп, 120 г масла, 200 г молока готують супи та каші, які хворий споживає протягом дня. Дієта овочевого дня складається з 1000—1500 г овочів (наприклад, капусти), піджарених або тушкованих, 100 г масла, сухарика, 2 кислих яблук.

Лікування інсуліном. У деяких випадках діабету, особливо з тяжким перебігом, необхідно застосовувати інсулін. Під впливом інсуліну, який вводять під шкіру, кількість цукру в крові і сечі зменшується, він краще засвоюється організмом, також знижується утворення кетонових тіл. Інсулін показаний у виснажених хворих для підвищення засвоєння вуглеводів і поліпшення живлення, а також у хворих з явищами ацидозу (кетонурія); інсулін вводиться під шкіру по 10—30 одиниць 2 рази на день за 0,5—1 годину до їди. При застосуванні інсуліну проведення дієтетичного лікування лишається обов'язковим. З поліпшенням стану хворого (зменшення спраги, поліурії, зниження цукру в сечі — менше 1%, зникнення ацетону) дозу інсуліну поступово зменшують і, нарешті, введення його припиняють. Застосування інсуліну показане при виникненні у діабетика якоїсь інфекції (грип, пневмонія і т. ін.), до і після операції. При діабетичній комі застосування інсуліну є життєвим показанням.

Гіпоглікемія. Під впливом інсуліну кількість цукру в крові зменшується, іноді значно нижче від нормальної кількості (гіпоглікемія). В такому випадку у хворого розвивається слабість, блідість, з'являється піт і дрож, пульс прискорюється, виникає сонливість, іноді навіть коматозний стан. Стан гіпоглікемії з'являється при ін'єкції занадто великої дози інсуліну або коли після впорскування хворий протягом довгого часу не їсть. Стан гіпоглікемії зникає, коли хворий вип'е підцукрену воду або з'їсть кусочок цукру; при гіпоглікемічній комі слід ввести внутрішньовенно 20 мл 40% розчину глюкози або впорснути під шкіру 0,5—1 мл розчину адреналіну (1 : 1000).

Лікування діабетичної коми. Чим раніше зроблено впорскування інсуліну при діабетичній комі, тим більше шансів на врятування життя хворого. При комі під шкіру впорскують 50 одиниць інсуліну, через кожні 3 години впорскування повторюють доти, поки хворий не прийде до пам'яті. У найтяжчих випадках — першу ін'єкцію роблять внутрішньовенно і одночасно 50 одиниць інсуліну внутрішньом'язово. При комі можна ввести за добу до 200—300 одиниць інсуліну, рідко буває потреба вводити більшу кількість. Поряд з інсуліном при комі необхідно вводити цукор — внутрішньовенно 50—100 мл 20% розчину глюкози, з клізмою 5% розчин глюкози по 200—300 мл кілька разів на день або у вигляді крапельної клізми; якщо хворий може ковтати, дають воду з цукром. За добу хворому можна ввести близько 200 г вуглеводів. У зв'язку з обезводненням організму вводять фізіологічний розчин підшкірно (стерильний) або у вигляді клізм близько 1 л за добу. Слід також впорснути кофеїн і камфору по 2 мл 3—4 рази на день. Добре діє введення лугів (содові клізми). В наступні дні хворий повинен діставати менші дози інсуліну (по 20—30 одиниць 3—4 рази на день) та близько 200 г вуглеводів на день, наприклад, у вигляді вівсяної каші. Таке лікування повинно тривати до стійкого припинення виділення ацетону з сечею.

ОЖИРІННЯ (ADIPOSITAS). Етіологія Надмірне відкладання жиру в організмі настає при значному харчуванні, при зниженому обміні речовин; часто цей стан зв'язаний з сидячим способом життя.

Схильність до ожиріння виявляється при зниженні функцій статевих залоз (у жінок у клімактеричному періоді), щитовидної залози, гіпофіза.

Розпізнавання не важке при огляді хворого. Надлишкову вагу хворого можна приблизно визначити за формулою (нормальна вага в кілограмах відповідає цифрі зросту, вираженій у сантиметрах, мінус 100). При значному ожирінні хворі легко стомлюються, при рухах виникає задишка, серцебиття; з часом розвивається недостатність серця. У ожирілих нерідко розвивається діабет або подагра.

Лікування. Обмежити годування і збільшити енергетичні затрати організму. В дієті обмежити кількість рідини до 4—6 склянок на день, слід виключити алкогольні напої, особливо пиво. Один або два рази на тиждень корисно давати тільки фрукти або овочі, тобто призначати напівголодні дні. Кількість жирів у їжі слід обмежити до 40—60 г на добу, споживання цукерок, цукру, меду різко зменшити, білки давати переважно у вигляді нежирного вареного м'яса або риби. У необмеженій кількості дозволять салат, огірки, капусту, редиску. Для зменшення апетиту можна рекомендувати з'їдати перед їдою кілька яблук або велику порцію салату, огірків. При схильності до запорів призначати 1—2 рази на тиждень сольове проносне або баталінську воду — 1 склянку вранці.

Необхідною частиною лікування є тривалі прогулянки, фізкультурні заняття, фізична праця, душ, холодні обтирання.

При ознаках недостатності щитовидної залози призначають тиреоїдин по 0,1 3—4 рази на день; при цьому слід стежити за станом серця — при прискоренні пульсу і відчуваннях серцебиття припиняють давати тиреоїдин. При явищах яєчникової недостатності призначають оваріїн або фолікулін, краще у вигляді ін'єкції по 2 000—3 000 мишачих одиниць на день.

ПОДАГРА (PODAGRA). Патогенез. При подагрі відбувається відкладання натрій-урату в суглобах і навколо них (у сполучній тканині, в хрящах), виділення сечової кислоти з сечею порушене.

Симптоми. В суглобах — у навколосуглобових тканинах і хрящах відкладаються урати, що веде до спотворювання і малорухомості суглобів; часто уражаються дрібні суглоби рук і ніг, великий палець ноги, навколо суглобів промацуються подагричні щільні вузлики, які складаються із скупчення солей сечової кислоти (уратів). Такі вузли можуть утворитися і в інших місцях, особливо в хрящі вушної раковини. Гострий подагричний приступ характеризується раптовими болями в одному, рідше в кількох суглобах; суглоб опухає, шкіра над ним червоніє, через кілька годин болі зменшуються. Приступи звичайно повторюються кілька ночей підряд.

Лікування подагри переважно дієтетичне. Хворий повинен додержувати помірності в їді, різко обмежити кількість м'яса в їжі, зовсім виключити з їжі такі продукти, як печінка, нирки, молочна, щитовидна залози, щавель, шпинат, бо вони містять багато пуринів, з яких утворюється сечова кислота. Спиртні напої, особливо вина, треба заборонити. Рекомендується більш рухливе життя. фізична праця, спорт. З медикаментозних засобів застосовують: атофан по 0,5 3 рази на день, приймати 3 дні на тиждень. Під час приступу болів застосовують настойку колхіцину по 10 крапель 4 рази на день, тепло (солюкс, сине світло), хлороформний компрес на суглоб.

Хронічні зміни суглобів лікують за тими ж правилами, що й хронічний артрит.

АЛІМЕНТАРНА ДИСТРОФІЯ (DYSTROPHIA ALIMENTARIS). Етіологія і патогенез. В основі хвороби лежить недостатнє харчування (особливо недостача білків в їжі) або недостатнє засвоєння поживних речовин. Сприяє розвиткові хвороби фізичне перенапруження і охолодження. Знижується функція нервової і ендокринної систем. Порушується гормоноутворення. Хвороба поширена в капіталістичних і колоніальних країнах.

Симптоми і перебіг. Падіння ваги, загальна слабість, стомлюваність, мерзлякуватість, зниження температури тіла. Прискорення сечовипускання. Шкіра суха, лущиться, підшкірно-жирова клітковина зникає, м'язи атрофуються, з'являються набряки і скупчення рідини в серозних порожнинах. Артеріальний тиск знижений, розміри серця не знижені, тони серця глухі, брадикардія. З боку кишечника — поноси або запори.

В тяжких випадках — знижений апетит, загальмованість, недокрів'я, коматозний стан. Розрізняють набрякову і кахектичну форму хвороби. Остання проходить тяжче. Ускладнення: дизентерія, туберкульоз, пневмонія. Тепер хвороба в СРСР не зустрічається.

Лікування. Постільний режим. Зогрівання тіла. Харчування: 3 000—4 000 калорій на добу. Білка — 100—120 г, вітаміни А, В — 10 мг, нікотинова кислота (по 0,1 3 рази на день), аскорбінова кислота. Добре діють препарати печінки (камполон, гепалон), пивні дріжджі, переливання крові. Їжа повинна бути механічно щадною. При поносах — соляна кислота, пепсин, панкреатин. При коматозному стані — негайна допомога: зогрівання тіла, внутрішньовенно 20% спирт — 20 мл, 40% глюкоза — 20 мл. При поліпшенні стану — всередину гаряче вино, міцний солодкий чай і кофе. Під шкіру лобелін, кофеїн, адреналін.

АВІТАМІНОЗИ І ГІПОВІТАМІНОЗИ

Недостатня кількість вітамінів в організмі називається авітамінозом. Розвивається при недостатньому введенні в організм вітамінів з їжею.

Гіповітамінозом називається початкова або менш виражена стадія процесу збідніння організму на вітаміни, коли клінічні прояви цієї хвороби не такі помітні.

Відсутність вітамінів в їжі не є єдиною причиною хвороби. Авітаміноз і гіповітаміноз може розвинутися: при захворюваннях або станах організму, які розладнують обмін речовин, збільшують споживання вітамінів (вагітність, хвороби, що супроводяться високою температурою), при недостатньому засвоєнні вітамінів (шлунково-кишкові захворювання, розлади функції печінки), в таких випадках говорять про ендогенний авітаміноз.

АВІТАМІНОЗ А (AVITAMINOSIS A). Етіологія. Відсутність або недостача в їжі вітаміну А; погана засвоюваність його.

Симптоми і перебіг. Розладнується адаптація, з'являється зниження зору присмерком (куряча сліпота — гемералопія), порушується кольоровідчування до синього кольору; поле зору обмежується для червоного і синього кольору. На зовнішній і носовій частині кон'юнктиви ока — маленькі біляві, неначе змазані жиром, бляшки, не змочувані сльозами. Кон'юнктивальний мішок вкорочується; кон'юнктива легко збирається в складки, виникає сухість ока (ксерофтальмія). Може розвинутися блефарит, гіперемія, набряк, спаз-

ма повік, зниження чутливості кон'юнктиви, рогівки, вкривання виразками і розпад рогівки (кератомаляція).

Шкіра хворого суха, пігментована, лущиться, утворюються шкірні нагноєння (піодермія), вугри, нюх слабшає, часто — нежить, стоматит, бронхіт, трахеїт, отит. Зменшується кислотність шлункового соку. Схильність до поносів, циститу, утворення каменів у сечових шляхах. Іноді — гепатит, сепсис.

Профілактика і лікування. Забезпеченням добової потреби у вітаміні А запобігають розвиткові авітамінозу. Як для дорослого, так і для дитини мінімальна добова потреба у вітаміні А становить 2 мг каротину (провітамін А) або 3 300 інтернаціональних одиниць (ІО) вітаміну А. Вагітній жінці потрібно 4 мг каротину — 6 600 ІО, матері, що годує, — 5 мг або 8 300 ІО вітаміну А на добу. Вітамін А міститься в риб'ячому жирі, вершковому маслі, вершках, сметані, молоці, овочах (морква, червоний перець, петрушка, кріп, цибуля, шпинат, щавель, салат, помідори), фруктах (абрикоси), ягодах (шипшина, горобина, обліпиха).

Поряд із забезпеченням відповідного харчування, при гемералопії дають 10 000—25 000 ІО вітаміну А (6—15 мг каротину) на день; при шкірних симптомах — 100 000 ІО вітаміну А на день; при ксерофтальмії, кератомаляції — 50 000 — 100 000 ІО вітаміну А на день. Риб'ячий жир дають по 1 столовій ложці 2—3 рази на день.

АВІТАМІНОЗ B_1 (БЕРІ-БЕРІ). Етіологія. Хвороба розвивається при недостачі в їжі протиневритичного вітаміну B_1 (тіаміну, аневрину), зокрема при харчуванні рисом (якщо він є основним видом харчування), з якого знято оболонку зерен («полірований рис»). Бувае у дітей, коли материнське або коров'яче молоко містить мало протиневритичного вітаміну В, або на грунті порушення всмоктування цього вітаміну (у алкоголіків, вагітних, при діабеті).

Симптоми і перебіг. Появляються: 1) серцево-судинні розлади (тиснення в грудях, задишка, ціаноз, розширення серця, систолічний шум біля верхівки, частий пульс), 2) набряки і 3) поліневрит. Знижується чутливість шкіри пальців ніг, нижньої частини живота, передпліч, окружності рота. Різка болючість і припухлість литкових м'язів, тяжкість у ногах, легка стомлюваність при ходьбі, кульгавість, судороги, порушення рівноваги, звисання стопи («кінська стопа»), зниження колінного і Ахіллового сухожильних рефлексів. У дітей падіння ваги, неспокій, ригідність потилиці, спазма мускулатури кінцівок, набряки, менінгеальні явища.

Профілактика і лікування. Середня добова потреба дорослого — 2 мг вітаміну B_1 (тіаміну), при вуглеводній їжі вітаміну B_1 потрібно більше, ніж при жировій. Рекомендується вживання в їжу житнього хліба, пивних і пекарських дріжджів, гречаних, ячних, вівсяних круп, сої, квасолі, гороху; з м'ясних продуктів — печінка, серце, нирки великої рогатої худоби і свині, нежирна свинина. В ранніх стадіях дають по 5—10 мг вітаміну B_1 на день протягом 1—2 місяців. У більш тяжких випадках, при серцево-судинних розладах — постільний режим, абсолютний спокій, вітамін B_1 по 10 мг 3—5 разів на день, дітям по 5 мг 3—5 разів на день. При порушенні всмоктування — від 10 до 30 мг тіаміну підшкірно або внутрішньом'язово; дітям — до 10 мг. На курс — 10—20 ін'єкцій. Всередину дають по 50—100 г пивних чи пекарських дріжджів або пшеничних зародків.

АВІТАМІНОЗ B_2 (АРИБОФЛАВІНОЗ). Етіологія. Недостатність або відсутність в їжі вітаміну B_2 (рибофлавіну).

Симптоми і перебіг. Загальна слабість, головні болі, відсутність апетиту, схуднення, відчуття паління шкіри, слизових оболонок, особливо в кутах рота і на нижній губі, де утворюється лущення, мацерація, стоматит, глосит; відмічається кон'юнктивіт, частіше нижньої повіки, перикорнеальна ін'єкція, помутніння рогівки, ірит.

При порушеннях центральної нервової системи — судороги, блювання, різка м'язова слабість, падіння дихання і температури, колапс, коматозний стан. Особливо небезпечною є гостра форма арибофлавінозу.

Профілактика і лікування. Добова потреба дорослого — 2 мг рибофлавіну. Збагачення їжі продуктами, що містять рибофлавін: молочними, м'ясними продуктами, яйцями. Рослинні продукти, особливо сойові боби, сечовиця, гриби, шпинат, горох, а також пекарські і пивні дріжджі багаті на рибофлавін.

При підгострому арибофлавінозі дають всередину по 5—10 мг рибофлавіну на день протягом 10—15 днів. При більш тяжкій формі дають 10 мг рибофлавіну 3—5 разів на день або, краще, внутрішньом'язово.

ПЕЛАГРА (PELLAGRA). Етіологія Недостача або відсутність в їжі вітаміну PP — нікотинової кислоти. Відсутність деяких амінокислот (триптофану). Порушення засвоєння вітаміну PP при хворобливих станах організму.

Симптоми і перебіг. Спочатку появляються симптоми неврастенії: безсоння, дразливість, депресія, потім приєднується печія в роті, слинотеча, на язику з'являється чорнокоричневий наліт і тріщини, які ділять його на поля («шаховий язик»). Спочатку краї язика ясночервоні, блискучі, потім таким стає весь язик — блискучим, ніби лакованим. Одночасно починаються тривкі поноси, метеоризм, відригування, печія, нудота; кількість вільної соляної кислоти в шлунковому соку падає. Навесні, влітку на шкірі з'являється еритема. Іноді випадає волосся, спостерігаються трофічні зміни нігтів. Приєднуються розлади серцево-судинної системи: розширення границь серця, глухі тони, функціональний шум біля верхівки, гіпотонія, малий, прискорений, недостатнього наповнення пульс (міокардіодистрофія). Характерною для пелагри вважають тріаду: діарея, дерматит, деменція. В тяжких випадках переважають симптоми з боку нервової системи: головні болі, тяжка сверблячка, шум, дзвін у вухах, почуття ядухи, розлад тактильної, больової чутливості і шкірних рефлексів. Хода стає хиткою, хворий часто падає, появляється дрижання голови, язика, рук, ніг, підвищуються сухожильні рефлекси. Іноді приєднується авітаміноз B_1 з характерними для нього симптомами. В гострих формах пелагра може швидко закінчитися смертю.

Профілактика і лікування. Для проведення профілактики забезпечується добова потреба в нікотиновій кислоті, яка становить для дорослого 15 мг, для вагітної — 20 мг, для матері, що годує, — 25 мг, для дитини — 5—10 мг. Їжа повинна містити продукти, багаті на нікотинову кислоту: м'ясо, печінку, рибу, пекарські і пивні дріжджі, гриби, гречану крупу, сою, сочевицю, квасолю, картоплю, помідори, шпинат, моркву, буряки.

Хворих необхідно госпіталізувати. Нікотинову кислоту дають всередину по 100 мг 2—3 рази на день або внутрішньовенно і внутрішньом'язово по 50—100 мг в 1% розчині 1—2 рази на день протягом 15—20 днів. Дітям — від 10 до 20 мг на приойм.

При введенні нікотинової кислоти може спостерігатися почервоніння лиця, шиї, грудей з сверблячкою і поколюванням. Однак ці явища досить швидко минають (через півгодини). В таких випадках треба зменшити дозу.

Явища загального виснаження і часте поєднання пелагри з авітамінозами B_1, і арибофлавінозом особливо, потребують забезпечення повноцінною їжею з включенням зазначених продуктів.

СПРУ (ТРОПІЧНІ АФТИ). Етіологія. Вважають, що захворювання виникає при недостатності або цілковитій відсутності в їжі фолійової кислоти.

Симптоми і перебіг. Ранкові поноси, випорожнення об'ємисті, кашкоподібні, часті, з газами, пінисті. На кінчику і краях язика з'являються жовтуваті пухирці (афти), які лопаються і утворюють виразки. Запалені грибовидні сосочки язика видно у вигляді червоних точок; поступово весь язик червоніє, стає блискучим, ніби лакованим. Відригування, блювання, метеоризм, почуття повноти в шлунку і печія у верхній частині стравоходу; хворий збудливий, дразливий, буває безсоння або депресія. Значна анемія гіперхромного типу нагадує перніціозну анемію. Характерною є тріада: поноси, зміни слизової оболонки рота та анемія.

Профілактика і лікування. Калорійне харчування продуктами, що містять вітаміни групи B_1, в яку входить і фолійова кислота. Уникати алкоголю. Їсти часто, потроху (8 разів на день). Хворим дають паштет з сирої або злегка обжареної печінки, або екстракти печінки. Камполон — по 5—10 мл внутрішньом'язово протягом 15—20 днів. Фолійова кислота має специфічне діяння. Її дають по 10—20 мг на день протягом 15—30 днів. Корисно давати яблука, груші, мандарини, суниці по 0,5 кг на день. Надалі дієта розширяється, дають кисле молоко, вершки, сир, сметану, яйця, м'ясо. Призначають також салол або бензонафтол 0,3 по 3—4 рази на день, при метеоризмі — активоване медичне вугілля. При анемії — препарати заліза.

ЦИНГА (SCORBUTUS). Етіологія. Недостача або відсутність в організмі вітаміну С (аскорбінової кислоти).

Симптоми і перебіг. Шкіра стає блідою, сухою, шершавою. Ясна червоніють, припухають, розпушуються, кровоточать, стають болючими, розхитуються, випадають зуби. Може розвинутися виразковий стоматит. Особливо характерний симптом — поява крововиливів: на шкірі петехіальна висипка, крововиливи під шкіру і в суглоби, в порожнину плеври, перикард, у жінок — маткові кровотечі. Петехії з'являються при перетягуванні кінцівки джгутом. Вторинна гіпохромна анемія.

Профілактика і лікування. Достатня кількість овочів в їжі, в першу чергу картоплі, капусти, брукви. З інших продуктів на вітамін С багаті: цвітна капуста, шпинат, зелений горошок, помідори, салат темнозелений. Хворих з тяжкими крововиливами госпіталізують, решту лікують амбулаторно. Поряд з введенням в їжу овочів, дають вітамін С у вигляді аскорбінової кислоти — 100 мг по 3—5 разів на день протягом 15—20 днів; ще більш ефективне внутрішньом'язове або підшкірне введення аскорбінової кислоти по 200—500 мг протягом 10—15 днів. Пиття концентратів вітаміну С у вигляді настою з шипшини, в умовах півночі — з хвої сосни, ялини, смереки і кедра. При змінах ясен — полоскання рота розчином марганцевокислого калію.

ГОСТРІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ З ЕПІДЕМІОЛОГІЄЮ

КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

ЧЕРЕВНИЙ ТИФ (TYPHUS ABDOMINALIS). Черевний тиф — це гостре інфекційне захворювання, яке характеризується тривалим перебігом, своєрідною температурною кривою, загальною інтоксикацією й утворенням виразок у тонких кишках.

Збудник хвороби — тифозна паличка Еберта рухома, за Грамом не забарвлюється, найкраще росте на середовищах, які містять жовч.

Епідеміологія. Окремі випадки черевного тифу трапляються досить часто, особливо наприкінці літа і восени; при сприятливих для нього умовах черевний тиф дає епідемічні спалахи.

Початковим джерелом інфекції є людина: хворий на черевний тиф, видужуючий після цієї хвороби і здоровий бацилоносій.

Тифозні палички виділяються з випорожненнями, а також і з сечею.

Зараження черевним тифом відбувається: 1) *контактним шляхом* при стиканні з хворим або носієм — в таких випадках забрудненими руками інфекція може бути занесена в рот, 2) *водним* — при вживанні води, зараженої черевнотифозними мікробами, 3) *харчовим* — через їжу, що містить черевнотифозні палички.

Вхідними воротами інфекції є ротова порожнина, куди мікроби попадають із зараженою водою, їжею або ж заносяться брудними руками.

Велике значення в поширенні черевного тифу мають мухи, які переносять на своїх лапках і хоботку тифозних мікробів.

Контактні епідемії черевного тифу характеризуються повільним наростанням і повільним спаданням епідемічної хвилі.

Водні епідемії звичайно відрізняються швидким розвитком, масовістю захворювань і швидким згасанням. Після бурхливого водного спалаху інфекція поширюється надалі контактним шляхом.

Харчові епідемії характеризуються вогнищевістю: при них звичайно уражаються групи населення, зв'язані з певним джерелом харчування: їдальнею, молочною фермою та ін.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період від 7 до 20 днів, найчастіше — 14. Здебільшого хвороба починається поступово загальним нездужанням і повільним підвищенням температури, нерідко бувають позноблювання, головні болі, кашель, втрата апетиту,

іноді поноси або запор. З розвитком гарячки всі явища наростають.

З перших днів хвороби язик потовщується і вкривається білим нальотом, краї і кінчик його лишаються червоними — *тифозний язик.* Часто спостерігається здуття живота і невелика болючість в ілеоцекальній ділянці. *Пульс стає дикротичним і відстає від температури* (80—90 ударів за одну хвилину при температурі 39—40°). На 4-й—5-й день *промацується селезінка.* Лейкопенія (4 000—5 000 лейкоцитів). *При посівах крові на жовч виділяється черевнотифозна паличка.*

Наприкінці першого тижня температура встановлюється на високих цифрах з добовими коливаннями менше 1° (febris continua) і хвороба досягає повного розвитку: свідомість потьмарюється, іноді буває маячення, пульс м'який, тони серця глухі, язик сухий, обкладений, живіт здутий, часто поноси — випорожнення з вигляду нагадують гороховий суп. На 8-й—10-й день на шкірі грудей, живота й спини з'являються нечисленні рожеві плямочки, завбільшки з головку шпильки — *розеоли;* при тисненні пальцем вони зникають. На руках, ногах і на лиці розеол не буває.

Період повного розвитку хвороби триває 7—10 днів, але іноді затягається значно довше.

У типових випадках на третьому тижні хвороби температура починає давати великі добові коливання (амфібола).

Загальний стан у цей час поліпшується, розеоли зникають, поноси припиняються, язик очищається, з'являється апетит. Через 5—7 днів амфіболічні коливання змінюються поступовим (літичним) зниженням температури, і настає повільне видужування.

Іноді після падіння температури і загального поліпшення спостерігаються повороти хвороби — *рецидиви,* які звичайно мають легший перебіг.

Тривалість хвороби в середньому дорівнює 1 місяцеві, але цей строк може здовжуватися до 6—8 тижнів і більше.

У прищеплених черевний тиф, як правило, проходить легко і закінчується за 2—3 тижні. Після черевного тифу лишається стійкий імунітет на все життя.

У с к л а д н е н н я. Найбільш характерними ускладненнями для черевного тифу є кишкова кровотеча і перфорація кишок, що залежать від наявності виразкового процесу в кишках. Найчастіше вони бувають наприкінці другого або на початку третього тижня хвороби.

Ознаки кишкової кровотечі: блідість, частий і малий пульс, падіння температури і поява крові у випорожненнях. Якщо випорожнення затримане, то цієї останньої ознаки може не бути. Хворий скаржиться на шум у вухах і запаморочення, що іноді доходить до непритомності.

Перфорація кишок спостерігається у тяжких хворих, вона виявляється дуже гострим болем у животі, а також блідістю, занепадом серцевої діяльності (ниткоподібний пульс), ціанозом, похолоданням кінцівок, нудотою, іноді гикавкою та блюванням.

Живіт напружений і болючий при пальпації, печінкова глухість зникає. Згодом при розвитку перитоніту в черевній порожнині з'являється ексудат. Іноді болі в животі бувають мало виявлені.

З інших ускладнень при черевному тифі зустрічаються пневмонії в задньо-нижніх частинах легень, тромбофлебіти найчастіше у венах стегна, пролежні, паротити, холецистити, менінгіти, нефрити, остеомієліти, абсцеси та ін.

Особливості перебігу. Іноді тиф може починатися гостріше, ніж описано вище; досить часто температура буває неправильною. Розеол та збільшення селезінки може не бути. У деяких випадках черевний тиф починається і проходить з симптомами, характерними для крупозної пневмонії, апендициту, менінгіту або гострого нефриту (атиповий черевний тиф).

Лабораторний діагноз. 1. *Гемокультура,* тобто виділення тифозних паличок з крові з допомогою посіву,—ранній і найбільш точний метод діагностування черевного тифу. Стерильним шприцом з ліктьової вени набирають 10 мл крові, голку знімають пінцетом, канюлю шприца обпікають на спиртовці, потім кров із шприца виливають у колбу з поживним середовищем (100 мл стерильної бичачої жовчі) і направляють у лабораторію. На першому і другому тижні хвороби гемокультура майже завжди дає позитивний результат.

2. *Реакція Відаля,* що грунтується на здатності крові черевнотифозних хворих склеювати тифозні палички, виходить позитивною (тобто в розведенні сироватки 1 : 200 і більше) тільки з 8-го — 10-го дня хвороби.

Кров 5 мл беруть шприцом з вени або уколом з пальця (2 мл) у пастерівську піпетку.

Якщо лабораторія знаходиться далеко, то роблять так: у м'якуш очищеного спиртом пальця роблять укол, 2—3 падаючі краплі крові збирають на кусочок чистого фільтрувального паперу, висушують папір на повітрі і в запечатаному конверті з позначенням прізвища хворого направляють у лабораторію для проведення реакції Відаля.

3. *Виділення тифозних мікробів з випорожнень* проводиться в пізніх стадіях хвороби і для визначення носіння. Посуд для збирання калу (судна, баночки та ін.) не повинен оброблятися дезинфекційними розчинами, а тільки кип'ятінням. У стерильній баночці випорожнення змішують з рівною кількістю 30% розчину гліцерину у фізіологічному розчині, банку закупорюють, обтирають зовні дезинфекційним розчином, пробку і шийку вкривають парафіновим папером і зав'язують ниткою. Наклеюють ярлик з позначенням прізвища хворого, дати і мети аналізу, а потім направляють у лабораторію.

Знаходження у випорожненнях тифозних паличок має діагностичне значення тільки при наявності клінічних симптомів тифу, без цього воно розглядається як бацилоносіння.

Диференціальний діагноз. Черевний тиф найчастіше доводиться диференціювати від висипного; відмінності такі:

Черевний тиф	*Висипний тиф*
1. Поступовий початок хвороби.	1. Швидкий початок хвороби.
2. Лице звичайно бліде.	2. Лице одутле, червоне, кон'юнктиви склер гіперемійовані.
3. Пульс дикротичний, відстає від температури.	3. З 3-го—4-го дня пульс частий.
4. Висипка розельозна з'являється на 8-й—10-й день на грудях, животі й спині. Кінцівки вільні від висипки.	4. Висипка розельозно-петехіальна з'являється на 5-й день по всьому тілу і на кінцівках.

5. Лейкопенія (4 000—5 000).
6. З 8-го—10-го дня позитивна реакція Відаля (1 : 200 і вище).
7. Гемокультура виявляє в крові черевнотифозну паличку

5. Частіше лейкоцитоз.
6. З 8-го—10-го дня позитивна реакція Вейль-Фелікса (1 : : 200 і вище).
7. Гемокультура негативна.

Грип відрізняється від черевного тифу коротшим перебігом, неправильним характером температури і численністю катаральних явищ у крупних дихальних шляхах. Селезінка збільшується рідко.

Привід для сплутування з черевним тифом можуть давати також бруцельоз, міліарний туберкульоз і септичні захворювання. Однак при них тифозні палички з крові й калу не висіваються, реакція Відаля буває негативною.

Лікування черевного тифу полягає в постільному режимі, гігієнічному утримуванні хворого, дієті і призначенні медикаментозних засобів. Для запобігання пролежням хворого кілька разів на день повертають набік. Після кожної їди — полоскання рота 2% борним розчином. Рот очищають вологою марлею, змоченою у 2% розчині борної кислоти, язик змазують гліцерином, змішаним у рівній частині з м'ятною настойкою. При високій температурі пузир з льодом на голову. Догляд за шкірою забезпечується ваннами (35—36° Ц) або щоденними обтираннями водою з оцтом; треба стежити за ділянкою крижів, де часто розвиваються пролежні. При появі тут червоних плям шкіру розтирають камфорним спиртом. Якщо пролежень уже утворився — підкладають гумовий круг і роблять пов'язки з риванолу (1 : 1000), риб'ячого жиру або 10% емульсії білого стрептоциду на риб'ячому жирі або іншому маслі.

Годування. Хворого годують 4—5 разів на добу; дозволяється бульйон, протерті супи, картопляне або моркв'яне пюре, рідкі каші з маслом, яйця рідкі, мозок, молоте варене м'ясо (курятина, телятина, риба), молоко, протертий сир, кисле молоко, масло, сухарі білого хліба, черства біла булка, киселі, компоти, печені яблука, лимон, апельсин, фруктові соки, поживний кофе, какао, чай. Кількість вводжуваної рідини не обмежують. Після падіння температури дієту розширяють. При кровотечі в першу добу дають тільки холодний чай ложками і кусочки льоду (смоктати), наступного дня — желе, фруктовий сік, кисіль; на 3-й—4-й день попередня дієта, якщо кровотеча припинилась.

Специфічним засобом для лікування черевного тифу і паратифів є антибіотики — синтоміцин і близький до нього левоміцетин. Ці препарати здебільшого уривають перебіг хвороби за 3—4 дні. Дорослим вони призначаються всередину по 0,5 через кожні 4 години (6 разів на добу) 5—6 днів підряд.

Щоб уникнути можливості рецидиву, через 6 днів повторюють такий самий цикл лікування.

У деяких хворих синтоміцин і левоміцетин (рідше) можуть викликати побічні явища: болі в животі, нудоту, блювання, понос, загальну слабість, висипки на шкірі, ангіни, стоматит, а іноді й тимчасовий психічний розлад. При появі цих симптомів лікування переривають на 2—3 дні, а потім знову відновлюють, але в менших дозах (0,25—0,3 × 6).

При явищах інтоксикації внутрішньовенно 40% розчин глюкози по 30—50 мл щодня та аскорбінова кислота всередину по 0,2 3 рази

на день *При ослабленні серцевої діяльності* 20% камфорне масло під шкіру по 2—3—5 мл 2—3 рази на день, а також 20% розчин кофеїну по 1 мл 2—3 рази на добу. Призначають також стрихнін (Sol strychn. nitr. 1 : 1000) по 1 мл 1—2 рази на добу.

При сильних головних болях і високій температурі: Rp: Pyramidoni 0,25, Coffeini natrio-benzoici 0,1, Codeini 0,02. Mfp. DS. по 1 порошку на прийом.

Великих доз жарознижувальних ліків слід уникати.

При безсонні і збудженні: мединал 0,3 або люмінал по 0,1 на ніч.

При затримці випорожнення — клізми, при метеоризмі — газовивідна трубка.

При кишкових кровотечах: абсолютний спокій (дієта — див. вище), пузир з льодом на живіт; T-га opii simpl. по 2—3 краплі 2—3 рази на добу. Внутрішньовенно: Sol. Calcii chlorati (або Natrii chlorati) — 10% по 10 мл.

Якщо кровотеча не спиняється, то впорскують під шкіру 20 мл нормальної кінської або будь-якої лікувальної сироватки. Рекомендується також автогемотерапія і переливання крові (150 мл), які можна робити повторно.

При перфорації режим такий самий, як і при кровотечі, а крім того, атропін під шкіру (Sol. Atrop. sulf. 0,1% 1 мл) і негайна операція.

Лікування інших ускладнень проводиться за загальними правилами.

При тромбофлебітах — п'явки 5—6 штук вздовж ураженої вени.

Виписувати видужалих з лікарні можна не раніше як на 14-й день після падіння температури до норми і тільки після дворазового негативного аналізу випорожнень на відсутність тифозних паличок, проведеного з п'ятиденним проміжком. Перший аналіз роблять на 5-й день нормальної температури.

Дезинфекція. Виділення хворого добре заливають 10% розчином хлорного вапна або 3% розчином хлораміну і через 2 години спускають у вбиральню. Сечоприймачі та підкладні судна на 20 хвилин занурюють у бак з 0,2% проясненим розчином хлорного вапна або у 3% мильно-феноловий розчин, а потім наливають у них невелику кількість цих же розчинів. Посуд і столові речі — кип'ятять. Брудну білизну замочують в 1% розчині хлораміну або 3% лізолі, після чого здають прати.

Верхній одяг і постільні речі дезинфікують у камері або змочують одним з вищезазначених розчинів.

Приміщення хворого зрошують 1—2% розчином хлорного вапна.

Профілактика. *Заходи загального санітарного порядку.* Тримання в чистоті населених пунктів, базарів, громадських їдалень, молочних ферм, дитячих садків, ясел, залізничних станцій, пристаней та ін. Забезпечення населення доброякісною водою, охорона джерел води від забруднення їх випорожненнями. Влаштування каналізації, раціональне устаткування вбиралень і систематичне обеззаражування їх 10% розчином хлорного вапна. Боротьба з мухами. Постійний контроль місць громадського харчування і нагляд за робітниками цих об'єктів. Виявлених бацилоносіїв знімають з роботи в харчових закладах, а тих, що знову вступають, перевіряють на носіння. *Всі черевнотифозні хворі обов'язково госпіталізуються.* Необхідно проводити широку санітарноосвітню роботу серед населення.

Протитифозні щеплення в обов'язковому порядку провадяться в Радянській Армії, на новобудовах і переселенських пунктах, а при загрозі епідемії — також медичним працівникам, робітникам, учням і службовцям.

Звичайно користуються вакциною ТАВ, що містить убиті палички черевного тифу і паратифів А і В. Вакцину впорскують асептично строго під шкіру під нижнім кутом лопатки після попереднього очищення місця уколу бензином і змазування йодною настойкою. Впорскування роблять 3 рази з проміжком у 5—7 днів; перша ін'єкція — 0,5 мл вакцини, друга — 1 мл і третя — 1,5 мл. Перед ін'єкцією ампулу треба струшувати. Імунітет після вакцинації триває близько 1 року.

Менше вживана вакцинація через рот — при ній 3 дні підряд вранці натщесерце за 1 годину до їди дають по 1 таблетці сухої вакцини або по 10 мл рідкої. Після підшкірної вакцинації іноді спостерігається реакція: почервоніння на місці уколу і підвищення температури.

Профілактична вакцинація протипоказана: при всіх гострих гарячкових захворюваннях, при туберкульозі, нефриті, діабеті, декомпенсованому пороку серця, виснаженні і в другу половину вагітності.

ПАРАТИФОЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (PARATYPHUS ABDOMINALIS A і B). Паратиф А і паратиф В викликаються мікробами, схожими на черевнотифозну паличку.

Шляхи поширення цих захворювань ті самі, що й при черевному тифі: контактний, водний і харчовий.

Симптоми і перебіг. Ці захворювання клінічно звичайно проходять, як неважкий черевний тиф. Точний діагноз можна поставити тільки лабораторними методами: гемокультура, реакція Відаля, посів випорожнень.

Часто паратифи проходять з великими добовими коливаннями температури, значною висипкою, потами, катаральними явищами в легенях і поносами, особливо на початку хвороби. Нерідко буває herpes labialis та ураження печінки. В крові часто — лейкоцитоз. Кишкові кровотечі і перфорації дуже рідкі.

Лікування таке саме, як і при черевному тифі.

Профілактичні заходи — див. *«Черевний тиф»*.

Перенесений паратиф не створює імунітету для черевного тифу і навпаки.

ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ (GASTROENTERITIS TOXICOINFECTIOSUS). Ці захворювання характеризуються гострим гастроентеритом з явищами загальної інтоксикації, настають незабаром після приймання їжі, зараженої певними мікробами: 1) різними представниками паратифозних бактерій (група Salmonella), 2) умовно патогенними мікробами (кишкова паличка, різні коки та ін.), 3) анаеробним мікробом — B. botulinus (див. *«Ботулізм»*).

Хворий не є джерелом зараження для оточуючих — контактно інфекція не передається.

Мікроби попадають у їжу з м'ясом хворих тварин або ж випадково заносяться в їжу при її зберіганні, готуванні та обробці. В їжі, до її приймання людиною, мікроби виробляють токсини, які й викликають захворювання. При тривалому нагріванні (варінні) мікроби гинуть, а їх токсини руйнуються.

Інфіковані мікробами продукти виглядом, кольором, смаком і запахом можуть здаватися доброякісними.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період від 6 годин до 2 діб. Хвороба починається раптово: озноб, нездужання, болі в животі, нудота, блювання, понос, випорожнення з домішкою слизу, а іноді й крові. Температура підвищується.

У тяжких випадках — явища загальної інтоксикації з занепадом серцевої діяльності і колапсом. Температура підвищується до 39°, неспинне блювання, дуже часта дефекація: випорожнення у вигляді рисового відвару. При сильному обезводненні внаслідок проносу — ціаноз, похолодання кінцівок, судороги литкових м'язів, афонія, ниткоподібний пульс (cholera nostras paratyphosa).

Легкі форми закінчуються видужанням протягом однієї доби, тяжкі тривають кілька днів. Летальні випадки рідко.

Лабораторному дослідженню підлягають блювотні маси, випорожнення і кров хворого (гемокультура), а також залишки підозрілої їжі.

Диференціальний діагноз. Анамнез, висока температура при харчових токсикоінфекціях і результати лабораторного дослідження дають можливість виключити азіатську холеру, а також отруєння арсеном (немає часникового запаху), фосфором (немає світіння блювотних мас та калу в темноті) й отруєння грибами (аналіз блювотних мас на мускарин).

Лікування. У легких випадках проносне, грілка на живіт і голодна дієта, у більш тяжких — промивання шлунка, проносні, грілка і дисульфан або норсульфазол по 1,0 чотири рази на день, або синтоміцин по 0,5 6 разів на добу. При занепаді серцевої діяльності — кофеїн і камфора під шкіру.

При обезводненні організму вливання теплого (40°) фізіологічного розчину (500 мл) під шкіру або у вену. Фізіслогічний розчин у вену краще вводити крапельним методом.

Профілактика Постійний санітарний нагляд за харчовими підприємствами, а також за перевезенням і зберіганням харчових продуктів.

Обробка продуктів для знищення мікробів та їх токсинів — безпосередньо перед вживанням їжа має бути добре проварена або прожарена.

БОТУЛІЗМ (BOTULISMUS). Ботулізм — харчова токсикоінфекція, що виникає в результаті отруєння токсином анаеробної палички B. botulinus.

Спори палички ботулізму є в грунті, а також у кишках риб, тварин і людини. Вони дуже стійкі і не гинуть при кип'ятінні. Попадаючи на харчові продукти в місцях, недоступних для припливу повітря, спори перетворюються у вегетативні форми, які починають виробляти дуже сильний токсин, *що діє на нервову систему.* Отруєння найчастіше виникають при поїданні заражених консервів (м'ясних або овочевих), шинки, ковбаси, сушеної або копченої риби та інших продуктів, що довго зберігалися перед вживанням у їжу.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період 18—48 годин. Хвороба починається почуттям млості, запамороченням, болем під ложечкою. Іноді блювання і понос, що згодом змінюється запором. Незабаром з'являється розлад зору (диплопія) та інші *симптоми в очах:* опущення верхньої повіки, розширення зіниць, ністагм, світлобоязнь. Хворі скаржаться на сухість у роті, задишку, завмирання серця. Ковтання утруднене, голос хрипкий, різка м'язова слабість,

яка симулює паралічі. Стійкий запор, неспокій, поганий сон, шкіра суха, сечі виділяється мало.

Температура субнормальна (35—36°), пульс дуже частий (140—160). Притомність збережена. У тяжких випадках смерть настає протягом доби. Якщо хворий пережив перші 10 днів хвороби, то можливість видужання дуже ймовірна.

У легких випадках основні симптоми бувають мало виявлені.

Бактеріологічному аналізові піддають випорожнення, блювотні маси і кров хворого, а також залишки підозрілої їжі.

Диференціальний діагноз з отруєнням грибами, атропіном, метиловим спиртом, а також з дифтерійними паралічами й енцефалітом встановлюється клінічним обслідуванням.

Лікування. Промивання шлунка 5% розчином соди. Всередину дають алкоголь (100—200,0 горілки на добу), оливкову олію (200—300,0), люмінал (по 0,1 × 2) або морфін (по 0,01). Під шкіру камфора та кофеїн. Якомога раніше вводять антиботулінову сироватку: у вену від 20 до 80 мл або внутрішньом'язово 100—150 мл.

Профілактика. Нагляд за консервним виробництвом. У запаяних консервах токсин руйнується при кип'ятінні протягом півгодини.

При виготовленні їжі на засіл концентрація солі має бути не менше 10%.

Продукти, що мають запах згірклого масла, і продукти із здутих консервних коробок не вживати в їжу.

БАКТЕРІАЛЬНА ДИЗЕНТЕРІЯ (DYSENTERIA). Бактеріальна дизентерія — це схильне до епідемічного поширення гостре інфекційне захворювання, яке характеризується кривавим поносом, загальною інтоксикацією й утворенням виразок у товстих кишках.

Збудник — дизентерійні палички різних типів: Григор'єва-Шіга, Флекснера, Шмітц-Штуцера, Крузе Зонее та ін., нерухомі, грамнегативні. Одна від одної відрізняються характером росту на поживних середовищах і токсичністю. Найбільш токсична паличка Григор'єва-Шіга.

Епідеміологія. Масові захворювання зустрічаються в жарку пору, поодинокі — цілий рік. Подібно до інших кишкових інфекцій дизентерія передається контактним шляхом (брудні руки), харчовим і водним. Першоджерелом завжди є людина: хворий на гостру або хронічну дизентерію, а також здорові бацилоносії. Мухи сприяють поширенню інфекції. Війна, скупченість і пересування великих людських мас створюють загрозу виникнення епідемій.

Особливо тяжко переносять дизентерію діти, старі і виснажені люди.

Симптоми і перебіг. Після 2—5-денного інкубаційного періоду з'являються нездужання та болісні потяги наниз, які прогресивно частішають. Випорожнення незабаром втрачають каловий характер і стають слизокров'янистими. Тягнучі болі внизу живота (тенезми) посилюються, іноді нудота, гикавка та блювання. Живіт хворого втягнутий, шкіра бліда, кінцівки холодні, язик обкладений, пульс малий і частий, психіка пригнічена, безсоння, адинамія. Температура підвищена (38—39°), але в тяжких випадках може падати до норми і нижче. У крові лейкоцитоз (10 000—15 000 і більше). При пальпації живота промацується спазмований, болючий нижній відрізок товстих кишок.

У грудних дітей дизентерія може проходити під виглядом алі-

ментарної інтоксикації з диспептичним випорожненням без крові і майже без слизу.

При токсичній дизентерії переважають явища загального отруєння, при гангренозній — випорожнення темні з гнильним запахом.

Загальна тривалість хвороби — 2—4 тижні.

У с к л а д н е н н я. У 2—3% випадків трапляється токсичне ураження суглобів (частіше колінного). Рідше бурсити, тендовагініти, міокардит, невралгії, ірити, кон'юнктивіти. У затяжних випадках — виснаження і набряки. Іноді дизентерія переходить у хронічну форму з тривалим рецидивним перебігом.

Д і а г н о з. Дизентерію диференціюють з кривавим поносом іншого походження: малярійним, септичним, уремічним, туберкульозним, а також з проктитом, раком прямої кишки і кривавими поносами, що виникають на грунті отруєнь (сулемою, арсеном та ін.).

При копрологічному дослідженні у випорожненнях хворих на дизентерію виявляють слиз, велику кількість еритроцитів і лейкоцитів. У сумнівних випадках слід вдаватися до *ректороманоскопії.*

Бактеріологічний діагноз. Для посіву беруть свіжі випорожнення (обробка суден та посуду для забору, див. *«Черевний тиф»*) або, ще краще, кусочки слизу з прямої кишки, добуті стерильним ватним тампоном або товстостінною скляною трубкою із стопленими краями. Посів роблять на середовище Ендо або Дригальського тут же біля ліжка хворого. Якщо неможливо це виконати, 5—10 г випорожнень вміщують у банку, в якій є 30% розчин гліцерину у фізіологічному розчині, закупорюють і надсилають у лабораторію (див. *«Черевний тиф»*).

Негативний результат аналізу при типовій клінічній картині не виключає діагнозу дизентерії. Випорожнення є матеріалом і для *реакції копроаглютинації* за Предтеченським, яка має значну специфічність. Через 10 днів після появи оформленого калу 90% хворих перестають виділяти дизентерійних мікробів.

Л і к у в а н н я. Постільний режим, тепло, грілка до ніг і на живіт. Тяжких хворих кладуть на гумовий круг, покладений на судно. Сідниці постійно обмивають, місце навколо заднього проходу змазують вазеліном. Рот полоскати 2% розчином борної кислоти, язик і губи змазувати коров'ячим маслом. Дієта: легка поживна їжа тільки в теплому вигляді: рідкі слизисті супи і каші (рис, вівсянка, перлові крупи), киселі, кофе, чай з червоним вином, чорничний відвар, чорства біла булка. При поліпшенні дієту розширяють.

Якомога раніше *всередину призначають сульфаміди:* дисульфан, сульфазол та ін. по 1 г 4—6 разів на добу. При поліпшенні дозу знижують до 3—2 г на добу; курс лікування 6—8 днів. У легких і середніх випадках швидко настає видужання. Добре діє також антибіотик левоміцетин, який призначають всередину по 0,5 4—6 разів на добу протягом 6—8 днів (див. *«Черевний тиф»*). Застосування синтоміцину особливо показане при токсичних формах дизентерії, та при дизентерії у дітей молодшого віку.

Тяжким хворим, крім цього, роблять переливання крові через день або щодня по 250 мл. Рекомендується також внутрішньом'язово впорскувати антидизентерійну сироватку по 80 000—100 000 А.О.[1] (80—100 мл) три дні підряд.

---

[1] антитоксичних одиниць.

Лікування проносними і зв'язуючими, а також фаго- і вакцинотерапія мало ефективні. При сильному виразковому процесі, коли минуть гострі явища, призначають теплі зв'язуючі клізми з 2% таніну, калій-перманганату (1 : 5000) або ляпісу (1 : 1000). При сильних болях — белладонна всередину (0,02 × 3) або атропін під шкіру (1 мл розчину 0,1%) і свічки з анестезином (Anaesthesini 0,3, But. cacao 1,5). При явищах інтоксикації — 40% розчин глюкози у вену по 30—50 мл щодня. При сильному обезводненні — фізіологічний розчин під шкіру (500 мл). При занепаді серцевої діяльності — камфора, кофеїн, стрихнін та ін. Ускладнення лікують за загальними правилами. У період видужування загальнозміцнювальне лікування (арсен під шкіру, фітин, вітаміни та ін.).

Виписування. Перехворілого на дизентерію виписують з лікарні не раніше як через 2 тижні після повного клінічного видужання з умовою дворазового негативного аналізу випорожнень на дизентерійні палички, проведеного з проміжком у 5 днів.

Дезинфекція така сама, як і при черевному тифі (див. *«Черевний тиф»*).

Профілактика в основному така ж, як і при черевному тифі. Госпіталізація всіх хворих обов'язкова.

Активна імунізація проводиться: 1) ентеральною вакциною, яка містить убиті дизентерійні палички. Цю вакцину дають всередину по 1 таблетці (або по 10 мл рідкої вакцини) 3 дні підряд вранці натщесерце за 1 годину до їди; 2) дизентерійною діанавакциною, яку впорскують під шкіру з проміжком у 10 днів: перше впорскування — 0,5 мл, друге — 1 мл і третє — 1,5 мл.

Фагопрофілактика застосовується до осіб, які оточують хворого: 10—15 мл дизентерійного фага в 5% розчині соди дають 1 раз натщесерце. При наявності повторних захворювань приймання фага повторити.

ХРОНІЧНА ДИЗЕНТЕРІЯ. Виникненню цієї форми сприяє: знижена опірність захворілого на гостру дизентерію, пізно розпочате і недосить енергійно застосовуване специфічне лікування синтоміцином і сульфамідами, а також наявність у кишках хворого глистів і найпростіших (їх необхідно вигнати).

Хронічна дизентерія характеризується нестійким випорожненням і частими загостреннями коліту. Порушення дієти, перевтома і охолодження тіла викликають болі, тенезми і прискорене випорожнення із слизом, кров'ю і гноєм. Наявність виразок у кишках хворого підтримує тривале носіння дизентерійних паличок.

Для розпізнавання хронічної дизентерії велике значення має ректороманоскопія, яка встановлює зміни слизової оболонки нижнього відділу товстої кишки: гіперемію, підвищену секрецію слизу, фібринозні нальоти і виразки. При рецидивах виразки поширюються на нові ділянки, стінка кишки може ущільнюватись.

Лікування. Щадна, поживна дієта, вітаміни С і В, періодичні застосування сульфамідних препаратів або левоміцетину, теплі клізми з калій-перманганату (1 : 5000). Вакцина проф. Чернохвостова підшкірно з проміжками в 1—2 дні. Починають з 0,25 мл і, збільшуючи дозу (0,25, 0,75, 1,0, 1,25, і т. д.), доходять до 2,5—3 мл. Всього — 8—10 ін'єкцій. Часникові клізми (5%—10%). Загальнозміцнювальне лікування: арсен під шкіру, періодичні переливання крові — по 250 мл 2—3 рази на місяць.

АМЕБНА ДИЗЕНТЕРІЯ (AMOEBIASIS). Амебіаз — протозойне ендемічне захворювання жарких країн, яке характеризується кров'янисто-слизовим поносом. Зустрічається в Середній Азії і Закавказзі, окремі випадки можуть бути занесені у всяку місцевість.

Збудник — Entamoeba hystolitica є в кишках людини у вигляді рухомих вегетативних форм і дуже стійких цист, які довго виживають у зовнішньому середовищі (вода, грунт).

Епідеміологія. Зараження відбувається при проковтуванні цист з водою, їжею, а також при контакті з хворими або носіями, які викидають цисти з випорожненнями. Інфекція при цьому заноситься в рот брудними руками.

Клініка. Інкубаційний період 20—40 днів. Початок поступовий — болі в животі, понос: слиз з домішкою крові. Гарячка короткочасна — 2—3 дні. Перебіг тривалий з поліпшеннями і загостреннями, що ведуть до анемії та виснаження.

Ускладнення: абсцес печінки, рідше легень або інших органів.

Діагноз ставиться виявленням під мікроскопом у свіжих випорожненнях рухомих живих амеб або їх цист у забарвлених препаратах.

Лікування. Спокій, легка дієта, грілка на живіт. Всередину проносні, болезаспокійливі (белладонна), зв'язуючі. Дезинфекційні клізми з риванолу (1 : 1000).

Специфічно діє еметин: Sol. Emetini hydrochl. 2% по 1—2 мл підшкірно 2 рази на день — 4 дні підряд, потім 4 дні перерва. Після 2—3 курсів — відпочинок на 1—2 місяці, а потім знову 2—3 курси і т. д. до видужання. При абсцесі печінки — операція.

Профілактика. Захист води та їжі від забруднення цистами, виявлення цистоносіїв.

ХОЛЕРА (CHOLERA ASIATICA). Холера — гостре епідемічне захворювання, яке характеризується найсильнішим гастроентеритом, інтоксикацією та обезводнюванням.

Збудник — холерний вібріон: рухомий, грамнегативний, добре росте на пептонній воді та інших середовищах. Довго зберігається у воді і в харчових продуктах.

Епідеміологія. В СРСР холера не зустрічається, але може бути занесена з ендемічних вогнищ. Інфекція передається водним, харчовим і контактним шляхом. Зараза поширюється хворими і носіями. Мухи — механічні переносники інфекції. Епідемії частіше зустрічаються літом.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період 2—3 дні. Хвороба починається бурхливо: нудота, блювання, болі в животі, великий понос — випорожнення незабаром набувають вигляду рисового відвару. Частий ниткоподібний пульс, обезводнювання організму, шкіра суха, очі западають, голос хрипкий, беззвучний, сечі мало або зовсім немає, згущення крові. Температура падає нижче норми, кінцівки холодні, судороги литкових м'язів. Цей, так званий, *альгідний період* триває 1—5 днів. Якщо хворий не вмирає, то на початку періоду видужання нерідко настає *холерний тифоїд* з підвищенням температури і запальними явищами у внутрішніх органах, або ж *холерна кома,* яка завжди веде до смерті.

Поряд з тяжкими формами зустрічаються легкі, що проходять як звичайний понос.

Точний діагноз ставиться тільки бактеріологічно. Випо-

рожнення і блювотні маси збираються так само, як і при черевному тифі, але їх направляють у лабораторію не в звичайних баночках, а в спеціальних патронах.

Лікування. В альгідному періоді повторні вливання теплого фізіологічного розчину (40—42°) у вену (0,5—1 л за раз) або під шкіру (по 500 мл). Гарячі ванни, грілки, питво у великій кількості. Серцеві засоби, морфін і атропін підшкірно. Всередину бактеріофаг (по 10 мл 2 рази на добу 3—5 днів підряд) або левоміцетин 0,5 × 6.

У тифоїдному періоді — звичайна симптоматична терапія.

Виписування провадиться після триразового негативного аналізу з наступним наглядом вдома.

Профілактика. Про кожний випадок холери телеграфно сповіщають органи санітарного нагляду і Міністерство охорони здоров'я. Хворого негайно госпіталізують у спеціально ізольоване лікарняне приміщення. Старанна дезинфекція квартири хворого, його речей і транспорту (див. *«Дезинфекція»*). Карантин для осіб, які оточували хворого, і медичного персоналу, який його обслуговує. Епідеміологічне обслідування і обеззаражування джерела інфекції.

Активна імунізація протихолерною вакциною (3 ін'єкції: 0,5—1,0 і 1,0 з проміжком у 7 днів).

Фагопрофілактика. Натщесерце за один раз за 2 години до їди всередину дають 20 мл протихолерного бактеріофага.

ПАРАЗИТАРНІ ІНФЕКЦІЇ

ВИСИПНИЙ ТИФ (TYPHUS EXANTHEMATICUS). Висипний тиф — це гостре інфекційне захворювання, яке характеризується ураженням дрібних судин (прекапілярів), нервової системи і появою на тілі плямистої висипки.

Збудник — рикетсії Провачека, які здатні рости і розмножуватися тільки на живих клітинах.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — хвора людина, в крові і клітинах якої є рикетсії: вони з'являються в крові за 2 дні до підвищення температури, містяться протягом всього гарячкового періоду і зникають через кілька днів після його закінчення.

Переносники інфекції — одежна і головна воші. Насмоктавшись крові хворого на висипний тиф, воші стають заразними тільки на 4-й — 6-й день, коли в кишках їх скупчується достатня кількість рикетсій. Зараження відбувається через випорожнення вошей, які попадають в місця укусів паразитів, а також роздавлюванням їх на тілі. Зараження без участі вошей зустрічаються винятково рідко. Війни, післявоєнний період і народні лиха створюють загрозу для розвитку епідемій висипного тифу, які виникають звичайно в холодну пору року.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період — 10—14 днів. Хвороба розвивається швидко; через 1—2 доби температура досягає високих цифр і стійко тримається. Хворий збуджений, лице його червоне, склери гіперемійовані, пульс прискорений; скарги на головний біль, безсоння, загальне нездужання і сплутаність думок. Часто сухий бронхіт. Селезінка промацується не завжди, у крові помірний лейкоцитоз (іноді лейкопенія). На 5-й день на тулубі і кінцівках з'являється розельозно-петехіальна висипка; у тяжких випадках геморагічна. З появою висипки стан погіршується: неспокій, галюцинації, маячення, буйство або коматозний стан. Розлад серцевої

діяльності, пульс частий і малий. Язик сухий, обкладений, висування його утруднене, живіт здутий. Нерідко затримка сечі в міхурі. На 12-й—17-й день температура швидко падає до норми, але ще 2—3 доби хворий перебуває в стані оглушення. Видужування настає повільно. Повторні захворювання на висипний тиф зустрічаються досить часто.

Ускладнення. Пневмонії, некрози шкіри, паротити, гангрена стопи або голінки, тромбофлебіти, міокардит, серозний менінгіт, неврити, парези, паралічі. Минуща глухота.

Діти легко переносять висипний тиф, у них він проходить у стертій формі без ускладнень і нерідко без висипки.

Діагноз ставиться на основі анамнезу, епідеміологічної обстановки і сукупності клінічних даних. Диференціальний діагноз з черевним тифом (див. «*Черевний тиф*»).

Серологічний діагноз — реакція Вейль-Фелікса; вона грунтується на здатності крові висипнотифозних аглютинувати мікроби Proteus X_{19}. Ця реакція досить специфічна, вона виходить з 8-го—10-го дня хвороби; позитивною вважається у розведенні 1 : 200 і вище. У стертих випадках висипного тифу реакція Вейль-Фелікса — надійний спосіб діагностики.

Кров для реакції забирають так само, як і при черевному тифі (див. «*Черевний тиф*»).

Лікування. Синтоміцин і особливо левоміцетин мають уриваюче діяння на перебіг висипного тифу, але не всі хворі переносять їх однаково добре (див. «*Черевний тиф*»). Ці препарати призначають по 0,5 кожні 4 години до падіння температури. Після доби нормальної температури лікування закінчується. В гарячковому періоді звертати особливу увагу на догляд за ротом (паротити) і шкірою (некрози). При інтоксикації: 40% розчин глюкози у вену (30—50 мл) або фізіологічний розчин під шкіру (500 мл). При високій температурі і маячанні: пузир з льодом на голову, вологі обгортання. Всередину люмінал (0,1), солі брому (0,5), пірамідон (0,25). При занепаді серцевої діяльності: камфора, кофеїн, стрихнін, а також адреналін та ефедрин під шкіру (Sol. Ephedrini hydrochl. 5% — 0,5 мл і Sol. Adrenalini hydrochl. 1 : 1000 — 0,5 мл) 2—3 рази на день.

При серозному менінгіті — поперековий прокол; при тромбофлебіті — підвищене положення кінцівки, п'явки; при гангрені — спокій, грілка, операція.

Дієта — молочно-рослинна, а також рубане м'ясо, компоти, киселі, вітаміни.

Виписування з лікарні на 12-й день після падіння температури.

Профілактика. При прийомі в лікарню санітарна обробка: низько обстригти все волосся і спалити його. Хворого вимити і обробити всі волосисті частини 2% емульсією мила «К», дустом ДДТ або сулемовим оцтом. Одяг і білизну складають у мішок, змочений 10% мильно-сольвентовим розчином або 4% емульсією мила «К» і надсилають у дезкамеру. Транспорт, з яким прибув хворий, обробляють дезинфекційними засобами.

Заходи у вогнищі. Епідеміологічним обслідуванням встановлюють джерело зараження і шляхи занесення інфекції. Хворий негайно госпіталізується, вогнище піддають санітарній обробці: в приміщенні проводять вологу або газову дезинсекцію, білизну кип'ятять і піддають вологій дезинсекції, постіль і верхній одяг — камерній (див.

«*Дезинсекція*»). Особи, що оточують хворого, проходять санітарну обробку в бані-пропускнику або ж на місці: теплою водою з милом. Речі, які не піддаються вологій дезинсекції, на місці можна обробити сухим жаром у варистій печі.

З появою розсіяних вогнищ висипного тифу — широка санітарна обробка населення (дуст ДДТ, баня, душ).

Після обробки вогнища за ним встановлюють нагляд на 2 місяці: виявлення хворих, огляд, термометрія, боротьба з вошивістю.

На новобудовах влаштовують бані-пропускники з дезкамерою, через яку проходять всі, що прибувають, і 1 раз на декаду всі робітники та службовці. Необхідні постійний регулярний санітарний нагляд за гуртожитками і транспортом (залізниці й водні шляхи) і систематична боротьба з вошивістю.

Активна імунізація провадиться у вогнищах і при загрозі епідемії. Щеплення, знижуючи захворюваність удвоє, не виключають можливості зараження висипним тифом, однак хвороба у прищеплених проходить легко. В СРСР прийнято *вакцину Кронтовської* (убиті рикетсії, вирощені на легенях мишей); впорскування роблять підшкірно з 5—7-денним проміжком, перша доза — 0,5 вакцини, друга — 1,0 і третя — 1,0. Відносний імунітет триває близько 1 року.

ПОВОРОТНИЙ ТИФ (TYPHUS RECURRENS). Європейський поворотний тиф — це гостре епідемічне захворювання, яке проходить у вигляді окремих приступів з проміжками близько 1 тижня.

З б у д н и к — спірохета Обермейєра, яка має вигляд штопора з 6—8 закрутками; у крові хворого виявляється тільки під час приступу.

Е п і д е м і о л о г і я. Першоджерело інфекції — людина, переносник — одежна воша і почасти головна. Насмоктавшись крові хворого, воші стають заразними через 6—8 днів. Зараження здійснюється не укусом воші, а роздавлюванням її на шкірі. Епідемії поворотного тифу звичайно йдуть за епідеміями висипного тифу; умови, що сприяють розвиткові їх, однакові (завошивленість).

С и м п т о м и і п е р е б і г. Інкубаційний період близько 7 днів. Хвороба починається раптово: трясучий озноб і швидке підвищення температури до 40—41°. Ломота у всьому тілі і *сильні болі в литкових м'язах при тисненні. Селезінка велика,* щільна й болюча, печінка збільшена. Шкіра й склери злегка жовтяничні. Притомність звичайно збережена. На губах нерідко герпес, пульс прискорений. Висока температура стійко тримається близько 1 тижня, а потім критично з заливним потом падає до норми і нижче. Безгарячковий період (апірексія) триває 6—8 днів, після чого при тих же явищах настає другий, коротший приступ (5—6 днів), а за ним друга триваліша апірексія (8—9 днів). Звичайно буває 2—3 приступи, але іноді їх може бути й більше (5—7—10).

Якщо з дня останнього приступу минуло 18 діб з нормальною температурою, то хвороба вважається закінченою. Під час апірексії іноді спостерігаються короткі (близько доби) «вставні» приступи.

Д і а г н о з ставиться на основі анамнезу, епідеміологічної обстановки і характерних симптомів: раптовий початок з ознобом і дуже висока температура, болі в литках при тисненні, велика щільна селезінка. Клінічні симптоми не завжди бувають яскраво виявлені, тому при підозрінні на поворотний тиф необхідно *дослідити кров на спірохети:* краплю крові, добуту під час приступу уколом з пальця, розмазують на предметному склі до діаметра в 1 см, висушують у

кімнаті і направляють у лабораторію. Обробка розчином фарби Романовського-Гімза (1 крапля на 1 мл дестильованої води — фарбувати 45 хвилин без фіксації) дає можливість швидко виявити спірохету.

Лікування. Специфічний засіб — новарсенол, доза 0,6, дітям — 0,01 на 1 кг ваги. Вливання новарсенолу роблять у вену під час приступу (але не в день очікуваної кризи) і обов'язково повторюють у тій же дозі на 5-й день апірексії. Якщо настає другий приступ, то роблять третє вливання в тій же дозі, але не раніше як через 5 днів після попереднього. В тих випадках, де новарсенол протипоказаний, застосовують пеніцилін — 5—7 днів підряд, добова доза 600 000 одиниць.

Виписування дозволяється на 18-й день після останнього приступу.

Профілактика та сама, що й при висипному тифі (див. «*Висипний тиф*»).

Кліщовий поворотний тиф, що передається деякими видами кліщів, викликається особливими спірохетами. Зустрічається він ендемічно в теплих країнах (у нас в Середній Азії), характеризується численними короткими приступами. Діянню новарсенолу не піддається.

МАЛЯРІЯ (MALARIA). Малярія — інфекційне захворювання, характеризується періодичністю приступів, зв'язаною з циклом розвитку збудника з крові хворого.

Збудник. Відрізняють три різновидності малярії: 1) триденну, 2) чотириденну і 3) тропічну.

Кожна з них викликається особливим видом малярійного плазмодія: 1) Pl. vivax, 2) Pl. Laverani, 3) Pl. falciparum. Всі три види плазмодіїв мають подвійний цикл розвитку: безстатевий, який відбувається в еритроцитах людини (шизогонія), і статевий, що відбувається в тілі комара (спорогонія).

Епідеміологія. Поширення малярії можливе тільки при наявності таких умов: 1) людей — носіїв малярійних плазмодіїв, 2) передавачів інфекції — комарів з роду анофелес і 3) певної зовнішньої температури (не нижче 15—18°). Якщо немає хоча б одного з цих факторів, поширення малярії припиняється.

Комар — переносник інфекції (анофелес) на відміну від інших видів має темні плямочки на крилах; на плоскій поверхні сидить під кутом, головою вниз. Розмножується він у болотах, калюжах і стоячих водоймах. Кров ссуть і переносять малярію тільки самиці, вони нападають на людину переважно після заходу сонця і менше вдень. З настанням холодів самиці ховаються на зимівлю, а весною (квітень) вилітають знову.

На Україні найчастіше зустрічається триденна малярія, максимум захворювань припадає на весну і початок літа.

Симптоми і перебіг. **Триденна малярія (Malaria tertiana).** Інкубаційний період від 10 днів до кількох місяців. Заражені влітку або восени перший виразний приступ нерідко дають тільки весною.

Типовий приступ починається трясучим ознобом, головним болем і ломотою в тілі; температура підвищується до 40° і більше, іноді буває блювання або понос, часто герпес на губах. Селезінка збільшена, щільна, печінка також збільшується. Приступ триває 6—8—12 годин, рідко довше, температура падає критично з потом. Через 48 годин приступ повторюється знову і т. д. Далі правиль-

ність чергування приступів втрачається: гарячка стає неправильною, а іноді й зовсім на час припиняється (прихована малярія). Тривалий безгарячковий період у цих випадках переривається типовими приступами — затяжна рецидивна малярія. Появі рецидивів сприяють гарячкові захворювання, охолодження тіла, перегрівання на сонці, впорскування адреналіну та ін. При затяжній малярії розвивається анемія, стійкі зміни у внутрішніх органах (селезінці, печінці, нирках та ін.) і, нарешті, кахексія.

Чотириденна малярія (Malaria quartana) на Україні зустрічається рідко. Приступи при ній виникають через 72 години. Вони тривалі (12—16 годин), стійкі і важче піддаються вилікуванню.

Тропічна малярія (Malaria tropica). Приступи настають через 48 годин і тривають до 40 годин, безгарячковий період короткий. Озноб і піт виявлені мало, часто бувають нервові симптоми: головні болі, маячення і втрата притомності, що доходить іноді до коми.

Перебігом тропічна малярія нагадує черевний тиф або сепсис.

Діагноз у типових випадках легкий. При прихованих і затяжних формах малярію сплутують з сепсисом, туберкульозом, черевним тифом, бруцельозом. З'ясувати діагноз допомагають анамнез і лабораторне дослідження: на скло наносять краплю крові, добуту під час приступу уколом з пальця, розмазують її до діаметра в 1 см, висушують і забарвлюють за Романовським-Гімза 45 хвилин (одна крапля фарби на 1 мл дестильованої води). В еритроцитах плазмодії забарвлюються в голубуватий колір. При прихованій малярії плазмодії в крові виявляються далеко не завжди.

Лікування. Специфічні засоби: хінін, акрихін, бігумаль і плазмоцид.

Хінін призначають всередину (Chininum hydrochloricum) по 0,3 4 рази на день 7 днів підряд, потім роблять перерву на 4 дні, знову дають хінін 3 дні, потім 4 дні перерва і т. д. 5 тижнів. Внутрішньом'язово впорскують Chininum bihydrochloricum: 25% водний розчин по 2 мл 2 рази на день або хінопірин (Chinini hydrochlorici 3,0, Antipyrini 2,0, Aq. destill. 6,0) — 1,5 мл 2 рази на день.

Акрихін дають всередину по 0,1 3 рази на день 5 днів підряд. Потім 10—7 днів перерва, далі 3 дні акрихін (0,1 × 3), 10 днів перерва і ще раз акрихін (0,1 × 3) 3 дні підряд. На цьому лікування закінчують.

Бігумаль дають 5 днів підряд в таблетках по 0,1. 1-й день лікування — 0,3 2 рази на день, решта 4 дні — по 0,3 1 раз на добу. Після проведення 5-денного курсу протягом наступних 3—6 місяців хворому дають по 0,1 бігумалю 2 дні на тиждень підряд.

Плазмоцид дають всередину по 0,02 на прийом в комбінації з акрихіном (зелені таблетки). Схема лікування така сама, як і при акрихіні.

Щоб уникнути поворотів малярії, весною призначають протирецидивне лікування за тією ж схемою, але акрихін з плазмоцидом дають не 3, а 2 рази на добу.

Крім специфічної терапії, при малярії застосовують загальнозміцнювальне лікування (арсен під шкіру) і звичайні симптоматичні засоби.

Профілактика. 1) Боротьба з переносником - комаром. 2) Виявлення і лікування маляриків — носіїв плазмодія.

Осушування боліт, боніфікація, знищення личинок анофелеса нафтуванням водойм або розпиленням ларвіцидів (паризька зелень

та ін.). У приміщеннях комарів убирають обкурюванням, розпиленням дусту ДДТ та ін. Вікна й двері житла захищають сітками.

Заходи *особистої профілактики* — профілактична акрихінізація: акрихін по 0,1 (у таблетках) 2 рази на день по 2 дні підряд з перервою в 4 дні, приймати під час перебування в малярійній місцевості. Бігумаль з метою профілактики дають по 0,1 на добу 2 дні на тиждень підряд протягом всього малярійного сезону.

МОСКІТНА ГАРЯЧКА (MORBUS PAPATASII). Хвороба зустрічається в жаркому кліматі; характеризується коротким гарячковим приступом і тривалою загальною розбитістю.

Збудник — фільтрабільний вірус, перенощик — москіти.

Епідеміологія. В СРСР москітна гарячка спостерігається в Криму, на Кавказі і в Середній Азії в жарку пору року.

Симптоми. Інкубаційний період 3—7 днів. Хвороба починається раптово: озноб, головний біль, болі в ногах, попереці і в орбітах, температура підвищується до 40°, іноді маячення, потьмарення свідомості, блювання, понос.

Характерні симптоми: паління в очах, почервоніння кон'юнктиви, очі болять при натискуванні, сповільнений пульс. У крові лейкопенія (4 000—4 500).

На 2-й—4-й день температура падає, але ще довгий час лишається загальна слабість і розбитість. На 3-му—4-му тижні — випадання волосся і шкірні висипки. Можливі рецидиви хвороби. Закінчення — видужання.

Лікування — симптоматичне: пірамідон, фенацетин, аспірин.

Профілактика. Ізоляція хворих і захист від москітів: сітки на вікна.

ІНФЕКЦІЇ ТВАРИН, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ ЛЮДЯМ (ЗООНОЗИ)

СИБІРКА (ANTHRAX). Сибірка — гостра заразна хвороба травоїдних тварин, від яких вона передається людям. Відрізняють: 1) шкірну форму і 2) вісцеральні форми: легеневу і кишкову.

Збудник сибірки — велика нерухома паличка, має капсулу, утворює *дуже стійкі спори,* що витримують кип'ятіння. В мазках розміщується поодиноко і ланцюжками. Добре забарвлюється метиленовою синькою і за Грамом.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — травоїдні тварини, додатковий резервуар — грунт, забруднений сечею та випорожненнями хворих тварин.

Захворюють найчастіше люди, що мають справу з тваринами або з продуктами, які від них добувають (шкіра, шерсть, м'ясо та ін.). Відомі випадки зараження через помазки для бриття й кожухи.

Значення кровососних комах у поширенні сибірки невелике.

Людина від людини заражається дуже рідко.

Симптоми і перебіг. *Шкірна форма.* Інкубаційний період 2—3 дні. На місці проникнення інфекції з'являється червона пляма, яка швидко переходить у папулу, а потім у пухирець з темним кров'янистим вмістом. З'являється паління і свербіння, пухирець лопається і утворюється *чорний струп,* який збільшується в розмірах. Навколо струпа незабаром виникає віночок із *вторинних пустул.* Шкіра навколо набрякає і стає синьобагровою *Сибірковий набряк* буває особливо різко виявлений у місцях з пухкою підшкірною клітковиною і на лиці.

Дно виразки і прилеглі до неї ділянки шкіри *безболісні.* Регіонарні лімфатичні залози опухають. Температура наприкінці доби доходить до 39—40°. Головний біль, розбитість, тахікардія. Через 5—6 днів температура падає критично, набряк зменшується, виразка підсихає, загальний стан поліпшується, струп відокремлюється на другому тижні, ранка загоюється рубцем. Летальність не більше 2%. Лише в рідких випадках розвивається сибірковий сепсис, який веде до смерті.

Діагноз ставиться на основі вказаних характерних ознак і обов'язково підтверджується бактеріологічним *дослідженням:* гній із пустули розмазують на предметному склі, фіксують через вогонь і забарвлюють метиленовою синькою або за Грамом. Для остаточного уточнення діагнозу — посів і щеплення експериментальним тваринам.

Лікування. Зовнішньо пов'язка з 1% риванолової мазі. Внутрішньом'язово — антисибіркова сироватка 100—200 мл 2—3 дні підряд до падіння температури, або новарсенол 0,6 у вену. *Розріз — протипоказаний.* Прекрасні результати дає пеніцилін — по 50 000 одиниць внутрішньом'язово кожні 3 години (400 000 одиниць на добу) до одержання стійкого ефекту.

Легенева форма зустрічається рідко, переважно у осіб, що обробляють ганчір'я і шерсть; захворювання проходить з високою температурою та явищами дуже тяжкої геморагічної пневмонії. Пінисте харкотиння з кров'ю. У харкотинні сибіркові палички. Тривалість хвороби 2—3 дні, закінчення звичайно смертельне.

Кишкова форма зустрічається рідко. Починається раптово: болі в животі, озноб, жар, криваве блювання, кривавий понос, іноді парез кишок. На шкірі часто пустули і геморагії. У випорожненнях сибіркові палички. Тривалість хвороби 1—6 днів. Закінчення майже завжди летальне.

Лікування вісцеральних форм мало ефективне. Застосовують великі дози сироватки, новарсенол, пеніцилін і симптоматичні засоби.

Виписування провадиться після повного закриття шкірних дефектів і дворазового негативного аналізу на палички сибірки.

Профілактика. Обов'язкова ізоляція хворих і підозрілих тварин. Спалювання трупів загиблих тварин і заражених об'єктів (гній, підстилка). Оздоровлення зараженого грунту та водойм (переорювання, хлорування). Вживати в їжу м'ясо сибіркових тварин не дозволяється.

Дезинфекція шерсті й шкіряної сировини на виробництві.

Хворі на сибірку обов'язково госпіталізуються і вміщуються в окрему палату, перев'язний матеріал спалюється, виділення дезинфікуються. Про захворювання сповіщається по інстанції.

САП (MALEUS). Сап — заразна хвороба, властива однокопитним тваринам. У людей зустрічається рідко, проходить як сепсис з місцевими явищами в гострій або в хронічній формі.

Збудник Bac. malei — тонка нерухома паличка, за Грамом не забарвлюється.

Епідеміологія. На сап хворіють коні, мули і кішки; від них заражаються люди, переважно: конюхи, скотарі, ветеринарні працівники. Місцем заглиблення інфекції може бути всяка ділянка шкіри або слизової оболонки, частіше ніс, очі, кінчики пальців.

Гострий сап — інкубаційний період 3—20 днів. На місці інфекції утворюється тверда неболюча папула (вузлик), що незабаром пере-

творюється у виразку, оточену почервонілою і припухлою шкірою. Типовим є однобічне ураження носа з виділенням слизу. При локалізації вузлика на шкірі — лімфангоїт і лімфаденіт. Одночасно з місцевим процесом спостерігаються тяжкі загальні явища: висока температура, болі в суглобах, блювання та ін. Іноді хвороба починається загальними тяжкими явищами і тільки через 5—6 днів на різних ділянках шкіри та слизових оболонок, особливо на носі та литках, з'являються інфільтрати, виразки й абсцеси. Тривалість хвороби 2—3 тижні; хвороба закінчується смертю.

Хронічний сап. Починається так само, як і гострий, але менш бурхливо. Первинна виразка може загоїтися рубцем; болі в кінцівках і суглобах. Через 4—6 тижнів з'являються множинні безболісні холодні абсцеси переважно навколо суглобів; вони часто прориваються і виділяють мутну маслянисту рідину — «сапне масло». Температура невисока, загальний стан задовільний. Виразки можуть загоюватися, інфільтрати розсмоктуватися і виникати знову. Іноді місце заглиблення інфекції лишається прихованим, і хронічний сап проходить як септикопіемія. При ураженнях лиця — бешихоподібна червоність і наявність багатьох ульцерованих вузликів. При первинному ураженні легень — повзуча пневмонія. При всіх формах типові часті загострення з утворенням нових вузликів, виразок, абсцесів, лімфаденітів та ін. Можливий перехід у гостру форму. Перебіг дуже тривалий.

Діагноз. Епідеміологічний анамнез (контакт з сапними кіньми). Диференціювати: з чумою, віспою, сепсисом, пневмонією, туберкульозом, ревматизмом, сифілісом. Обов'язково зробити *лабораторне дослідження*: у стерильні пробірки ватним тампоном беруть кров, гній, харкотиння, пунктат абсцесів і виділення носа. Пробірки старанно упаковують у подвійні футляри, пломбують і направляють у лабораторію з посланцем.

Лікування мало ефективне; застосовують ртутні втирання, новарсенол (0,6 повторно), сульфамідні препарати (повторно курсами). Можна спробувати внутрішньом'язово пеніцилін (по 800 000 одиниць на добу 7—10 днів підряд) або стрептоміцин.

Профілактика проводиться спільно з ветеринарними працівниками (санітарно-ветеринарний нагляд за кіньми, стайнями та ін.)

Госпіталізація захворілих людей обов'язкова.

ЯЩУР (STOMATITIS EPIDEMICA). Ящур — гостре інфекційне захворювання двокопитних тварин, люди хворіють рідко. Хвороба характеризується висипанням пухирців і утворенням виразок на слизовій оболонці рота і рідше на шкірі.

Збудник — фільтрабільний вірус.

Епідеміологія. На ящур хворіють корови, вівці, кози й свині. Люди мало сприйнятливі до ящура, частіше заражаються діти. Зараження відбувається при вживанні в їжу сирих молочних продуктів від хворих тварин.

Симптоми. Інкубаційний період 2—7 днів. Хвороба починається загальним нездужанням і підвищенням температури. Незабаром у роті з'являються болісні припухлості, які перетворюються спочатку в пухирці (афти), а потім у виразочки. Підщелепні залози збільшуються, спостерігаються слинотеча, сморід з рота, ковтання утруднене. Болі і паління в роті, іноді поноси. Висока температура тримається 3—4 дні, виразковий процес — близько 2 тижнів. Крім

висипання в роті, афти й виразочки можуть з'являтися на лиці, коло нігтів на пальцях і в інших місцях.

Прогноз сприятливий.

Лікування. Часті полоскання рота дезинфекційними розчинами (бура, риванол 1 : 1000, борна кислота та ін.) і теплим розчином шавлії або ромашки. Виразочки змазують 2% розчином ляпісу або сумішкою 3% розчину бури з гліцерином. Всередину хінін. Шкірні висипки лікують цинковою маззю або пастою Лассара.

Профілактика. Санітарно-ветеринарний нагляд за худобою. Не вживати в їжу молочних продуктів невідомого походження.

СКАЗ (RABIES, LYSSA). Сказ — гостре інфекційне захворювання центральної нервової системи.

Збудник — фільтрабільний нейротропний вірус.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — тварини: собаки, вовки, кішки та ін. Зараження відбувається через занесення вірусу в рану із слиною, при укусах скаженими тваринами. Людина від людини заражається рідко.

Симптоми. Інкубаційний період залежно від місця укусу від 15 до 90 днів. *Продромальні явища:* болі на місці колишнього укусу і за ходом нервів, пригнічений стан, задишка, тахікардія, субфебрильна температура.

Початок захворювання: припадки збудження, яке доходить до несамовитості, спазми глоткової мускулатури і судороги, коли хворий бачить воду (водобоязнь). Загальні судороги при русі повітря (*аерофобія* — подути на хворого), шумі, сильному світлі, больовому відчуванні та ін. *Значне виділення слини.* Температура до 40°, маячення, галюцинація. Через 2—6 днів хвороба закінчується смертю при явищах паралічу.

Лікування. Призначають 1% розчин морфіну під шкіру по 1 мл 2—3 рази на день. У палаті підтримують напівсвітло і абсолютну тишу. Спрагу заспокоюють смоктанням мокрої марлі або кусочків льоду.

Профілактика. Люди, укушені явно скаженими або підозрілими на сказ тваринами, зразу ж направляються для щеплення на пастерівську станцію або в її відділ.

Захворілі на сказ госпіталізуються.

Скажені і підозрілі на сказ тварини убиваються.

Бродячі собаки знищуються, ті, що мають хазяїна, — реєструються; при виході на вулицю вони повинні бути в намордникові та ходити на повідку. Собаки, що дістали підозрілі на сказ укуси, видержуються в карантині 3 місяці; особливо цінним собакам роблять щеплення.

Після підозрілого на сказ укусу не слід швидко спиняти кровотечу.

БРУЦЕЛЬОЗ (BRUCELLOSUS). Бруцельоз — інфекційне захворювання, яке характеризується тривалим перебігом і досить різноманітною клінічною картиною. Передається людині від дрібної рогатої худоби, рідко від корів та іноді від свиней.

Збудник — найдрібніші кокобацили — бруцели, які мають здатність довго зберігатися в грунті, молоці, маслі та ін.

Епідеміологія. На бруцельоз хворіє багато тварин; хвороба у них проходить у вигляді затяжного сепсису, який веде до аборту (у самців — орхіт).

Інфекція проникає через шкіру і слизові оболонки контактним

або харчовим шляхом. Хворі тварини виділяють бруцели з молоком, сечею і через вагіну. Особливо небезпечний абортований плід.

Бруцельоз поширений в усіх країнах. В СРСР він зустрічається там, де розводять багато овець. Заражаються переважно люди, які мали тісний контакт з худобою, з її молоком (доярки), м'ясом і шерстю. Харчовим шляхом інфекція передається через молоко, бринзу, масло, сир; рідко через воду та овочі, забруднені виділеннями хворих тварин.

Симптоми і перебіг. Клінічна картина бруцельозу не має яскравих характерних симптомів. Хвороба починається підвищенням температури, ломотою в кінцівках і загальним нездужанням. Далі болі в суглобах та м'язах посилюються, з'являються заливні *поти* й озноби. Типовою вважається *хвилеподібна гарячка:* температура розмахами підвищується до 40° і поступово знижується, тривалість гарячкової хвилі — 3—5 тижнів, потім апірексія. Бувають і інші типи гарячки: постійна, неправильна, переміжна та ін. Стійка схильність до рецидивів. Тривалість захворювання — від півроку до кількох років. Можливі різні висипання на шкірі. *У крові* — анемія, лейкопенія, лімфоцитоз і моноцитоз. *У легенях* іноді бувають вогнища, що нагадують туберкульоз. *Ускладнення* різноманітні, переважно в кістково-суглобовому апараті і нервовій системі (артрити, неврити та ін.).

Діагноз остаточно встановлюється лабораторними дослідженнями: 1) посів крові (відповідь одержується через 2—3 тижні); 2) повторна реакція аглютинації Райта і Хеддльсона (забір крові — див. «*Черевний тиф*»); шкірна проба Бюрне — внутрішньошкірно на перепліччі вводять 0,1 бруцеліну: у випадках бруцельозу на місці впорскування з'являється червоність і набряк.

Лікування. Повторні переливання крові — 250 мл 1 раз на тиждень, всередину сульфазол по 1 г 4 рази на добу 5 днів підряд з перервами у 7 днів, 3—4 курси; можна також вживати бруцельозну вакцину під шкіру або у вену у зростаючих дозах (від 2 до 100 млн. бактеріальних тіл на вливання) повторно з проміжками в 3—7 днів. Підшкірно вакцина вводиться у зростаючих дозах від 250 млн. до 1,5 млрд. мікробних тіл з проміжками між ін'єкціями в 1—2 дні; всього 15—20 ін'єкцій. Загальнозміцнювальне лікування, добре харчування, пірамідон при болях, фізіотерапія, лікування на курорті (Одеса).

Останнім часом при бруцельозі, особливо в ранньому періоді хвороби, з успіхом застосовують левоміцетин (або синтоміцин) повторними курсами — по 0,5 6 разів на добу з перервами в 6—10 днів. При появі симптомів інтоксикації (див. «*Черевний тиф*») лікування переривають на 2—3 дні, а потім відновлюють, зменшивши дозу вдвое.

Профілактика. Санітарно-ветеринарний нагляд за тваринами, паспортизація господарств з виявленими випадками бруцельозу, заборона довозу хворих тварин у здорові райони. В уражених бруцельозом районах забороняється сире молоко й молочні продукти: сир, бринза, масло та ін., а також сира вода, сирі овочі та фрукти.

Хворі, що потребують постільного режиму, госпіталізуються, їх виділення та білизну дезинфікують (див «*Дезинфекція*»).

ЧУМА (PESTIS). Чума — особливо небезпечне епідемічне захворювання, властиве тваринам — гризунам і людині.

З б у д н и к — чумна паличка бочкоподібної форми з закругленими кінцями, що добре забарвлюються, в той час як середина лишається блідою.

Е п і д е м і о л о г і я. На території СРСР чума не зустрічається, але може бути занесена до нас з епідемічних вогнищ.

Першоджерело інфекції — гризуни, переважно щури, від яких хвороба передається людині. Перенощик — блохи, що залишають трупи здохлих тварин і нападають на людей. Люди можуть заражатися один від одного і без участі бліх (контакт, речі, крапельна інфекція). Чума дуже заразлива і може викликати страшні епідемії.

С и м п т о м и і п е р е б і г. Інкубаційний період 2—5 днів. Початок раптовий: озноб, висока температура, головні болі, хитка хода, неспокій, маячення, галюцинації. Язик вкривається білим нальотом, занепад серцевої діяльності.

Залежно від форми хвороби, на фоні загальної інтоксикації з'являється: 1) болючий бубон у пахвині, пахві та ін. — *бубонна чума* або 2) геморагічна пневмонія — *легенева чума* або ж розвивається 3) загальний сепсис — *чорна смерть.*

Бубони нагноюються, прориваються або розсмоктуються. Видужання можливе, летальність близько 60%. Легенева чума, як і септична, дає більший процент летальності.

Д і а г н о з остаточно встановлюється бактеріологічним дослідженням гною, крові, харкотиння та ін.; забір і пересилання матеріалу провадяться з надзвичайною обережністю.

Л і к у в а н н я. Застосовують внутрішньом'язово специфічну сироватку (100—200 мл), стрептоміцин і симптоматичну терапію.

П р о ф і л а к т и к а. 1. *Негайно:* ізоляція хворого в окреме лікарняне приміщення, карантин для оточуючих, повідомлення державного санітарного нагляду.

2. Старанна дезинфекція і дезинсекція.

3. Боротьба з гризунами.

4. Протичумна вакцинація.

Персонал чумних лікарень вміщується в окремій квартирі і не сполучається з населенням. При догляді за хворим спецодяг, рукавички, окуляри, маска на лице.

Трупи померлих спалюються або глибоко закопуються в землю і засипаються вапном.

ТУЛЯРЕМІЯ (TULAREMIA). Туляремія — гостре заразне захворювання типу септицемії, яке уражає гризунів і людину.

З б у д н и к — найдрібніші кокобацили туляремії.

Е п і д е м і о л о г і я. Першоджерело інфекції — гризуни: водяні щури і пацюки, миші, зайці, ховрахи та ін. Від них зараження відбувається різними шляхами: *при контакті* з хворими тваринами, з їх шкурами, виділеннями та забрудненими ними об'єктами (сіно, солома, зерно, вода при купанні та ін.), *при укусах кровососними комахами* (кліщі, гедзі, мухи та ін.), харчовим шляхом (через м'ясо хворих тварин, заражену ними воду та їжу), при вдиханні пилу, що містить мікроби туляремії.

Інфекція проникає через шкіру або через слизові оболонки.

С и м п т о м и: а) *залозисті форми:* початок раптовий, висока температура, головні болі, болі в м'язах, ін'єкція склер. Незабаром на шкірі і місці заглиблення інфекції з'являється папула, яка перетворюється у виразку. Регіонарні лімфатичні залози опухають, а потім нагноюються і прориваються або розсисаються. Якщо зараза

проникає через око, то разом з загальними явищами розвивається найсильніший кон'юнктивіт і опухання шийних лімфатичних залоз. При проникненні інфекції через мигдалики — ангіна й лімфаденіт на шиї (ангінозна форма).

Зустрічаються й чисто *бубонні форми*, що позначаються загальними явищами та опуханням лімфатичних залоз без реакції на місці заглиблення інфекції;

б) *кишкова (тифоїдна) форма:* починається так само, але відрізняється тяжчими загальними явищами: втрата притомності, маячення та ін., гарячка триває 2—3 тижні. Досить часто еритематозна висипка, іноді розлитий бронхіт або бронхопневмонія;

в) *легенева форма*, що виникає після вдихання зараженого пилу, проходить за типом розлитого трахеобронхіту з інтоксикацією або ж у вигляді тяжкої бронхопневмонії із схильністю до утворення каверн і абсцесів.

При всіх формах печінка і селезінка звичайно збільшуються. У крові лейкопенія або невеликий лейкоцитоз. Тривалість хвороби 2—3 тижні. Після падіння температури надовго лишається загальна слабість.

Діагноз остаточно встановлюється різними *лабораторними дослідженнями.* Застосовують щеплення гною, крові і слизу мишам або морським свинкам, реакцію аглютинації, яка є доказовою в розведенні 1 : 100 і вище (забір крові — див. *«Черевний тиф»*), *шкірну пробу з тулярином* (внутрішньошкірно на передпліччі впорскують 0,1 тулярину; виниклі через 24—48 годин почервоніння і інфільтрат вказують на туляремію).

Культури кокобацили туляремії і матеріали, що їх містять, дуже заразливі — поводитися обережно!

Лікування — симптоматичне: тепло і мазьовий компрес із сірої ртутної мазі (на бубон); при флюктуації — розріз. Серцеві засоби. Застосовують також специфічну сироватку (по 50—80 мл повторно), стрептоміцин — внутрішньом'язово 4 рази на добу по 250 000 одиниць або левоміцетин (0,5 × 6).

Профілактика. Боротьба з гризунами. Оберігати від них харчові продукти і воду. Уникати контакту з гризунами і зараженими ними об'єктами. Захисні заходи від кровосисних комах. Санітарно-епідеміологічне обслідування для ліквідації спалаху, профілактичне щеплення.

Хворі госпіталізуються. Виписувати їх можна тільки через 15 днів після закінчення клінічних явищ. Старанна дезинфекція біля ліжка хворого: перев'язний матеріал спалювати.

ТРАВМАТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ

БЕШИХА (ERYSIPELAS). Див. *«Хірургічні хвороби».*

СТОВБНЯК І ГАЗОВА ГАНГРЕНА — див. *«Хірургічні хвороби».*

КРАПЕЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ

ГРИП (GRIPP). Грип — гостре епідемічне захворювання, яке проходить з переважним ураженням дихальних шляхів і загальною інтоксикацією.

Збудник — фільтрабільний вірус.

Епідеміологія. Відрізняють: 1) *епідемічний грип*, який

з'являється час від часу в холодну пору року і дуже швидко поширюється серед населення. Епідемія триває 3—4 тижні і швидко припиняється; 2) *пандемічний грип* («іспанка» 1918 року), що спостерігається рідко — приблизно 1 раз за 20—30 років, захоплює мало не всю земну кулю і відрізняється тяжкістю перебігу.

«Грипом» неправильно називають також всяку легку простудну незаразну хворобу, що виявляється невеликим підвищенням температури, кашлем і нежитем.

Зараження епідемічним і пандемічним грипом передається від людини до людини *повітряно-крапельним* шляхом, тобто через найдрібніші бризки слини, що викидаються при кашлі, чханні і розмові. Зараження можливе також при стиканні з речами (білизна та ін.) і предметами вжитку хворого. Антисанітарний стан жител сприяє поширенню інфекції.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період 2—3 дні. Хвороба починається загальним нездужанням, головним болем, ломотою і підвищенням температури. Одночасно з'являється кашель, нежить, тупі болі за грудиною. Відмічаються червоність у зіві, нежить, ларингіт, трахеїт, бронхіт. Через 2—5 днів температура спадає, і настає видужання. Цей характер захворювання властивий *гарячковій формі.*

Нерідко хвороба ускладнюється появою бронхопневмонії — *пневмонічна форма* — або ж тяжкими симптомами в нервовій системі: дуже сильними головними болями, потьмаренням свідомості, маячінням, менінгітом, енцефалітом, невритами та ін. — *нервова форма.*

В усіх ускладнених випадках хвороба затягається на невизначений строк.

Ускладнення при грипі численні і дуже різноманітні. Діагноз ставиться за клінічною картиною та епідемічною обстановкою.

Лікування. Постільний режим, легка дієта. Всередину стрептоцид (0,5 × 4), а також аспірин (0,5) або пірамідон (0,3) у комбінації з кофеїном (0,1) і кодеїном (0,02).

При нервовій формі — салітропін (цилотропін) у вену. Склад його такий: Coffeini natrio salicylici 0,2, Natr. salicyl. 0,8, Urotropini 2,0, Aq. destill. 5,0 — на одне вливання.

При пневмонічній формі і при кишковій — сульфазол (4—6 г на добу), пеніцилін по 400 000—600 000 на добу.

Профілактика. Під час епідемій уникати скупчення людей у закритих приміщеннях. Провітрювати і дезинфікувати громадські місця: театри, кіно, школи, їдальні та ін. Додержувати заходів особистої гігієни й остерігатися простуди. Захворілі ізолюються у себе вдома або в лікарні.

ЕПІДЕМІЧНИЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНИЙ МЕНІНГІТ (MENINGITIS CEREBROSPINALIS EPIDEMICA). Епідемічний цереброспінальний менінгіт — гостре інфекційне захворювання оболонок головного і спинного мозку.

Збудник — менінгокок — грамнегативний диплокок; розміщується внутрішньоклітинно в лейкоцитах.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — людина. У хворих менінгококи містяться в цереброспінальній рідині, у крові і в носоглотці. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом. Велике значення у поширенні цереброспінального менінгіту мають здорові носії менінгокока. Епідемії менінгіту поширюються повільно і не дають масових захворювань. Спостерігається цереброспінальний менінгіт найчастіше в лютому, березні і квітні.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період 3—5 днів. Початок раптовий: дуже сильний головний біль, блювання, озноб і підвищення температури до 39—40°. Незабаром з'являються характерні ознаки: 1) малорухомість потилиці (голову не можна пригнути до грудей), 2) симптом Керніга: розгинання ноги, зігнутої в кульшовому і колінному суглобах, болісне і дуже утруднене. Притомність втрачається лише в тяжких випадках. Хворій лежить у ліжку боком, голова його закинута назад, коліна притиснені до живота. Нерідко минущі паралічі лицевого нерва і нервів очних м'язів.

Спинномозкова рідина, взята при поперековому проколі, мутна (гній), витікає струминою або частими краплями. При мікроскопічному дослідженні (забарвлення метиленовою синькою) в ній виявляють менінгококи, що розташовуються всередині лейкоцитів.

Ускладнення: пневмонії, пролежні, головна водянка, порушення психіки, глухота, сліпота.

Діагноз епідемічного менінгіту остаточно встановлюється тільки після поперекового проколу (див. «*Хвороби головного мозку*», стор. 137) і виявлення в спинномозковій рідині менінгокока (мазок, посів), бо менінгіти іншого походження (пневмококовий, стрептококовий, туберкульозний та ін.) клінічно виявляються майже такими ж симптомами.

Лікування. Спокій, тиша, зручна постіль, поперековий прокол. Якомога раніше *всередину дають сульфазол* 6 днів підряд: 2 дні по 8 г на добу (1,3 × 6), 2 дні по 6 г (1,0 × 6) і 2 дні по 4 г (1,0 × 4). Якщо лікування почато рано, то поліпшення і відужання настає швидко. У тяжких випадках, крім сульфазолу, призначають пеніцилін: 600 000 одиниць на добу; з них 25 000 вводять у спинномозковий канал, а решту внутрішньом'язово по 25 000 кожні 3 години вдень і вночі.

Крім того, симптоматична терапія.

Профілактика. Госпіталізація хворих обов'язкова. Приміщення і речі хворого дезинфікуються. В епідемічних вогнищах (дитячі будинки, ясла та ін.) обслідування на носіння менінгокока (посів слизу з зіва). Носіїв-дітей слід ізолювати, дорослих — не допускати на роботу в дитячих закладах до закінчення бацилоносіння.

ВІСПА НАТУРАЛЬНА (VARIOLA VERA). Віспа — особливо небезпечне гостре інфекційне захворювання, яке проходить з тяжкою інтоксикацією і характерною висипкою.

Збудник — фільтрабільний вірус, стійкий, летючий; добре переносить висихання.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — хвора людина, яка є заразною з першого дня хвороби і до повного відпадання корок (близько 40 днів). Інфекція передається повітряно-крапельним шляхом, контактним шляхом при стиканні з хворим або його речами, а також через пил, в якому є висохлий гній. Трупи померлих, гній і виділення хворих дуже заразливі.

Симптоми і перебіг. *Інкубаційний період* триває від 10 до 17 днів. *Продромальний період* починається раптовим ознобом, температура підвищується до 40°, з'являються нестерпні болі в попереці і крижах, потьмарення свідомості, маячення. На другу добу іноді спостерігається короткочасна короподібна або еритематозна висипка на лиці, грудях або на стегнах. На 3-й—4-й день температура знижується до 38°, загальний стан поліпшується і настає *період висипання:* на лиці і на кистях рук з'являються невеликі щільні

рожеві вузлики — папули. Через добу вони виявляються на грудях і животі, а на 3-й день на спині та кінцівках. Папули висипають також і на слизових оболонках (у роті, в зіві та ін.), де вони швидко перетворюються у виразочки. Через 24—48 годин папула наповнюється прозорим вмістом і перетворюється в пухирець — везикулу. На 8-й—10-й день хвороби везикули перетворюються у гноячки — пустули, що мають у центрі вдавлення (пупок); температура підвищується до 40° і починається *нагнійний період,* який часто супроводиться тяжкими ускладненнями (пневмонії, геморагічний нефрит, сепсис, виразки рогівки та ін.). Проіснувавши 5—7 днів, пустули лопаються, гній, що з них витікає, підсихає, утворюються корки і з'являється сильне свербіння. У цей час температура знижується і загальний стан поліпшується. На 23-й—24-й день корки починають відпадати, залишаючи після себе рубці. Настає *період видужування.*

Тривалість віспи близько 6 тижнів.

Легкі форми віспи, що зустрічаються іноді у вакцинованих, називають *варіолоїд.* Він так само заразливий, як і натуральна віспа.

Діагноз. Крім характерної клінічної картини, діагноз встановлюється також лабораторним способом. Вміст везикул обережно набирають у пастерівську піпетку, запаюють її з обох кінців, обтирають спиртом, упаковують у футляр і направляють у лабораторію з посланцем.

Лікування. Специфічного лікування немає. Рот треба полоскати 3% розчином водень-пероксиду, ніс очищати від гною і змазувати борним вазеліном, очі промивають і закапують 0,1% розчином метиленової синьки. Пустули змазують 10% розчином калій-перманганату. Внутрішньом'язово впорскують пеніцилін по 400 000—600 000 одиниць на добу. Лід на голову, кофеїн і камфора під шкіру. Ускладнення лікують за загальними правилами.

Профілактика. Захворілого негайно госпіталізують в ізольованому лікарняному приміщенні. Його квартиру та речі дезинфікують. Про випадок захворювання терміново сповіщають санітарний нагляд.

Всім особам, що були навіть у віддаленому контакті з хворим, негайно роблять противіспяну вакцинацію. Якщо випадок віспи стався в колгоспі, на заводі або в школі, то насамперед вакцинують всіх колгоспників, робітників, службовців, школярів, а потім решту населення. Імунітет настає на 7-й—10-й день після щеплення. Всі хворі і медичний персонал лікарні, куди вміщено хворого, вакцинуються.

Вакцинація. Віспяна вакцина (детрит) добувається від здорових телят, штучно заражених вірусом віспи. *При проведенні щеплень додержують абсолютної стерильності.* Шкіру на плечі обтирають спиртом та ефіром і наносять на неї 2 краплі детриту на віддалі 2 см одна від одної. Через ці краплі на шкірі голкою, змоченою в детриті, роблять дві легких подряпини, і дають йому висохнути 10—15 хвилин. Результат визначається через 4—5 днів. Щепленням підлягають всі громадяни СРСР на першому, 5-му, 11-му і 20-му році життя, а також діти, яких приймають у дитячі заклади, і дорослі, які вступають на роботу, якщо вони не мали протягом найближчих 3-х років противіспяних щеплень з позитивним результатом.

ВІТРЯНА ВІСПА (VARICELLA). Вітряна віспа (вітрянка) — гостре інфекційне захворювання дитячого віку, яке проходить з висипкою, що нагадує віспяну.

Збудник — невідомий. Поза організмом він швидко гине.

Епідеміологія. На вітряну віспу хворіють діти переважно від 2 до 6 років; після 10 років і у дорослих вітряна віспа зустрічається дуже рідко. Першоджерело — хвора людина, від якої зараза передається повітряно-крапельним шляхом. Діти дуже сприйнятливі до зараження. Масових епідемій вітряної віспи не буває.

Інкубаційний період — від 14 до 21 дня.

Симптоми. Хвороба починається раптом підвищенням температури і висипанням. Спочатку висипка має вигляд невеликих червоних плям, що через кілька годин перетворюються у везикули (пухирці), які швидко підсихають або переходять у пустули. Висипка з'являється безладно — на голові, на лиці і на тілі. Висипання відбувається за 2—3 рази. Іноді висипка буває і на слизових оболонках; очі уражаються дуже рідко. Кількість висипинок на тілі — від кількох штук до багатьох сотень.

Тривалість хвороби 5—7 днів.

Діагноз. Тяжкі випадки вітряної віспи іноді сплутують з натуральною віспою. На відміну від віспи *при вітряній віспі:* 1) продромального періоду немає; 2) плями і папули дуже швидко (через 2—3 години) переходять у везикули; 3) висипка з'являється зразу на всьому тілі без певного порядку, підсипає поштовхами і буває поліморфна: на тій самій ділянці шкіри одночасно виявляються плями, папули, везикули, пустули; 4) прокол голкою везикули викликає спадання її при вітряній віспі; при натуральній віспі везикула не спадається.

В разі сумніву вдатися до лабораторного діагнозу (див. *«Віспа»*).

Прогноз при вітряній віспі сприятливий. Ускладнення спостерігаються рідко.

Лікування. До падіння температури і підсихання висипки тримати хворого в постелі. Везикули змазувати 10% розчином калій-перманганату. Видужалих виписувати після відпадання корок.

Профілактика. Рання ізоляція захворілих і охорона здорових від стикання з ними. Перенесена вітряна віспа не дає імунітету до натуральної віспи.

ДИФТЕРІЯ (DIPHTERIA). Дифтерія — гостре інфекційне захворювання, яке характеризується утворенням фібринозних плівок і загальною інтоксикацією.

Збудник — паличка дифтерії, відкрита Леффлером. Виділяє дуже сильний токсин.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — людина, хвора на дифтерію, видужалий від неї і здоровий носій дифтерійних мікробів. Від них інфекція передається повітряно-крапельним шляхом, контактом, а також через речі: білизну, посуд, іграшки та ін. Видужалі від дифтерії довго можуть бути заразними для оточуючих (хронічні носії дифтерійних паличок).

Захворюють переважно діти, особливо віком від 1 до 10 років. Сприйнятливість до дифтерії у різних людей неоднакова. Вона залежить від наявності або відсутності в крові дифтерійного антитоксину і визначається *реакцією Шіка:* на передпліччі внутрішньошкірно вводять 0,1 мл розведеного дифтерійного токсину — у сприйнятливих через 48—72 години на місці ін'єкції з'являється червоність і припухлість. Дифтерія найчастіше зустрічається восени і взимку. Розвиткові епідемій сприяють антисанітарні умови побуту.

Симптоми і перебіг. Осідаючи на місці інфекції, дифте-

рійні палички починають розмножуватися, утворюють фібринозну плівку і виробляють токсин, який всмоктується в кров.

Залежно від місця локалізації інфекції відрізняють: дифтерію зіва, дифтерію гортані (круп), дифтерію носа, дифтерію ока, дифтерію статевих органів і дифтерію шкіри.

Дифтерія зіва. Інкубаційний період 2—7 днів. Хвороба починається поступовим підвищенням температури, загальним нездужанням і болями в горлі при ковтанні. У зіві виявляється червоність, припухлість і білий обмежений наліт (плівка), що міцно сидить на мигдалику. Лімфатичні залози на шиї опухають. Далі нальоти збільшуються і починають виходити за межі мигдаликів на м'яке піднебіння, язичок, задню стінку глотки, гортань та ін. (поширена форма).

З розвитком місцевих явищ у зіві наростає інтоксикація: з'являються головні болі, пульс стає малим і частим, дитина бліда, млява, апатична. Температура тримається в межах 38—39°.

При так званій *токсичній (злоякісній) формі* температура підвищується до 40°, пульс прискорюється до 140—160, лице бліде, одутле, лімфатичні залози дуже збільшені, *шия набрякла.* Нальоти в зіві жовтобурі, губи сухі, з рота гнильний запах. На шкірі іноді геморагії. Злоякісна дифтерія часто закінчується смертю.

Поряд з середніми і тяжкими формами зустрічаються легкі, при яких загальні явища позначені мало, а нальоти в зіві мають вигляд точок або окремих острівців, але не суцільних плівок.

Круп (дифтерія гортані) буває первинним або ж приєднується до дифтерії зіва.

У початковому періоді (1—3 дні) відмічаються хрипота, гавкаючий кашель, болючість гортані при обмацуванні, температура до 39°. При ларингоскопії набряк і гіперемія гортані, плівки виявляються не завжди.

У період стенозу відмічаються утруднене дихання з свистом (стридор), ціаноз, втягнення податливих частин грудної клітки і приступи ядухи, що переходять в *асфіксію.*

Дифтерія носа частіше зустрічається у грудних дітей. Симптоми: сукровичні виділення з носа, сопіння, температура до 38°; інтоксикація виявлена мало.

Дифтерія очей: гіперемія, набряклість і плівки на кон'юнктиві; слизогнійні виділення, набряклість повік.

Дифтерія статевих органів: частіше у маленьких дівчаток — набряк, виділення і сіруваті нальоти на вульві; пахвинні залози збільшені. Інтоксикація мало виявлена.

Дифтерія шкіри (ранова дифтерія). На ділянках шкіри, позбавлених епідермісу, плівчасті нальоти, набряк навкружних частин.

Ускладнення зустрічаються переважно при тяжких формах і при пізньому застосуванні сироватки:

1. Токсичний міокардит, що іноді закінчується паралічем серця.
2. Паралічі периферичних нервів — найчастіше уражається м'яке піднебіння.
3. Нефрози.
4. Бронхопневмонії — переважно при крупі.

Діагноз, встановлений на основі клінічних даних, завжди слід підтвердити бактеріологічним дослідженням плівки або знятого з неї мазка. Для взяття мазка є спеціальні стерильні пробірки, закриті пробкою, в яку вставлено стрижень з ватним тампоном.

Лікування. Специфічний засіб — антидифтерійна сироватка,

яка знешкоджує дифтерійний токсин. Вона дозується в антитоксичних одиницях (АО). Чим раніше вводиться сироватка, тим більше шансів на видужання. Сироватку впорскують внутрішньом'язово в сідницю або в зовнішню сторону стегна, суворо додержуючи правил асептики.

Чим пізніше почато лікування, тим більша повинна бути доза. На 1-й—2-й день хвороби в легких випадках впорскують 10 000 АО, в середніх — 30 000 АО, у тяжких і при крупі — 50 000—60 000 АО і через добу знову вводять ту саму дозу або половину її. В разі необхідності впорскування повторюють. Якщо сироватка вперше вводиться на 3-й день хвороби або пізніше, то зазначені дози подвоюють. В тяжких випадках поряд з сироваткою внутрішньом'язово вводять пеніцилін 400 000—600 000 одиниць на добу 4—5 днів підряд.

Діяння сироватки виявляється через 24 години поліпшенням загального стану, спаданням температури і поступовим відокремленням плівок.

Симптоматична терапія. Цілковитий спокій у постелі, очищення язика — полоскання або спринцювання рота 2% розчином борної кислоти. У ніс закапують 2% розчин протарголу. Рідка тепла їжа: молоко, кашки, киселі, ягідний сік, бульйон та ін.

Серцеві засоби: кофеїн, камфора, 0,1% розчин стрихніну під шкіру.

При крупі всередину кодеїн з бромом, парова інгаляція; під час приступу ядухи — кисень, гарячі ножні ванни, гарячий компрес на шию. При наростаючому стенозі — інтубація або трахеотомія.

Виписування видужалих проводиться після повного зникнення клінічних симптомів і дворазового негативного аналізу на виділення дифтерійних паличок, проведеного з триденним проміжком.

Профілактика. Захворілі негайно госпіталізуються, провадиться дезинфекція приміщення та речей. Для дітей, що живуть в одній квартирі з захворілим, встановлюють карантин на 7 днів, їх обслідують на носіння. Дитячий заклад або школу, в якій перебував хворий, повідомляють про захворювання.

Величезну користь у боротьбі з дифтерією дає *активна імунізація анатоксином,* тобто дифтерійним токсином, знешкодженим формаліном. Анатоксин вводиться підшкірно: перша ін'єкція — 1 мл, через 20 днів друга ін'єкція — 2 мл, через *6—12 місяців* роблять третє впорскування — 1 мл.

Імунізації підлягають діти віком від 1 до 8 років. Щеплення протипоказані: при всіх гарячкових захворюваннях, виявленому туберкульозі, гострих кишкових розладах, хворобах нирок, декомпенсованих пороках серця, діабеті, злоякісній анемії і лейкемії.

СКАРЛАТИНА (SCARLATINA). Скарлатина — гостре інфекційне захворювання, яке характеризується ангіною, висипкою і схильністю до цілого ряду ускладнень.

Збудник — фільтрабільний вірус в асоціації з гемолітичним стрептококом.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — скарлатинозний хворий, а також недавно видужалий від скарлатини і, ймовірно, здоровий носій скарлатинозного вірусу. Зараза передається повітряно-крапельним шляхом, контактом з хворим або носієм, через речі і через третіх осіб, що стикалися з хворим. Велике епідеміологічне значення мають стерті нерозпізнані форми скарлатини. Інфекція може передаватися також через харчові продукти (молоко) і механічно

переноситися мухами. Кількість захворювань наростає восени і взимку. Особливо часто хворіють діти віком від 2 до 8 років. Скарлатина залишає дуже стійкий імунітет.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період — від 2—6 до 12 днів. Хвороба починається раптово — загальним нездужанням, підвищенням температури, *блюванням* та болем у горлі. Лімфатичні залози припухають, пульс прискорений — 120—140 ударів за хвилину. *У зіві «скарлатинозна заграва»:* мигдалики, язичок і м'яке піднебіння яскравочервоні й набряклі; на місці переходу м'якого піднебіння в тверде червоність обривається. Наприкінці першої або на початку другої доби з'являється *висипка.* На лиці вона має вигляд суцільної червоності, причому губи і підборіддя лишаються блідими — *«скарлатинозна маска».* На тілі висипка складається з дрібних точок, що густо сидять на почервонілій шкірі. З появою висипки стан хворого погіршується, температура підвищується, лімфатичні залози значно збільшуються, на мигдаликах з'являються брудновато-білі нальоти (ангіна), ковтання утруднюється. Язик спочатку буває обкладений, але з 3-го—4-го дня очищається і стає *«малиновим».* У крові лейкоцитоз (10 000—20 000). Збудження, маячення або сонливість.

Через 5—7—9 днів температура спадає, настає поліпшення і виникає *лущення;* на тілі епідерміс сходить лусочками, а на пальцях, підошвах і долонях шарами. На цьому хвороба може й закінчитися. Однак дуже часто, звичайно між 17-м і 26-м днем, температура знову підвищується і з'являються *ускладнення: лімфаденіт* шийних залоз, який нерідко закінчується нагноєнням, *нефрит* (набряки, білок і кров у сечі), який іноді веде до еклямптичної уремії, *отит* з гноєтечею з вуха, а також мастоїдит, ураження суглобів, пневмонії, менінгіти, абсцеси, сепсис та ін.

Поряд з описаною середньою формою зустрічається дуже тяжка, злоякісна скарлатина і легкі рудиментарні форми, при яких основні симптоми хвороби ледве позначені.

Діагноз ставиться на основі клінічної картини. Точних лабораторних методів розпізнавання скарлатини не існує.

Лікування. Постільний режим, догляд за порожниною рота, зіва і носа (див. *«Дифтерія»*). Легка поживна дієта. Впорскування антискарлатинозної сироватки (20 000—40 000 АО) або, ще краще, протикорової сироватки (сироватка крові здорових дорослих людей) 60—80 мл.

У тяжких випадках — *переливання крові* 100—200 мл (переливання робити дуже повільно!).

Рекомендується також *пеніцилін* внутрішньом'язово по 25 000—50 000 одиниць кожні 3 години вдень і вночі. Всередину призначають стрептоцид або сульфазол (дози за віком) і, в разі потреби, серцеві засоби. При лімфаденіті тепло, розріз при нагноєнні. При нефриті безсольова, молочно-рослинна дієта, обмежене введення рідини, 40% глюкоза у вену (20—30 мл), кофеїн, Decoctum fol. Uvae Ursi 10 : 200,0 — 1 столова ложка 5 разів на день. При уремії поперековий прокол — випустити 15—20 мл спинномозкової рідини. При мастоїдиті — п'явки на сосковидний відросток і операція.

Виписувати видужалих можна на 20-й день, рахуючи з дня початку хвороби. Діти, що відвідують школу і дитячі садки, після виписування ізолюються вдома ще протягом 2 тижнів.

Профілактика. Негайна госпіталізація захворілих, дезин-

фекція приміщення і речей хворого. У школу або дитячий заклад, який відвідує хворий, терміново надсилають повідомлення. Діти, що були в контакті із скарлатинозним хворим, не допускаються в школу (дитячий заклад) 12 днів, рахуючи з дня ізоляції хворого і проведення кінцевої дезинфекції. Під час епідемій у школах та дитячих будинках не можна влаштовувати ніяких сторонніх зборів ні для дітей, ні для дорослих.

Активна імунізація проти скарлатини в широкому масштабі не проводиться.

КІР (MORBILLI). Кір — гостре інфекційне захворювання, яке характеризується гарячкою, плямистою висипкою й ураженням слизових оболонок.

Збудник — фільтрабільний вірус, який швидко гине поза людським організмом.

Епідеміологія. Першоджерело інфекції — хвора людина, яка є заразною для оточуючих, починаючи з останніх днів інкубації до зникнення висипки.

Інфекція передається повітряно-крапельним шляхом. Передача через речі третіх осіб і здорових носіїв — не доведена. Діти дуже сприйнятливі до кору і завжди заражаються при першому стиканні з хворим. Епідемії найчастіше виникають зимою і на початку весни. Для дітей дошкільного віку кір дуже небезпечна хвороба.

Симптоми і перебіг. Після інкубаційного періоду, що триває 8—12 днів, настає продромальний (початковий) період: при поступовому підвищенні температури з'являється грубий кашель, нежить, кон'юнктивіт, *світлобоязнь* і плямиста червоність у зіві — *корова енантема,* а також *плями Філатова* на слизовій оболонці щік та ясен. Це — маленькі білі точки, оточені червоною обвідкою. Кількість плям коливається від 3—4 до 100 і більше; через 2—4 дні вони зникають. У крові лейкопенія.

На 4-й день хвороби разом з посиленням катаральних явищ і наростанням температури на тілі *з'являється плямисто-папульозна висипка.* Вона виникає в певному порядку: спершу на лиці, потім на тулубі і, нарешті, на третій день на кінцівках. Висипка має вигляд рожевих плям, що підвищуються над поверхнею; між окремими плямами видно ділянки блідої шкіри («строката висипка»). Через 2—3 дні висипка блідне, залишаючи після себе пігментацію, температура спадає, і настає видужання.

Діагноз ставиться на основі характерної клінічної картини: світлобоязнь, кашель, нежить, енантема и плями Філатова, «строката висипка», що з'являється в певному порядку і, на відміну від скарлатини, займає центр лиця.

Ускладнення: найчастіше пневмонія, коліт і отит, рідше несправжній круп, який, на відміну від дифтерійного, виникає раптово без початкових симптомів.

Лікування. Спокій у постелі, полоскання рота, промивання очей 2% розчином борної кислоти, відсутність яскравого світла в кімнаті. Легка поживна їжа, багата на вітаміни. Сульфазол всередину (дози за віком). Вдихання водяної пари, теплі ванни 2 рази на день. При пневмонії — гірчичні обгортання, сульфазол, пеніцилін, банки, серцеві засоби, відхаркувальні. При поносах — дієта, всередину дисульфан.

Прогноз у віці до 3 років і у виснажених — серозний. У перехворілих кір залишає стійкий імунітет на все життя.

Профілактика. Рання ізоляція вдома або в лікарні. Особливої дезинфекції не потрібно — досить провітрити приміщення і речі хворого. Захворілі із закритих дитячих закладів обов'язково госпіталізуються. Діти, що не хворіли на кір, але були в контакті з коровим хворим, не допускаються в ясла і дитячі садки протягом 28 днів. Для перехворілих, старших школярів і дорослих карантин не застосовується. Всім хворілим дітям до 4 років, що були в стиканні з коровим хворим, внутрішньом'язово вводять 30—60 мл *протикорової сироватки* (сироватки крові здорових дорослих людей). Сироватка, введена в перші дні інкубації, запобігає захворюванню зовсім або ж робить перебіг хвороби легким. Пізне введення сироватки (після 7-го дня інкубації) не ефективне. Першим днем інкубації вважається день контакту з хворим. Імунітет до кору після впорскування сироватки тривае близько 25 днів. Лікувального діяння сироватка не має.

КРАСНУХА (RUBEOLA). Краснуха — гостре інфекційне захворювання, яке проходить з невеликим підвищенням температури, висипкою, схожею на корову, і припуханням лімфатичних залоз.

Збудник — невідомий.

Епідеміологія. Найчастіше хворіють діти віком від 10 до 12 років, зрідка дорослі. Джерело інфекції — хворий. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом. Через речі і третіх осіб інфекція не передається. Хворий заразливий 7 днів, рахуючи з дня висипання. Великих епідемічних спалахів краснуха не викликае.

Симптоми. Інкубаційний період — 10—20 днів. Симптоми: легкий кашель, нежить, кон'юнктивіт. На 2-й—3-й день по всьому тілу з'являється дрібноплямиста блідорожева висипка, схожа на корову. На слизовій оболонці рота іноді енантема у вигляді дрібних червоних плямочок. *Характерна диференціальна діагностична ознака:* збільшення потиличних і задніх шийних лімфатичних залоз. Температура нормальна або 2—3 дні субфебрильна.

Лікування не потрібне — видержати 2—3 дні в ліжку.

Профілактика. У сумнівних випадках при підозрінні на кір або скарлатину ізолювати дитину, але не в заразному відділі.

КОКЛЮШ (PERTUSSIS). Коклюш — гостре інфекційне захворювання, яке характеризується припадками спазматичного кашлю.

Збудник — невелика паличка, відкрита Борде-Жангу.

Епідеміологія. Особливо часто хворіють діти віком від 1 до 5 років. У великих містах коклюш зустрічається цілий рік, іноді викликае епідемічні спалахи. Зараження відбувається від хворого повітряно-крапельним шляхом і дуже рідко через речі та через третіх осіб.

В епідемічному відношенні найбільш небезпечний катаральний період, який звичайно не розпізнається.

Коклюшний хворий заразний у катаральному періоді і ще принаймні 30 днів, рахуючи від початку судорожного кашлю.

Симптоми і перебіг. Інкубаційний період 5—7, максимум 15 днів. Відрізняють 3 періоди коклюшу: 1) катаральний, 2) судорожний і 3) період розв'язання.

Катаральний період тривае 8—14 днів, виявляється він загальним нездужанням, кашлем і невеликим підвищенням температури. Гіперемія глотки, в легенях сухі хрипи.

Судорожний період характеризується частими припадками спазматичного кашлю, який одразу дає можливість поставити діагноз:

дитина робить 10—12 коротких кашльових поштовхів, за якими йде тривалий свистячий вдих (репризи), а потім настають нові кашльові поштовхи; так повторюється 3—4 рази. Після приступу відхаркується невелика кількість в'язкого харкотиння, і на кілька годин хворий заспокоюється. Під час приступу буває блювання, мимовільне виділення сечі й калу, крововилив у кон'юнктиву склери, носова кровотеча і випадання прямої кишки. Судорожний період триває 4—6 тижнів і переходить *у стадію розв'язання,* під час якої частота припадків зменшується і настає поступове видужування. На висоті хвороби температура звичайно лишається нормальною, на вуздечці язика часто знаходять виразочку, яка утворюється від тертя об нижні різці.

Тривалість коклюшу — від 4—6 тижнів до півроку. Імунітет стійкий.

Ускладнення: бронхіт, пневмонія, загострення туберкульозу.

Лікування: свіже повітря (часто провітрювати кімнату), теплі ванни перед сном, уникати гострої їжі. *Всередину* бром, люмінал, пертусин, невеликі дози хініну, тепле молоко з содою, риб'ячий жир, вітаміни.

Профілактика. Якомога раніша ізоляція захворілого.

У дитячих будинках та яслах обов'язкова госпіталізація захворілих; діти, що не хворіли на коклюш, і стикалися з хворими, підлягають карантинові на 14 днів. Сувора дезинфекція не потрібна.

ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ (СВИНКА, АБО ЗАВУШНИЦЯ) (PAROTITIS EPIDEMICA). Епідемічний паротит — це гостре заразне захворювання, яке виявляється запаленням привушної слинної залози.

Етіологія. Збудник хвороби — мало стійкий поза людським організмом фільтрабільний вірус.

Епідеміологія. На епідемічний паротит найчастіше захворюють діти віком від 5 до 15 років, дорослі порівнюючи мало хворіють на цю хворобу.

Вірус паротиту міститься в слині хворих і швидко гине поза організмом. Зараження відбувається головним чином через крапельну інфекцію. Захворілий вважається заразним, починаючи з останніх днів інкубації до закінчення гострого періоду хвороби.

Клінічна картина. Інкубаційний період триває близько 3 тижнів. Нерідко хвороба починається загальними явищами: нездужання, слабість, головний біль, озноб, носова кровотеча, болі в усі; температура поступово підвищується і потім з'являється опухання привушної залози.

В легких випадках завушниця прямо починається ураженням залози — виникають болі під час жування і відкривання рота. Незабаром спочатку на одній стороні або ж одразу на обох, в ділянці привушної залози з'являється обмежена болюча припухлість, що виповнює ямку між висхідною гілкою нижньої щелепи і сосковидним відростком. Навкружні тканини стають набряклими і опух поширюється на щоку, а іноді й на очі. Обличчя хворого спотворюється і набирає характерного вигляду (свинка).

Крім привушних, процес може поширюватися і на інші слинні залози: підщелепні і — рідше — під'язикові, а також іноді і на підшлункову залозу.

Гарячка триває 3—4 дні; з 5-го дня починається процес зворотного розвитку в залозах, і температура швидко приходить до норми.

У дорослих і у дітей, близьких до статевого дозрівання, іноді

спостерігається ураження статевих залоз — яєчок (орхіт), рідше — яєчників.

Запальні явища тримаються від 3 до 10 днів, а потім поступово зникають.

Наслідком захворювання яєчок може бути їх атрофія.

Лікування. Постільний режим, рідка їжа, старанний догляд за порожниною рота. Місцево на запалені залози застосовують тепло і зогрівальні компреси з горілки або камфорного масла. При повільному розсмоктуванні рекомендується пов'язка з сірої ртутної або іхтіолової мазі. Всередину, як заспокійливе, дають кодеїн з пірамідоном або фенацетином. При орхіті лід на підняту мошонку або холодний компрес з буровської рідини.

Профілактика. Госпіталізація хворих не обов'язкова; хворого можна ізолювати дома. Ізоляція припиняється на 22-й день від початку захворювання, якщо клінічні явища на цей час зникли. Діти до 12 років, які мали контакт з хворим і які не хворіли на свинку, піддаються відокремленню на 21 день. Діти віком понад 12 років, а також діти, які перехворіли на свинку, відокремленню не підлягають.

Спеціальної дезинфекції при свинці не провадиться.

СИРОВАТКОВІ ЯВИЩА. Сироваткова хвороба досить часто спостерігається після введення лікувальних сироваток. Вона виявляється раптовим підвищенням температури і виникненням на шкірі уртикарної висипки, яка дуже свербить і буває особливо численна навколо того місця, куди впорснуто сироватку. Всі лімфатичні залози збільшуються, іноді виникає біль та опухання суглобів. Через кілька днів всі явища зникають безслідно.

Сироваткова хвороба може виникати в різні строки після впорскування сироватки. Якщо сироватка вводиться хворому перший раз у житті, то інкубація дорівнює 8—12 дням. Якщо ж сироватка вводиться повторно, хоча б і після тривалого проміжку, то строк інкубації звичайно скорочується (від кількох годин до 5—7 днів). Відрізнити сироваткову хворобу від висипок іншого походження можна з допомогою проби з адреналіном: хворому впорскують під шкіру 0,5—1 мл розчину адреналіну 1 : 1000; через 5—10 хвилин сироваткова висипка блідне або зникає; висипки іншого походження лишаються без зміни.

Лікування. Спокій у постелі, теплі ванни кілька разів на день, обтирання тіла водою з оцтом або ментоловим спиртом (ментолу 0,5, спирту 100 г). Всередину кальцій-хлорид (10 г на 200,0 дестильованої води по 1 столовій ложці 4 рази на добу). При болях у суглобах — зогрівальні компреси, пірамідон. При занепаді серцевої діяльності — кофеїн.

Анафілактичний шок після введення сироватки зустрічається винятково рідко (1 раз на 50 000 впорскувань). Він настає раптово, безпосередньо після впорскування (переважно внутрішньовенного) і виявляється блідістю, синюхою, судорогами, розладом дихання та занепадом серцевої діяльності, часто закінчується смертю.

Лікування. Кофеїн та адреналін під шкіру, 10% кальцій-хлорид у вену (5—10 мл), вдихання кисню.

Для запобігання можливості анафілактичного шоку — за 2 години до введення повної лікувальної дози сироватки хворому слід внутрішньом'язово впорснути 1 мл цієї ж сироватки (метод десенсибілізації за Безредка).

ХВОРОБИ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

На першому місці серед причин цих хвороб слід поставити гострі і хронічні інфекції (тифи, дифтерія, грип, ревматизм, сифіліс, малярія, туберкульоз та ін.), потім отруєння (арсен, свинець, чадний газ), алкоголізм і самоотруєння продуктами порушеного обміну речовин при діабеті, подагрі, гепатитах. У більш рідких випадках захворювання периферичних нервів розвивається самостійно (первинно) внаслідок нейроінфекцій (віруси). Нерідка причина — бойові, виробничі і побутові травми нервів.

Відрізняють невралгії (основний симптом — біль) і неврити — запалення нервів, що супроводяться паралічем, атрофією м'язів, анестезією та іншими ознаками порушення провідності нервового стовбура. Ураження одного будь-якого нерва називається мононевритом (Mononeuritis), нервового сплетення — плекситом (Plexitis), множинне ураження нервів — поліневритом (Polyneuritis).

НЕВРИТИ І НЕВРАЛГІЇ

ПЕРИФЕРИЧНИЙ ПАРАЛІЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА (PARALYSIS NERVI FACIALIS). Крім зазначених вище причин параліч лицевого нерва може зумовлюватися захворюванням середнього вуха, опухами основи черепа, може мати місце при сифілітичному ураженні основи мозку, переломі основи черепа; розвиток паралічу лицевого нерва іноді зв'язаний з «простудою» (ревматичний неврит).

Симптоми: викривлення лиця на здорову сторону, згладженість лобових зморщок і носогубної складки на хворій стороні, неможливість зажмурити око («заяче око»). Початок хвороби може бути раптовий, перебіг хронічний, результат захворювання залежить від причини і лікування; найбільш сприятливий — у випадках, зв'язаних з простудою. Хворого повинні обслідувати невропатолог і ларинголог. Дослідження електрозбудливості лицевого нерва допомагає встановити діагноз.

Лікування у «простудних» випадках: саліцилати всередину,

зогрівання синім світлом. Уникати охолодження (тепла пов'язка) При наявності болів — пірамідон, фенацетин, у крайніх випадках — омнопон (per os 0,02); гірчичник або змазування йодом на відповідній стороні шиї. Підшкірні ін'єкції вітаміну B_1 (1 мл 0,5% розчину). Всередину — дибазол по 0,01—0,005 протягом 10 днів Після 2—4 тижнів, коли стихнуть гострі явища, за призначенням лікаря — масаж хворої сторони і електризація нерва та м'язів. У тих випадках, коли неврит зумовлений захворюванням середнього вуха, опухом, сифілісом — відповідне лікування в стаціонарі.

ПАРАЛІЧ ПРОМЕНЕВОГО НЕРВА (PARALYSIS NERVI RADIALIS) найчастіше викликається інфекціями (тифи, сифіліс), алкоголізмом, свинцевим отруєнням на виробництві, травмами, пораненнями. Іноді виникає після загального операційного наркозу і у осіб, які користуються милицями (травма від здавлення). Алкогольний параліч виникає гостро, звичайно хворий помічає його після сну.

Симптоми: мляве звисання кисті, неможливість зробити активне тильне її розгинання (екстензію) і відведення великого пальця; буває знижена чутливість на тильній поверхні кисті з боку великого пальця. Тривалість і результат захворювання залежить від причин і ступеня ураження нерва. Якщо продовжується алкогольна або свинцева інтоксикація, то її безумовно треба усунути.

Лікування. Травматичні паралічі можуть потребувати особливого хірургічного лікування (висновок лікаря). В усіх випадках показане носіння протягом 2—6 тижнів знімної лонгети або косинки (кисть не повинна звисати). При цьому кисть лежить на ватній кульці в напівзігнутому положенні. Можна рано (1—2 тижні) починати систематичні рухові вправи і масаж кисті та розгиначів передпліччя (тильна сторона). При повному паралічі — пасивна гімнастика. Підшкірні ін'єкції вітаміну B_1. Електротерапія — за призначенням лікаря, амбулаторно. При алкогольному паралічі—ін'єкції Sol. Strychnini 1 : 1000 по 1 мл підшкірно протягом 20—30 днів. Травматичні неврити іноді потребують оперативного лікування (зшивання нерва, невроліз).

ПАРАЛІЧ ЛІКТЬОВОГО (N. ULNARIS) і СЕРЕДНЬОГО (N. MEDIANUS) НЕРВІВ викликається схожими на вищеописані етіологічні моменти. Симптоматика відрізняється характером паралічу кисті (неможливість згинати кисть) і розладами чутливості (на тилі кисті з боку мізинця, на долоні). Досить швидко можуть з'явитися атрофії дрібних м'язів кисті.

Лікування схоже на зазначене для паралічу ліктьового нерва; особливості лікування — за вказівкою лікаря.

НЕВРИТ СІДНИЧНОГО НЕРВА (NEURITIS N. ISCHIADICI, ISCHIAS). В усіх випадках повторення або стійкого наростання невриту потрібний огляд лікаря-невропатолога, бо етіологія його дуже різноманітна, і неврит може бути зумовлений різними тяжкими захворюваннями (як наприклад, туберкульозний спондиліт, діабет, опух спинного мозку, хвороби хребта, облітеруючий ендартеріїт судин нижніх кінцівок і т. д.). Нерідко хвороба зв'язана з фізичним перенапруженням і охолодженням (ревматичний ішіас). У жінок ішіас може бути зв'язаний з запальним процесом у малому тазі, Завжди слід дослідити сечу, лейкоцитарну формулу і РОЕ; рентгенографія попереково-крижової ділянки — за призначенням лікаря.

Симптоми: біль за ходом нерва від попереку до п'ятки по задній поверхні кінцівки або в окремих його частинах (у попереці,

сідниці, на стегні). Неможливість підняти вгору ногу при розігнутому коліні (симптом Лясега) і зникнення болю при згинанні ноги в кульшовому і колінному суглобі. На хворій кінцівці часто не удається викликати ахілів рефлекс; при тривалому захворюванні появляються розлади чутливості (оніміння, особливо на стопі і гомілці) та атрофії м'язів (сідниці, стегна, голінки).

Перебіг нерідко хронічний. Видужалі повинні оберігатися від переохолодження і надмірного фізичного напруження, які можуть викликати повторення хвороби.

Лікування. Якщо хвороба розвинулась гостро, необхідний суворий постільний режим, приймання саліцилатів всередину, банки на поперек, змазування Т-гае Jodi 5% за ходом сідничного нерва (через день), сухе не занадто сильне зогрівання (синє світло, теплий пісок у довгастих мішечках), легке (погладжувальне) розтирання кінцівки з одночасним втиранням саліцилових препаратів (Methyl salicylicum) в сполученні з хлороформом, ментолом.

Через 1—2 тижні, якщо гострі явища зменшились, можна почати масаж кінцівки, роблячи поступово його дедалі інтенсивнішим, і продовжувати теплове лікування (світлові ванни, глинолікування). Показана також ін'єкція $^1/_4\%$—$^1/_2\%$ розчину новокаїну в кількості 40—60 мл. Захворювання нерідко затягується на місяць і більше. У затяжних випадках хворого повинен обов'язково оглянути лікар і лікувати в стаціонарі. При виразних явищах невриту (атрофії м'язів, відсутність ахіллового рефлексу) і при хронічному перебігу можна рекомендувати грязелікування на курорті (Одеса, Слов'янськ, Цхалтубо, П'ятигорськ).

Внаслідок тяжкого ураження сідничного нерва або як самостійне захворювання (інфекція, травма) можуть виникати *паралічі малогомілкового* (n. peroneus) *і великогомілкового* (n. tibialis) нервів. При перших відбувається відвисання стопи при ходьбі, немає активного тильного згинання стопи, розладжується чутливість на тилі стопи. При других — порушується підошовна флексія пальців і всієї стопи, розладжується чутливість на підошві, немає ахіллового рефлексу. При тривалому перебігу паралічу і в необоротних випадках слід мати на увазі забезпечення хворого ортопедичним взуттям і спеціальними пристосуваннями для запобігання контрактурам та для полегшення, звичайно порушеної, ходьби.

ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИЙ РАДИКУЛІТ (RADICULITIS LUMBO-SACRALIS) — надзвичайно часте захворювання у осіб важкої фізичної праці, у літніх людей (деформуючий спондилоартрит). Етіологія часто така сама, як і при ішіасі.

Симптоми запалення попереково-крижових нервових корінців: захисне напруження м'язів спини, обмеження рухів у поперековому відділі хребта, сплощення поперекового лордозу, сколіоз грудного і поперекового відділів хребта (звичайно опуклістю в більш болючу сторону), часто неоднакова величина ахіллових рефлексів, біль у попереці при кашлі і різкому нахилянні голови вперед (симптом Нері). Слід завжди мати на увазі хвороби нирок (перевірити симптом Пастернацького, аналіз сечі), захворювання хребта (необхідна рентгенографія), а у жінок — запальні процеси в малому тазі і неправильне положення матки (фіксований загин матки).

Перебіг: схильність до поворотів хвороби.

Лікування подібне до описаного при ішіасі. В стійких випадках, при виразному захисному сколіозі можна рекомендувати

внутрішньошкірні ін'єкції 0,25% новокаїну в поперековій ділянці. Профілактика рецидивів: не піднімати важкого, уникати труської їзди, переохолодження.

Тут слід згадати про *неврити стегнового нерва* (n. cruralis) і *бокового шкірного нерва стегна* (n. cutaneus femoris lateralis), які можуть бути ознаками опуху хребта або в порожнині таза, запальних процесів в ділянці m. ileopsas, аневризм стегнової артерії, апендициту і т. д. Поява болів у передній і зовнішній поверхні стегна, яка супроводиться відсутністю колінного рефлексу, слабістю активного згинання кінцівки в кульшовому суглобі, почуттям паління і повзання мурашок у шкірі зовнішньої поверхні стегна (Meralgia paraesthetica), — потребує старанного лікарського дослідження. Обмежуватися симптоматичним лікуванням (тепло, масаж та ін.) можна лише тоді, коли виключені зазначені вище причинні моменти.

ЗАПАЛЕННЯ ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ (PLEXITIS BRACHIALIS) викликається тими самими причинами, що й інші неврити. З етіологічних особливостей слід мати на увазі: верхівковий туберкульозний процес, колишній перелом ключиці, додаткові шийні ребра. Виявлення цих причинних моментів потребує рентгенологічного дослідження.

Симптоми. В легких випадках біль у надпліччі, який поширюється по всій руці (plexalgia brachialis); болючість при тисненні в надключичних і підключичних ямках; у більш тяжких випадках — слабість рухів і, нарешті, параліч кінцівки, атрофія м'язів, при постукуванні по м'язах — скорочення окремих м'язових волокон, зникнення рефлексів, спричинюваних з сухожилків двоголового і триголового м'язів, зниження чутливості на шкірі кінцівки. При вираженому і затяжному перебігу захворювання хворих повинен оглянути лікар (можливе сплутування з хворобами хребта і спинного мозку).

Лікування: спокійне положення руки на косинці або спеціальній пов'язці; саліцилати, пірамідон — 0,5, анальгін — 0,3, сухе тепло, легке розтирання, при сильних болях — 0,01 омнопону всередину. В хронічних випадках — масаж, лікувальна гімнастика, глинотерапія, електролікування (за вказівкою лікаря).

НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА (NEURALGIA N. TRIGEMINI) у виражених і хронічних випадках потребує старанного дослідження (реакція Вассермана в крові, рентгенологічні та інші спеціальні дослідження), бо найчастіше — це симптом іншого захворювання: малярія, ревматизм, запалення додаткових порожнин носа, каріес зубів, сифіліс та ін.

Симптоми залежать від того, чи уражений весь трійчастий нерв, чи його окремі гілки: надорбітальна, вилична, нижньощелепна, що виявляється при натискуванні на місця виходу цих гілок з кісток лицевого скелета (надорбітальна вирізка, підорбітальний і підборідковий отвори). Іноді спостерігається посилення болів у вигляді приступів різної тривалості (від 2—3 хвилин до кількох годин), що супроводяться сльозотечею, виділенням поту, розширенням зіниці на хворій стороні; болі можуть бути палючими, стріляючими, ниючими та ін.

Перебіг звичайно хронічний, хвороба може повторитися через різні проміжки часу.

Слід розрізняти лікування хвороби в цілому і приступу невралгії. Перше потребує з'ясування причини і застосування відповідного етіологічного лікування: протисифілітичне або протималярійне

лікування, санація порожнини рота, лікування фронтиту або гайморит у і т. д. Симптоматичне лікування приступу невралгії трійчастого нерва на початку захворювання може звестися до приймання болезаспокійливих ліків: натрій-саліцилат (1,0—2,0 на прийом), пірамідон (0,5), антипірин (0,5—1,0), фенацетин (0,5—1,0), хінін (0,2—0,5) і, нарешті, опій (0,03—0,05 на прийом) або омнопон (0,01—0,02). Однак при повторному застосуванні ці засоби перестають діяти, і тоді слід вдаватися до комбінованих прописів, як от:

Rp. Luminali 0,1
Coffeini n.-benzoici 0,1
Pyramidoni 0,5
Mf. pulvis № X.

S. По 1 порошку на прийом під час приступу.

Одночасно можна застосувати місцево сухе тепло або гарячі ножні ванни, вмістити хворого в напівзатемнену кімнату, призначити мікстуру:

Rp. Inf. radicis Valerianae 5,0 — 200,0
Natrii bromati 5,0
Omnoponi 0,1
Codeini phosphorici 0,2

MDS. По 1 столовій ложці 4 рази на день.

При тяжкому перебігу і частому повторенні тяжких больових приступів потрібний особливий догляд (можливі намагання до самогубства) і лікування в лікарняних умовах. За призначенням лікаря застосовується електролікування, глибока рентгенотерапія або хірургічні методи (впорскування 0,5% новокаїна або алкоголю в нерв та ін.).

НЕВРАЛГІЯ ПОТИЛИЧНОГО НЕРВА (NEURALGIA N. OCCIPITALIS) нерідко зустрічається одночасно з невралгією надорбітальної гілки трійчастого нерва, але може бути й самостійним захворюванням.

Причини: малярія, грип, ревматична інфекція, захворювання шийного відділу хребта. При дослідженні удається пальпувати болючі точки на потиличній кістці позаду заднього краю грудинно-ключично-сосковидного м'яза.

Лікування: саліцилати, сухе тепло, гірчичники на задню поверхню шиї, в хронічних випадках — масаж, електротерапія (за вказівкою лікаря).

МІЖРЕБЕРНА НЕВРАЛГІЯ (NEURALGIA INTERCOSTALIS). Причини: грип, малярія, сколіоз і деформація грудного відділу хребта, травми і каріес ребер, захворювання органів грудної порожнини (плеврит), захворювання хребта.

Симптоми: постійні або приступами болі за ходом міжреберних нервів в одному або кількох міжреберних просторах. Обмацуванням можна виявити болючі точки: 1) вертебральна точка біля хребта в місці виходу захворілого нерва; 2) латеральна — по лопатковій лінії; 3) передня — по лінії сполучення грудини з реберним хрящем. Біль посилюється при нахиляннї тулуба в хвору сторону (стиснення нерва ребрами). Іноді спостерігається оперізуюче герпетичне висипан-

ня (herpes zoster), що вказує на запалення міжхребцевого нервового вузла. В усіх випадках треба уважно дослідити стан легень (плеврит, туберкульоз).

Лікування: саліцилати всередину, змазування йодною настойкою за ходом нервів, зогрівальний компрес на ніч, лікування основного захворювання. При наявності оперізуючого лишаю — присипання пухирців тальком, цинковою пудрою (5—10% Zinci oxydati) або змазування стерильним вазеліном; запобіжна пов'язка. При виражених герпетичних висипаннях, при наявності гарячки, тяжкого свербіння та болів — суворий постільний режим, всередину стрептоцид (4 рази на день по 0,5), внутрішньовенно 40% уротропін по 5—10 мл, за вказівкою лікаря: опромінення кварцом, ін'єкції пеніциліну, вітаміну B_1.

ТРАВМАТИЧНІ НЕВРИТИ після бойових поранень, виробничих та побутових травм можуть бути дуже тривалі і тяжкі. Наростання м'язових атрофій, болів, контрактур може пояснюватися прогресивним характером патологічного процесу в нерві (неврит, переродження нерва), наявністю кісткової мозолі, рубців, одночасного ураження судини (аневризма, рубцеве стягнення). Якщо спостереження встановлює наростання невриту, утворення опуху в ділянці колишньої травми (*неврома*), наявність палючого тяжкого болю (*каузалгія*) або болючих щільних, спаяних з підлеглими тканинами шкірних рубців (*цикатриксалгія*) — необхідний лікарський огляд і, можливо, показане застосування хірургічного лікування. Лікування залишкових явищ після травм нервів проводиться за вказівкою лікаря-невропатолога, який повинен періодично (раз у 2—3 місяці) оглядати таких хворих. Лікувальна гімнастика, масажі проводяться систематично, електротерапія — періодично, до повного відновлення або компенсації наслідків травматичного невриту. Мати на увазі забезпечення хворих ортопедичними пристосуваннями (взуття, пристосування для боротьби з контрактурами та для поліпшення рухових функцій паралізованої верхньої або нижньої кінцівки).

МНОЖИННІ НЕВРИТИ — ПОЛІНЕВРИТИ (POLYNEURITIS). Множинні неврити викликаються різними гострими і хронічними інфекціями (тифи, дифтерія, грип, ангіна та ін.) і хронічними отруєннями (алкоголь, арсен, свинець та ін.), а також авітамінозом (недостача вітамінів B_1 — пелагра, бері-бері). В деяких випадках характер інфекційного фактора лишається нез'ясованим (фільтрабільний вірус, нейроінфекція). Отруєння арсеном може мати місце при недодержанні правил безпеки при протруюванні насіння, боротьбі з гризунами; отруєння свинцем при роботі на поліграфічному виробництві, при виробництві акумуляторів і т. д. Важливо знати, що арсен і свинець заносяться в організм при вдиханні, з їжею, довго зберігаються у волоссі, під нігтями, на шкірі. Звідси випливають запобіжні заходи: робота в захисній масці, обмивання всього тіла після роботи, миття рук перед їдою, зберігання їжі в чистому приміщенні, вентиляція приміщення, скорочений робочий день і перерви в роботі.

Ознаки поліневриту частіше виявляються поступово. Захворювання починається з болів, відчуття оніміння, повзання мурашок у кінцівках. М'язи і нервові стовбури болючі при обмацуванні. Поступово появляється слабість рухів, яка доходить до паралічів, нечутливість до уколів і дотику, зникають сухожильні рефлекси, виявляються атрофії м'язів і гіпотонія. Паралічі, розлади чутливості, атрофії, болі виявлені в дистальних частинах кінцівок. При різко ви-

явлених паралічах і атрофіях швидко виникають контрактури. Хворі на поліневрит підлягають стаціонарному лікуванню.

Прогноз далеко не завжди сприятливий. Нерідко лишаються стійкі паралічі, атрофії, контрактури, що приводять до повної або часткової інвалідності. Іноді захворювання приводить до смерті.

Лікування різне в гострому і хронічному періоді і залежно від причин, які викликали поліневрит. У гострому періоді інфекційного поліневриту — постільний режим, пиття у великій кількості і легка їжа, потогінне лікування (якщо немає серцевої слабості), внутрішньовенно 40% розчин уротропіну по 10 мл і 40% розчин глюкози по 20 мл щодня, клізмочки з Sol. Collargoli 1%. Рекомендуються внутрішньовенні вливання салітропіну (по 5 мл щодня):

Rp. Urotropini 2,0
Natrii salicylici 0,8
Coffeini n.-salicylici 0,2
Aquae destillatae 5,0

MDS. Steril. Pro injectione intravenam.

Сироваткове лікування дифтерії є одночасно профілактикою нервових ускладнень: введення антитоксичної сироватки може дати сприятливий ефект при розвитку дифтерійного поліневриту.

При інфекційній етіології рекомендується застосування ін'єкцій пеніциліну.

У гострому періоді арсенового поліневриту, коли є ознаки загального отруєння (шлунково-кишкові розлади, кон'юнктивіт, бронхіт, іноді гарячка), для виведення з організму арсену і продуктів порушеного обміну: пиття теплого молока, Sol. Natrii thiosulfurici 10% по 1 столовій ложці 3 рази на день, потогінне лікування, введення фізіологічного розчину з допомогою крапельної клізми.

При алкогольному, свинцевому, арсеновому поліневриті особливо важливо, виявивши початкові, невиражені симптоми, усунути джерело отруєння.

Лікування хронічних хворих на поліневрит можна проводити в домашній обстановці: масажі, рухові вправи паралізованих кінцівок, тривале приймання вітамінів групи В по 0,05 від 3 до 6 разів на день і багатої на ці вітаміни їжі (хліб грубого помолу, печінка, дріжджі, зародки злаків та ін.). Підшкірні ін'єкції Sol. Strychnini nitrici 1 : 1000 по 1 мл. За вказівкою лікаря — ін'єкції прозерину (1 мл 0,05% щодня 1—2 рази); всередину—дибазол; повторне стаціонарне лікування (фізичними методами) і лікування на бальнеологічних курортах (Одеса, Слов'янськ, Мацеста, П'ятигорськ).

ХВОРОБИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

ХВОРОБИ СПИННОГО МОЗКУ

ЗАПАЛЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ (MYELITIS) найчастіше ускладнюються гострі інфекційні хвороби (тифи, грип, скарлатина, нез'ясовані інфекції); іноді бувае первинне нейровірусне захворювання. Міелітом можуть ускладнюватись також різні отруєння (свинець, чадний газ), хвороби крові (злоякісне недокрів'я). Завжди слід па-

м'ятати про сифілітичну етіологію (реакція Вассермана в крові), а також мати на увазі туберкульозний спондиліт (необхідний рентгензнімок хребта).

Симптоми і перебіг: протягом кількох днів, а іноді годин, при підвищеній температурі розвивається параліч кінцівок. Залежно від місця ураження спинного мозку паралізованими виявляються верхня, нижня або всі чотири кінцівки (квадриплегія). При міеліті шийної частини — млявий параліч верхніх кінцівок і спастичний, з підвищеними сухожильними рефлексами, нижніх кінцівок; при ураженні грудної частини паралізованими виявляються тільки нижні кінцівки (нижня параплегія); при ураженні поперекової частини — млявий параліч і відсутність сухожильних рефлексів нижніх кінцівок. Звичайно одночасно виявляється розлад больової, температурної та інших видів чутливості на всій поверхні тіла нижче місця ураження спинного мозку. Виникає затримка або нетримання сечі й калу; схильність до швидкого утворення пролежнів. Перебіг хвороби затяжний (місяці). Видужання часто неповне — можуть лишитися паралічі. Прогноз не завжди сприятливий — можливі ускладнення: параліч дихання при шийному міеліті, висхідна інфекція сечового міхура та нирок при розладі сечовипускання, сепсис як наслідок пролежнів.

Лікування гострого міеліту проводиться в стаціонарі: саліцилати всередину, салітропін внутрішньовенно, при спеціальних показаннях — ін'єкції пеніциліну по 50 000—100 000 одиниць через кожні 3 години. Коли минуть гострі явища — ванни, електротерапія, масаж. Велике значення має старанний догляд за чистотою тіла; на постелі не повинно бути залишків їжі, простині без складок; хворого слід оберігати від найменшої травматизації; підкладати вату під п'ятки і між колінами, гумовий круг під крижі; бажано мати водяний або повітряний матрац. При затримці випорожнення — очисні клізми, при копростазі — ручне видалення калу з ampula recti; всередину Pulvis Liquiritiae compositus по 1 чайній ложці на прийом. При затримці сечі доводиться вдаватися до катетеризації, точно додержуючи правил асептики, користуючись по змозі тільки м'яким гумовим катетером. Зважаючи на небезпеку занесення інфекції при повторній катетеризації, застосовують введення постійного гумового катетера; при стійкій затримці сечі і загрозливому циститі відводять сечу через постійну гумову трубку, введену в сечовий міхур через черевну стінку (sectio alta). При циститі застосовується також промивання сечового міхура розчином риванолу 1 : 1000; всередину уротропін, салол, прозерин, дибазол (по 0,005 всередину протягом 10 днів). Систематично (через кожні 3—5 днів) аналіз сечі. При схильності до пролежнів витирати шкіру камфорним спиртом; виразки змазувати брильянтовою зеленню, некротичні місця обмивати водень-пероксидом, змазувати 1% розчином ляпісу. При розвиненому пролежні застосовуються пов'язки з маззю Вишневського. Корисні обережні опромінення кварцовою лампою. Пам'ятати, що теплові процедури і грілки можуть викликати опіки, бо шкіра хворих бувае нечутлива до гарячого.

ГОСТРИЙ ЕПІДЕМІЧНИЙ СПІНАЛЬНИЙ ДИТЯЧИЙ ПАРАЛІЧ (POLIOMYELITIS ACUTA). Після 1—5-денного інкубаційного періоду гарячка до 39—40°, блювання; при цьому в перші ж дні або пізніше розвиваються мляві паралічі, частіше нижніх кінцівок. Причина хвороби — вірусна нейроінфекція. Летальний кінець спостерігається нерідко (10%), але частіше дитина видужує, залишаючись

все ж калікою внаслідок стійких паралічів кінцівок і виявлених м'язових атрофій.

Лікування гострого періоду — в стаціонарі. Показане введення у спинномозковий канал 5—8 мл або внутрішньом'язово 10—15 мл протягом 7—10 днів сироватки людей, що видужали від поліомієліту, всередину дибазол по 0,005, а також внутрішньом'язові ін'єкції прозерину (0,05% розчин по 0,5—1,0). Велике значення має запобігання деформаціям і контрактурам знімними гіпсовими лонгетами. Залишкові явища тривало (до 2 років) лікують солоними або хвойними ваннами, електризацією, масажем з перервою на 2—3 місяці після кожних 1—2 місяців лікування. Стійкі паралічі кінцівок можна поліпшити ортопедичними заходами (спеціальне взуття та інші пристосування); операції на м'язах і сухожилках не раніше як через 2 роки від початку хвороби.

ОПУХИ СПИННОГО МОЗКУ (TUMOR SPINALIS) звичайно розвиваються поступово. Найбільш ранніми симптомами є болі і парестезії, що нагадують захворювання периферичних нервів. Відповідно до місця росту опуху — плечовий плексит, інтеркостальна невралгія, ішіас та ін. Поступово виявляються мляві або спастичні паралічі, розлади всіх видів чутливості нижче місця ураження спинного мозку. Досить швидко можуть виникнути розлади сечовипускання і неточність рухів при ходьбі, співдружних (координованих) рухів кінцівок. Якщо опух іде з хребта, то останній зазнає деформації і на рентгенограмі виявляється руйнування хребців. Рентгенографія необхідна також для відрізнювання від туберкульозного спондиліту.

Лікування — у стаціонарі. Часто своєчасна операція буває цілком успішна.

СИРИНГОМІЄЛІЯ (SYRINGOMYELIA) — захворювання, причини якого ще не з'ясовані, відрізняється повільним прогресивним перебігом (10—15 років). Найчастіше уражається шийно-грудний відділ спинного мозку і відповідно до цього виявляються такі симптоми: поступова атрофія м'язів руки, що супроводиться підвищеною пітливістю, синюшністю, утворенням виразок і *панаріцій*. При дослідженні виявляється, що хворий не відчуває на ураженій кінцівці болю і тепла (через те нерідко бувають опіки), при збереженому чутті дотику (дисоціація чутливості).

Лікування: глибока рентгенотерапія іноді припиняє наростання хворобливих явищ. Дуже важливо запобігати ушибам, пораненням та опікам кінцівок.

ТРАВМИ СПИННОГО МОЗКУ бувають відкриті (поранення кулею, ножем та ін.) і закриті (ушиб, падіння з висоти). При цьому можуть бути пошкоджені хребці, які стискують спинний мозок, поранивши його кістковими осколками. Відкриті поранення можуть спричинити розміжчення спинного мозку і його повний перерив. Закриті поранення викликають струс, ушиб, крововилив.

Симптоми різноманітні і мінливі: паралічі кінцівок, розлади всіх видів чутливості, затримка або нетримання сечі і калу, швидке утворення пролежнів; при переломах хребта — деформації його.

Перебіг залежить від тяжкості і характеру травми. Струси можуть проходити безслідно; повний перерив веде до непоправних наслідків: травми шийного відділу небезпечні для життя (параліч дихання, набряк довгастого мозку). Перебіг часто буває тривалим; може бути потрібним хірургічне втручання (при ураженні шийного

відділу, при стисненні мозку рубцями або кістковими уламками, при наступних тяжких болях і т. д.). Догляд повинен бути старанним: повний спокій, дерев'яний щит під матрацом, потрібне особливе пристосування при транспортуванні в лікарню; запобігання і лікування пролежнів, циститу (див. *«Лікування мієліту»*).

МІОПАТІЇ (MYOPATHIA) являють собою кілька різних форм незапальних змін м'язів, що відрізняються тривалим хронічним перебігом. В одних випадках м'язи гіпертрофуються, в інших, навпаки, зазнають різких атрофій. Розвиток м'язової слабості, деформацій і контрактур кінцівок знижує фізичну працездатність хворих і поступово приводить до повної або часткової інвалідності.

Лікування. Симптоматичні призначення: вливання 40% глюкози, ін'єкції розчину адреналіну 1 : 1000, інсуліну по 4—10 одиниць, всередину — ефедрин по 0,015—0,02. За призначенням лікаря: пахікарпін, простигмін, прозерин, дибазол, монокальційова сіль аденозинотрифосфорної кислоти (АТФ), а також фізичні методи лікування.

ХВОРОБИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Хвороби головного мозку можуть зумовлюватися патологічними процесами, які супроводяться анатомічними змінами речовини мозку, його оболонок і кровоносних судин, і розладами, що супроводяться змінами мозкових функцій без грубих анатомічних уражень. Ці особливості визначають тяжкість перебігу, прогноз результату і ознаки хвороб головного мозку.

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЗКУ ТА ЙОГО ОБОЛОНОК. Запалення мозкових оболонок (meningitis) можуть бути гнійними і серозними залежно від інфекції, яка їх викликала (менінгокок, стрептокок, туберкульоз, сифіліс, грипозний вірус та ін.). Менінгітом можуть ускладнюватися різні загальні інфекційні захворювання (тиф, грип, бешиха, пневмонія та ін.) і місцеві запальні процеси (гнійний отит, флегмона і т. д.); іноді відіграє роль попередня травма, зловживання алкоголем, сонячне перегрівання. Симптоми і перебіг менінгітів різної етіології відрізняються своїми особливостями, наприклад, гострий бурхливий початок епідемічного менінгіту, поступовий розвиток туберкульозного і люетичного менінгіту. Поряд з цим є симптоми, характерні для менінгіту будь-якої етіології (*менінгеальний синдром*): головний біль, блювання, невідповідність пульсу і температури (брадикардія) і, нарешті, найважливіше — *менінгеальні симптоми* (менінгеальні контрактури) — ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзінського. При спробі нахилити голову хворого вперед потиличні м'язи виявляються ригідними (напруженими), що справляє враження активного опору дослідженню. Таке напруження може бути постійним, поширюючись на довгі м'язи спини, тоді хворий лежить з закинутою назад головою (опістотонус). При наявності симптому Керніга, хворому, що лежить на спині, зігнуту в колінному і кульшовому суглобах ногу не вдається пасивно розігнути в колінному суглобі через напруження м'язів нижніх кінцівок. Симптоми Брудзінського полягають у згинанні ніг і підтягуванні їх до живота при пасивному нахиляні голови вперед, а також при пасивному згинанні однієї ноги в колінному і кульшовому суглобах друга нога згинається так само. Іноді, особливо у дітей, менінгеальні симптоми можуть появлятися

при деяких внутрішніх захворюваннях і інтоксикаціях, глистяній інвазії, внаслідок подразнення мозкових оболонок (менінгізм), без виявленого інфекційного запалення їх. Остаточний діагноз менінгіту ставиться з допомогою дослідження спинномозкової рідини, добутої люмбальною пункцією, яку робить лікар.

Техніка люмбальної пункції потребує суворого додержання правил асептики (підготовка рук, інструментів та операційного поля, як для хірургічної операції) і знання правил цієї операції. Пункцію можна робити сидячому або лежачому хворому. Успіх багато в чому залежить від точно сагітального положення хребта. Тому слід стежити, щоб у хворого не утворився сколіоз. Положення, зручне для проколу, — якомога більш вигнута назад поперекова частина хребта, при нахиленій вперед голові і підтягнутих до живота нижніх кінцівках. Прокол роблять голкою для підшкірних вливань або спеціальною *голкою Біра* (стерилізувати без мандрена, вколювати з мандреном) на рівні проміжків між 3—4 або 4—5 остистими відростками поперекових хребців. Для визначення місця вколювання голки проводять з допомогою йодної настойки лінію, що сполучає spinae ossis ilei posterior superior, яка перетинає хребет на рівні IV поперекового хребця. Намацавши проміжок між остистими відростками, вколюють голку точно по середній лінії, безпосередньо над краєм нижнього відростка, направляючи кінець голки з невеликим ухилом вгору. Проколоти доводиться шкіру, потім зв'язки остистих відростків і, нарешті, тверду мозкову оболонку (при цьому відчувається легенький «хруст» і припинення опору тканин); вколоти голку на глибину 5—7 см у дорослих або на 2—3 см у дітей. Коли є відчуття «провалювання» в підоболонковий простір, виймають мандрен і збирають витікаючу рідину в пробірку (для бактеріологічного дослідження рідину треба брати в стерильну пробірку). Якщо рідина прозора, витікає не дуже швидко і невеликими краплями, то досить взяти для лабораторного дослідження 5—10 мл. Якщо рідина мутна і витікає більш інтенсивно, то беруть 30 і навіть 40 мл. Після взяття рідини голку швидко виймають, місце проколу змазують йодом і заклеюють колодієм. Після люмбальної пункції хворий не повинен вставати з постелі протягом доби. Бажано, щоб кілька годин він пролежав на животі без подушок. Наклейка на місці уколу повинна зберігатися до 4 днів. Якщо було додержано стерильності, то ускладнень після люмбальної пункції не буває. Спричинювана іноді проколом кровотеча (якщо замість рідини через отвір голки з'явилась кров, то пункцію треба припинити або зробити в іншому місці) або гострий біль, що віддає в ногу (подразнення нервового корінця), небезпеки не становлять. Якщо під час проколу голка впирається в кістку, це означає, що її напрям взято неправильно; слід відтягти голку назад, не виймаючи з шкіри, і, перевіривши положення хворого і напрям голки, повторити вколювання.

Лікування менінгіту різне, залежно від причин, які його викликали. Гнійні менінгіти (епідемічний — менінгококовий, вторинні: стрепто-стафілококові і пневмококові) потребують якомога ранішого лікування сульфамідними препаратами.

Якщо сульфідин викликає блювання, то його можна замінити менш токсичним сульфодіазином. При тривалому призначенні сульфамідів треба проводити контрольні дослідження крові (лейкопенія, сульфгемоглобінемія) і сечі (гематурія, нефрит): не призначати суль-

фатних проносних солей, не давати в їжу яєць, стежити за появою побічних явищ: блювання, дизурія. При отруєнні сульфамідами призначають у великій кількості пиття, а також камполон в ампулах по 1,0—2,0 для внутрішньом'язових ін'єкцій, гепатин для внутрішнього застосування по 1 чайній ложці 3 рази на день.

Лікування сульфамідами слід поєднувати з введенням пеніциліну.

Особливо ефективне лікування сульфідином за такою схемою:

Вік	1 доба	2 доба	3 доба	4 доба	5 доба	6 доба	Всього
1—6 місяців . .	0,2 ×4	0,2 ×4	0,15×4	0,15×4	0,15 ×4	0,15×4	4,0
6 місяців—1 рік	0,25×4	0,25×4	0,2 ×4	0,2 ×4	0,15×4	0,15×4	4,8
1 рік—2,5 року .	0,3 ×4	0,3 ×4	0,25×4	0,25×4	0,2 ×4	0,2 ×4	6,0
2,5 року—5 років	0,4 ×4	0,4 ×4	0,3 ×4	0,3 ×4	0,2 ×4	0,2 ×4	7,2
5—7 років . . .	0,5 ×4	0,5 ×4	0,4 ×4	0,4 ×4	0,3 ×4	0,3 ×4	9,6
7—12 років . .	0,6 ×4	0,6 ×4	0,5 ×4	0,5 ×4	0,4 ×4	0,4 ×4	12,0
12—16 — років .	0,8 ×4	0,8 ×4	0,6 ×4	0,6 ×4	0,5 ×4	0,5 ×4	15,2
Понад 16 років .	1,0 ×6	1,0 ×6	1,0 ×4	1,0 ×4	0,5 ×4	0,5 ×4	24,0

Слід пам'ятати, що при вторинному гнійному менінгіті необхідне хірургічне лікування вогнища інфекції (абсцес, гнійний отит та ін.) та застосування пеніциліну, який вводять внутрішньом'язово по 50 000—100 000 одиниць кожні 3—4 години (розчиняти на 0,5% новокаїні) і ендолюмбально по 30 000—50 000 одиниць на ін'єкцію, яку повторюють щодня.

Гострі серозні менінгіти після грипу, паротиту або первинні нейровірусної етіології підлягають лікуванню в стаціонарі: повний спокій, лід на голову, повторні спинномозкові пункції з добуванням великої кількості рідини (30—40 мл). Рекомендується внутрішньовенне вливання 40% розчину уротропіну, ендолюмбальне введення 5—10 мл 1% розчину уротропіну. При сифілітичному серозному менінгіті (дані анамнезу, реакція Вассермана в крові і спинномозковій рідині) — специфічне лікування йодом, біохінолем, пеніциліном (до 5 000 000 — 7 000 000 на курс), введеним внутрішньом'язово і ендолюмбально. Туберкульозний серозний менінгіт тепер часто виліковується при своєчасному застосуванні (в перші 2 тижні від початку захворювання) стрептоміцину по 20 000—100 000 одиниць (залежно від віку) ендолюмбально, всього пункцій 10—12 щоденних і 8—10 через день.

Запалення головного мозку (encephalitis) можуть бути вторинними (тиф, грип, гнійний отит та ін., місцеві нагнійні процеси) і первинні (нейровірусні інфекції). Вторинні енцефаліти можуть бути гнійними і серозними, первинні — серозні. Перебіг енцефаліту поділяється на гострий і хронічний періоди. Ознаки гострого періоду: підвищення температури (іноді до 40°), головний біль, блювання, прискорення пульсу, що змінюється брадикардією, сплутаність свідомості, сонливість і, нарешті, кома. Поряд з цим виявляються мозкові симптоми, які залежать від ураження певних ділянок мозку: при ураженні мозкової кори — судороги, епілептиформні припадки, розлади мови (афазія); при ураженні основи мозку — розлади лице-

вого, під'язикового, окорухового нервів (скривлення лиця, птоз повіки, косоокість, відхилення язика і т. д.). Виявляються нерідко паралічі кінцівок (геміплегія), розлади координації рухів, симптоми Бабінського, Бехтерева, Россолімо. Одночасно можуть бути менінгеальні симптоми (менінгоенцефаліт). Зміни спинномозкової рідини бувають, але не такі різкі, як при менінгіті. Видужання настає повільно, ряд розладів має хронічний перебіг, нерідко залишаються паралічі, судорожні припадки, психічні ухилення. У дітей часто виникає затримка розумового розвитку.

Гострий період вторинних і первинних енцефалітів має багато спільного, хоч захворювання різне щодо причин, перебігу і закінчення. При вторинних гнійних енцефалітах величезне значення має *лікування* гнійного захворювання, яке стало вихідним пунктом поширення інфекції, а також застосування сульфамідів та антибіотиків як при менінгітах.

З вірусних первинних енцефалітів найбільше практичне значення мають такі форми: епідемічний або летаргічний енцефаліт і вірусні сезонні енцефаліти, які передаються укусами кліщів та комарів.

Епідемічний енцефаліт (Encephalitis epidemica) є безумовно інфекційним захворюванням, збудник його — близький (але не тотожній) до збудника грипу фільтрабільний вірус. Гострий період триває кілька тижнів, симптоматика його схожа на описану раніше при інших енцефалітах, з переважанням сонливості («сонна хвороба)». Хронічний період, який триває роками і у виявлених випадках невиліковний, характеризується гіпертонічно-гіпокінетичними розладами: постійне напруження м'язів, дрижання кінцівок, відсутність мімічної виразності (гіпомімія), бідність рухів, сповільнена мова. Перебіг психічних процесів різко сповільнений. В ряді випадків хворі відрізняються надзвичайною настирливістю, причепливістю. Захворювання робить пацієнтів непрацездатними. Якщо психічні зміни позначені різко, то хворі можуть бути вміщені в психіатричну лікарню для лікування.

Сезонні вірусні енцефаліти зустрічаються нечасто, відрізняються епідемічним поширенням у певну пору року. Осінній, або японський, енцефаліт спостерігався у нас у далекосхідній тайзі і в деяких інших місцях, виникаючи у другій половині літа (вересень) і в першій половині осені у зв'язку з виплодом у цей час комарів-передавачів вірусу. Друга форма має назву весняно-літнього енцефаліту, передається укусами кліщів, зустрічається також переважно в лісистій місцевості.

Початок сезонних вірусних енцефалітів бурхливий, після інкубаційного періоду в 10—15 днів. Розпізнавання полегшується повторністю однорідних захворювань у даній місцевості. Зазначені вище мозкові симптоми виявлені різко; хвороба проходить з руховим збудженням і розладом свідомості. Протягом першого тижня захворювання можливий смертельний кінець (смертність 25—60%). На другому тижні температура знижується, але стан хворого продовжує бути ще тяжким і небезпечним для життя. Після видужання можуть лишитися паралічі м'язів шиї, кінцівок, але описаної картини хронічного епідемічного енцефаліту звичайно не спостерігається.

Лікування епідемічного і сезонних енцефалітів у гострому періоді зводиться до старанного догляду, введення у вену розчинів 40% уротропіну, салітропіну, внутрішньом'язово — пеніциліну, а також застосування серцевих і збуджуючих дихання засобів (кардіа-

зол, кофеїн, лобелін). Рекомендують також оксигенотерапію (вдихання і підшкірне введення кисню); сироваткове лікування (50 мл сироватки реконвалесцентів внутрішньом'язово) сезонних енцефалітів; сульфідинотерапію весняно-літнього енцефаліту. Для запобігання вірусним сезонним енцефалітам запропоновано вакцини.

Лікування хронічних хворих симптоматичне. Тим, що перенесли епідемічний енцефаліт, для зменшення тяжкої скованості, ригідності м'язів, дрижання кінцівок, слинотечі, рекомендується періодично електро- і гідротерапія (1—2 курси на рік), постійна участь у неважкій фізичній праці, приймання всередину скополаміну:

Rp. Sol. Scopolamini hydrobromici 0,1%—30,0
DS. Всередину по 8—10 крапель.

Рекомендують також Fol. Daturae stramonii по 0,05—0,1 у пілюлях 2—3 рази на день, ін'єкції Atropini sulfurici 1 : 1000 по 1 мл.

Зазначені лікувальні засоби належать до отрутних і можуть застосовуватися тільки в стаціонарі, їх не можна видавати хворим на руки, щоб уникнути отруєння.

Множинний склероз (Sclerosis multiplex, s. disseminata) згідно з сучасними поглядами є вірусним захворюванням центральної нервової системи. Однак ще не всі умови розвитку цього хронічного захворювання з'ясовано. Частіше воно починається у квітучому віці (20—45 років), затягуючись на багато років. Ознаки хвороби характеризуються основною тріадою: 1) ністагм (сіпання очних яблук при встановленні погляду на бік); 2) інтенційний тремор (дрижання рук при рухах до певної мети); 3) скандована мова (вимовляння із своєрідними припиненнями); крім цього поступово розладжується хода, виникають парези, зникають черевні рефлекси, виявляються підошовні патологічні рефлекси Бабінського, Россолімо, Бехтерева та ін., хворий стає ейфоричним (безпричинно веселий), а згодом з'являються іноді ознаки недоумства. На початку захворювання, коли діагноз ще важкий, допомогти розпізнаванню може дослідження очного дна (збліднення вискових половин сосків зорових нервів). В перебігу хвороби можливі ремісії (тимчасові поліпшення, які тривають іноді від 1 до 10 років); взагалі ж прогноз несприятливий.

Лікування. Внутрішньовенні вливання 40% розчину уротропіну, автогемотерапія від 1 до 10 мл, ін'єкції вітаміну B_1 (анейрин по 0,02), глибока рентгенотерапія.

Інфекційна хорея (Chorea minor) — захворювання головного мозку ревматичної природи. На цю форму захворювання найчастіше хворіють діти. Початок хвороби в одних випадках гострий, в інших — поступовий. Тривалість хвороби кілька місяців ($1^1/_2$—3), іноді до року; можливі рецидиви (повороти) після видужання. Ознаки хвороби не завжди цілком виразні: неуважність, нестійкий настрій, неспокійний сон, безладні різкі рухи кінцівок, гримаси. Розпізнавання полегшується при одночасній гарячці, опуханні суглобів, явищах ендокардиту. Хореїчні гіперкінези можуть зустрічатися у вагітних (Chorea gravidarum), частіше у першу половину вагітності; у випадках різко виявлених і небезпечних для життя хорея вагітних може бути медичним показанням до аборту. Від інфекційної хореї слід відрізняти природжено-родинну форму *хореї* (звичайно у літніх людей, тривало-хронічний перебіг) і хореїформні стани після енцефаліту, при опухах мозку і при розладах мозкового кровообігу.

Лікування інфекційної хореї: дітям до 12-річного віку в день 2 рази всередину люмінал 0,01—0,02 і на ніч 0,05; старшим— на ніч по 0,1. Фовлерівський розчин по 6—12 крапель на прийом 3 рази на день. Рекомендується така мікстура:

Rp. Adonileni 4,0
Natrii salicylici 8,0
Urotropini 4,0
Aquae Menthae 200,0
MDS. Дітям від 5 до 8 років по 1 чайній ложці 3—4 рази на день; від 8 до 12 років — по десертній ложці; віком понад 12 років — по столовій ложці.

Рекомендують також пірамідон, препарати брому. Необхідно додержувати спокою.

При різкому збудженні—ін'єкції Sol. Magnesii sulfurici 25% по 2—10 мл внутрішньом'язово або підшкірно; вологі обгортання, теплі ванни (якщо немає ендокардиту). Рекомендується застосування уротропіну внутрішньовенно, а в гострому періоді — пеніцилінотерапія.

СИФІЛІС НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНИЙ СИФІЛІС (LUES CEREBROSPINALIS) може розвиватися в перші роки, а іноді місяці після зараження. Його симптоми залежать від характеру специфічного ураження нервової системи (менінгіт, гуми, ендоартеріїт). При ранньому сифілітичному менінгіті бувають постійні головні болі, іноді вночі, блювання, загальне нездужання, болі в кінцівках, тривожний сон. При дослідженні можна відзначити анізокорію, млявість світлової реакції зіниць, нерівномірне підвищення сухожильних рефлексів (анізорефлексія), а у виявлених випадках — нерізкі менінгеальні контрактури (ригідність потиличних м'язів та ін.). При гумозному сифілісі специфічні вузлики, що утворюються в мозку, викликають симптоми, які відповідають їх місцеположенню: на основі мозку — паралічі черепномозкових нервів, на опуклій частині мозку — паралічі кінцівок, судорожні припадки, у спинному мозку — картину, подібну до опуху або міеліту.

Сифілітичний ендоартеріїт зумовлює симптоми розладу мозкового кровообігу. Різноманітні симптоми і непостійність їх сполучень, з одного боку, утруднюють діагноз, але, з другого, в усіх випадках множинних органічних симптомів слід з'ясувати, чи не хворіє досліджуваний на люес. Велику допомогу дає певний анамнез, дослідження реакції Вассермана в крові, аналіз спинномозкової рідини. Не слід забувати про можливість застосувати специфічне лікування ex juvantibus. При цереброспінальному сифілісі, здебільшого, лікування дає позитивні результати. Успішно застосовують: 1) внутрішньом'язові ін'єкції пеніциліну до 7 000 000 одиниць на курс, протягом якого можна іноді робити 3—5 ендолюмбальних введень пеніциліну; 2) фрикції (втирання) сірої ртутної мазі:

Rp. Ung. Hydrargyri cinerei 4,0
№ 30 in chartae cerata
DS. Втирати щодня (чергуючи місця втирання) по 1 пакету, всього 45—60 разів.

Таких курсів проводять 5—6 з перервами до 1,5 місяця. Необхідно контролювати сечу; щоб уникнути ртутних гінгівітів, застосовують полоскання рота 3% розчином бертолетової солі. Сальварсан можна застосовувати тільки в лікарняних умовах, бо можливі загострення хвороби. Більш сприятливі ін'єкції біохінолю по 2—3 мл через 2 дні на 3-й або через день по 2 мл, всього на курс 12—15 ін'єкцій.

СПИННА СУХОТКА (TABES DORSALIS) є сифілітичним захворюванням нервової системи з переважним ураженням задніх корінців і задніх стовпів спинного мозку. Симптоми табесу дуже характерні: стріляючі болі, сухожильні рефлекси (колінні та ахіллові) стають неоднаковими або не викликаються зовсім; хворому важко ходити, а при заплющених очах або в темноті ходьба неможлива. Неможливість стояти з заплющеними очима (симптом Ромберга), як і розлад ходи, залежать від того, що хворий втрачає чутливість м'язів і суглобів своїх кінцівок, а також від різкої гіпотонії м'язів. Крім того, є симптоми, які вказують на одночасне ураження не тільки спинного, а й головного мозку: різке звуження зіниць (міоз), відсутність їх світлової реакції при збереженні реакції при погляді в точку, яка міститься то ближче, то далі від досліджуваного. Відсутність реакції зіниць на світло при наявності їх реакції на акомодацію і конвергенцію називається симптомом Арджіль-Робертсона. Хворий скаржиться на головні болі, болі в різних частинах тіла і внутрішніх органах (кризи), особливо часті «стріляючі» болі. Ці болі можуть симулювати інші хвороби, і тому дуже важливо своєчасно розпізнати і лікувати основне захворювання нервової системи — спинну сухотку.

Розпізнавання, важке на початку захворювання, полегшується достовірним анамнезом, часто позитивною реакцією Вассермана в крові і даними дослідження спинномозкової рідини. Ця форма невросифілісу виникає частіше через 9—15 років після зараження; перебіг її повільний (десятки років), з поступовим наростанням: дедалі тяжчими стають розлади ходи, виникає затримка або нетримання сечі, утворюються виразки і пролежні на тілі, може розвинутися сліпота від атрофії зорових нервів, і нарешті, настає тяжкий загальний маразм.

Лікування в багатьох випадках малоуспішне, але будучи застосоване в початковій стадії спинної сухотки, безперечно, затримує розвиток хвороби і набагато полегшує страждання хворих (больові кризи та ін.). Показане лікування печіциліном і біохінолом. Ртутних фрикцій уникають тоді, коли є атрофія зорових нервів. В перервах між курсами ін'єкцій призначають приймання мікстури з калій-йодидом і пілюлі:

Rp. Kalii jodati 10,0
Acidi arsenicosi 0,015
Extr. Nucis Vomicae spirit. 0,15
Sacchari lactici 5,0
Lanolini 3,0
M. f. pulvis № 50
S. По 2 пілюлі 2 рази на день після їди.

При приступах болів призначають пірамідон, фенацетин, омнопон (в порошках). У не дуже розвинених випадках показане курортне лікування в Одесі, Слов'янську, П'ятигорську.

ПРОГРЕСИВНИЙ ПАРАЛІЧ (PARALYSIS PROGRESSIVA) є, як і спинна сухотка, пізнім невролюетичним захворюванням, для якого характерний, крім неврологічних симптомів, наростаючий психічний розпад. Крім зазначених зіничних симптомів, лице хворих стає маскоподібним, розладжується мова: дрижання голосу, спотикання на складах, «змазана мова». Останнє особливо виявляється в неможливості повторити важкі фрази (парадигмати): «від тупоту копит пил полем несеться» та ін. Одночасно з'являються іноді швидко наростаючі ознаки психічного розладу: слабне пам'ять, кмітливість, немає критичного ставлення до своєї поведінки, яка стає позбавленою всяких затримок. Усвідомлення хвороби нема, хворий стає неохайним, неуважним, легкодухим. Дальший перебіг хвороби різний і відповідає таким формам: дементна (апатія, благодушність, недоумство); експансивна (ейфорія, збудження, маячення величності); ажитована (рухове збудження); депресивна (наявність іпохондричного маячення); циркулярна (чергування пригнічення і ажитації). Для всіх форм прогресивного паралічу найхарактернішими ознаками є дизартрія, ейфорія та недоумство, паралелізм фізичного і психічного розпаду. Випадки захворювання на прогресивний параліч у дітей мають назву «ювенільна форма» прогресивного паралічу.

Хворих на прогресивний параліч треба терміново вміщувати в психіатричну лікарню.

Лікування: щеплення малярії і потім протисифілітичне лікування (пеніцилін, біохінол, йодисті препарати). В тих випадках, коли лікування застосовано пізно або воно виявилось безрезультатним, — хворобливі явища неухильно наростають і приводять до смерті при явищах тяжкого маразму.

РОЗЛАДИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

АРТЕРІОСКЛЕРОЗ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ (ARTERIOSCLEROSIS VASORUM CEREBRI) є найбільш частою причиною таких розладів. Це захворювання, що виявляється в основному наростаючим ослабленням пам'яті і уваги, підвищеною стомлюваністю і падінням працездатності, дразливістю, тужливо-пригніченим тривожним настроєм. Характерні скарги на головний біль, шум в вухах і запаморочення. Часто виявляється млявість реакції зіниць на світло, підвищення сухожильних рефлексів, підвищення кров'яного тиску. При лікуванні мозкового артеріосклерозу рекомендується приймання йоду: наприклад, від 5 до 25 крапель 3 рази на день на чарці молока (додаючи щодня по 1 краплі) протягом $1^1/_2$—2 місяців; сайодин по 1 таблетці 2 рази на день, при підвищеному кров'яному тиску— діуретин, люмінал, дибазол, ін'єкції 10% магній-сульфату, від головних болів — змазування Т-гае Jodi вздовж хребта, всередину — антипірин, пірамідон.

МОЗКОВИЙ КРОВОВИЛИВ, ІНСУЛЬТ (APOPLEXIA CEREBRI) є небезпечним ускладненням склерозу. Звичайно після хвилювань, фізичного напруження, вживання алкоголю раптом хворий втрачає притомність. Характерні: червоне лице, напружений пульс. Внаслідок того, що найчастіше крововилив виникає в ділянці art. cerebri media, порушуються центри або провідні шляхи рухів кінцівок, і останні виявляються паралізованими. Коли хворий ще в непритомному стані, іноді можна відмітити, що паралізовані кінцівки (на стороні, протилежній ураженій півкулі мозку), будучи підняті над ліжком,

безжиттєво важко падають униз. В тих випадках, коли одночасно паралізовано лицевий нерв, при диханні віддувається щока (симптом паруса). Часто бувають симптоми Бабінського, Бехтерева та ін.

Перша допомога: спокій, постільний режим, холод на голову, спорожнення кишок з допомогою клізми, п'явки на соскоподібні відростки, кровопускання (скарифікація або венепункція — 150—200 мл). Після інсульту слід видержати хворого в постелі 1—2 місяці, не поспішати з масажем паралізованих кінцівок. Паралічі або парези, розлади мови (афазія) можуть бути надзвичайно тривалими і в багатьох випадках виліковуються не повністю. Інсульт лише зрідка буває у молодих людей (люес, артеріальна гіпертонія). Картина мозкового удару може бути у серцевих хворих (емболія при ендокардиті, пороку серця).

ЕМБОЛІЇ. На відміну від описаного вище стану, при **емболії (Embolia art. cerebri)** спостерігається блідість лиця, слабий аритмічний пульс.

Перша допомога: спокій, серцеві засоби при наявності серцевої слабості. Кровопускання не потрібні. Холод на голову не рекомендують.

ТРОМБОЗ МОЗКОВИХ СУДИН (THROMBOSIS ART. CEREBRI) може розвинутися на грунті сифілісу, атеросклерозу мозкових судин і міокардіосклерозу, тяжкої післяінфекційної слабості. В цих випадках картина розладу мозкового кровообігу розвивається поступово, без раптової втрати притомності: виникає параліч кінцівок, афазія.

Лікування зводиться до повного спокою, серцевих засобів. При наявності вказівок на люес починають обережно специфічне лікування пеніциліном, біохінолом, йодом.

У наведеній нижче таблиці вказано відмітні ознаки основних форм розладу мозкового кровообігу:

	Крововилив	Емболія	Тромбоз
Вік хворого	Літній, старечий	Може бути молодий	Різний
Попередній стан	Артеріосклероз, гіпертонічна хвороба	Серцеве захворювання, ревматизм	Сифіліс, артеріосклероз, серцева слабість
Сприяючі моменти	Хвилювання, фізичне напруження, сп'яніння	Без особливих причин, фізичне напруження гарячковий стан	Фізичне стомлення, під час сну, інфекційна хвороба
Початок	Раптовий	Раптовий	Поступовий
Притомність	Втрачена	Втрачена	Збережена
Колір лиця	Червоне	Бліде	Бліде, ціанотичне
Температура тіла	Підвищена до 38—38,5°	Нерізке підвищення	Нормальна, субнормальна
Пульс	Напружений	Частий, м'який	М'який, аритмія
Дихання	Стерторозне	Нормальне	Нормальне

ОПУХИ МОЗКУ (TUMOR CEREBRI) частіше відрізняються перебігом, який повільно прогресує. Мозкові симптоми насамперед за-

лежать від підвищення внутрішньочерепного тиску: постійний головний біль, блювання, не зв'язане з прийманням їжі, поступова втрата зору (при дослідженні очного дна виявляються застійні соски зорових нервів). Крім того, зруйнування мозкової речовини і порушення динаміки нервових процесів можуть виявлятися появою неточності рухів, парезами черепномозкових нервів і кінцівок, розладом мови, слуху, випаданням різних видів чутливості і т. д. Нерідко також бувають судорожні припадки. Всі хворі, підозрілі щодо наявності опуху мозку (за стійкістю і прогресуванням симптомів ураження мозку) підлягають спеціальному стаціонарному обслідуванню.

Лікування хірургічне, а також рентгенотерапія. Успіх залежить від характеру, місцеположення опуху і своєчасності втручання.

Схожу на опух мозку картину може давати *гума і абсцес мозку* (Abscessus cerebri). Останній виникає через метастаз з іншого гнояка (найчастіше гнійний отит, бронхоектазії); іноді вихідне вогнище лишається нез'ясованим; часто нагноєння буває зв'язане з колишнім проникаючим пораненням черепа, утворюючись навколо стороннього тіла, або кісткових осколків, що лишилися в порожнині мозку. Симптоми абсцесу нагадують опух мозку, але звичайно відрізняються гострішим наростанням, неправильною температурою, наявністю зазначених вихідних вогнищ нагноєння. Лікування в стаціонарі, хірургічне, всередину сульфаміди, парентерально пеніцилін.

ТРАВМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Відрізняють струси і контузії мозку, внутрішньочерепні крововиливи в результаті відкритих і закритих черепномозкових травм і поранень. Під *струсом мозку* (Commotio cerebri) розуміють такий стан, коли слідом за загальним ушибом тіла і ушибом голови настає короткочасна втрата притомності, яку можна розглядати як охоронне гальмування коркових клітин під впливом травми (надсильний подразник). Потерпілий швидко приходить до пам'яті, але іноді довго відчуває нудоту, запаморочення, головний біль.

Внаслідок комоції звичайно не буває стійких паралічів кінцівок, афазії та інших неврологічних розладів, якими характеризується ушиб, *контузія* мозку (Contusio cerebri), що викликає руйнування мозкової речовини. При контузії «охоронне гальмування» виражене більше, ніж при струсі: свідомість потьмарена більш глибоко і тривало, відмічається сповільнення пульсу, нерівність зіниць. Приходячи до притомності, хворий не пам'ятає подій, які передували травмі. Вихід із стану гальмування поступовий, іноді буває тривало стан, проміжний між сном і неспанням, і тоді можливий розвиток гострого *травматичного делірію* (сноподібні переживання, галюцінації, збудження) і наступного тривалого амнестичного синдрому (див. корсаковський синдром, стор. 147). Для черепномозкових травм характерним є зворотний розвиток симптомів (поступове поліпшення стану), і якщо мозкові явища наростають (поступово з'являються паралічі, менінгеальні контрактури), слід запідозрити внутрішньочерепний крововилив. Хворі з комоцією і контузією потребують абсолютного спокою, і тому їх слід транспортувати в лікарню надзвичайно обережно, якщо можливо, після 4—6 годин повного спокою. Якщо ж є рана голови, пошкодження кісток черепа, виявляються менінгеальні

симптоми, наростаючий параліч кінцівок, — вміщення в лікарню негайне, бо може бути необхідне хірургічне лікування.

Прогноз легких травм цілком сприятливий. Після комоції все ж рекомендується постільний режим протягом тижня, в найближчі 2—3 місяці слід уникати інсоляції, не пити спиртного, не працювати надмірно. Якщо хворого непокоять головні болі, то рекомендується 10—15 внутрішньовенних вливань Sol. Glucosae 40% по 10—20 мл і всередину люмінал по 0,1 на ніч.

При контузії мозку прогноз серйозний і лікування більш тривале. В гострому періоді травми — спокій, холод на голову, невпинний нагляд (можливе рухове збудження); внутрішньовенне вливання 20% розчину магній-сульфату 15 мл разом з 40% глюкозою 15 мл до 30 разів. Якщо розладжене дихання (ціаноз, уривчасте, стертозне дихання), магнезію краще вводити не внутрішньовенно, а з допомогою клізмочки (40% до 100 мл) після очисної клізми. Наявність різкої анізокорії, нестійкості пульсового ритму, паралічів, менінгеальних симптомів, кровотечі з вух (перелом основи черепа) є ознаками особливої тяжкості черепно-мозкової травми. Згодом можливий розвиток судорожних припадків (див. *«Епілепсія»*). Зниження і втрата працездатності через залишки паралічів, афазії, стійких головних болів і змін психіки хворого, аж до післятравматичного недоумства. Найчастіше протягом 6—12 місяців виявляється *травматична церебрастенія:* головні болі, стомлюваність, зниження розумової і фізичної працездатності, забутливість, дразливість, плаксивість і т. д. Праця таких хворих має бути полегшеною; спокійне рівне ставлення близьких.

Лікування: підшкірні ін'єкції Sol. Strychnini nitrici 1 : 1000 по 1 мл; внутрішньовенні вливання глюкози з аскорбіновою кислотою (0,1).

При травматичній церебрастенії показане електро-водолікування амбулаторно або в спеціальному стаціонарі (психоневрологічному, санаторному).

В тяжких випадках бувае необхідно вмістити таких хворих у психіатричну лікарню. Перебування в обстановці «охоронного режиму», лікування сном, наступне застосування нервових стимуляторів (фенамін, кофеїн та ін.) можуть повернути хворому здоров'я і працездатність.

ПСИХОЗИ У ЗВ'ЯЗКУ З ІНФЕКЦІЯМИ ТА ІНТОКСИКАЦІЯМИ

ІНФЕКЦІЙНІ ПСИХОЗИ можуть бути викликані різними загальними гострими (тифи, пневмонія, бешиха та ін.) і хронічними (туберкульоз, малярія, бруцельоз та ін.) інфекціями. Найчастішою формою інфекційного психозу є *гарячковий делірій,* що з'являється в періоді виявлених ознак інфекційного захворювання і зникає в періоді видужання від інфекційного захворювання. Важливо знати, що психічні розлади іноді можуть передувати появі клінічних ознак інфекції (ініціальний делірій). Нерідко психічні розлади залишаються тоді, коли інфекційне захворювання уже закінчилося (резидуальне маячення, післяінфекційна психічна слабість, корсаковський синдром). При гарячковому делірії потрібний старанний догляд і нагляд (відмовлення від їжі, рухове збудження, поривання до втечі, самопошкодження). Направленню в психіатричну лікарню підлягають хворі

з психозами, затяжними або виниклими після закінчення інфекційного захворювання.

Відомі психози, що розвиваються після тяжких *операцій, ускладнених родів*. Вони можуть виявлятися як в апатії, пригніченості так і в бурхливому руховому збудженні, що сполучається з галюцинаціями і розладом свідомості. Треба забезпечити старанний догляд і нагляд, пильно оберігаючи хворих від самопошкоджень, стежачи за прийманням їжі. Розвиток психозу після операції або родів може пояснюватись крововтратою, септичним ускладненням та іншими причинами, які потребують спеціальних заходів. Якщо психічний розлад затягується, хворих треба вмістити в психіатричну лікарню. Годувати новонароджену дитину психічно хвора мати може тільки з умовою старанного нагляду.

Причиною психозів можуть бути різні *внутрішні захворювання* (тяжка недостатність кровообігу, гостра дистрофія печінки, уремія), тяжке фізичне виснаження, різні інтоксикації. В цих випадках на першому місці стоїть лікування основного захворювання, пильний нагляд за хворими і систематичне лікування нервовопсихічних розладів (рухове збудження, виснажливе безсоння, відмовлення від їжі, судорожні припадки).

Стани загальної нервовопсихічної слабості після інфекції та інших соматичних захворювань потребують тривалого лікування: апаратом Боброва вводять під шкіру 500 мл 4—5% глюкози (при неспокої, тужливому настрої, відсутності сну можна додати 0,2 омнопону), внутрішньовенно 40% розчин глюкози в кількості 40—30 мл з додаванням 0,1 аскорбінової кислоти. Поглиблення і здовження нічного сну прийманням 0,5 вероналу або 0,6 бромуралу протягом 5—10 днів.

Можуть бути показані також підшкірні ін'єкції стрихніну й арсену, підшкірні вдування кисню, приймання всередину вітамінів (B_1), аскорбінова кислота. Ін'єкції 10—20 одиниць інсуліну з наступним внутрішньовенним введенням глюкози.

ІНТОКСИКАЦІЙНІ ПСИХОЗИ можуть зумовлюватися отруєнням різними наркотичними речовинами (алкоголь, морфін, кокаїн, веронал та ін.), отрутами харчового походження, промисловими отрутами, бойовими отруйними речовинами. Відрізняють гострі і хронічні отруєння.

Алкоголізм є захворюванням, спричиненим звичним вживанням спиртних напоїв.

Звичайно сп'яніння залежить від кількості введеного алкоголю та індивідуальної витривалості того, хто випив алкоголь. Малі дози останнього ослабляють коркове гальмування, великі викликають «початок загального гальмування великих півкуль» (І. П. Павлов), завдяки чому підкорка звільняється від вищого контролю і приходить у збуджений стан: безпричинна веселість або плаксивість, гнівливість, пустотливість і т. д. В окремих випадках (у хворих на епілепсію, після травми черепа та ін.) вживання невеликої дози алкоголю викликає *патологічне сп'яніння:* глибокий розлад свідомості, безглузда і безцільна агресивність, галюцинації, маячення, наступний глибокий сон з наступною амнезією.

Діагноз патологічного сп'яніння, якщо потрібний буде експертний висновок, треба підтверджувати дослідженням у психіатричній лікарні. Звичайно сп'яніння не потребує лікування. У випадках тяжкого алкогольного отруєння (непритомність, ціаноз, падіння серцевої

діяльності) рекомендується зробити ін'єкцію 0,01 лобеліну, 2 мл 20% камфорного масла, розтерти тіло жорстким рушником, тепло вкутати і покласти грілки до ніг. Якщо дихання і серцева діяльність поліпшились, можна промити шлунок або викликати блювання ін'єкцією апоморфіну (0,005). Мати на увазі небезпеку задушення блювотними масами. Занурення в теплу ванну на простині показане. Ні в якому разі не обливати тіло холодною водою.

На грунті повторного, частого зловживання алкоголем виникає *хронічний алкоголізм.* Основні симптоми: хворобливий потяг до алкоголю, ослаблення пам'яті, зниження працездатності, емоціональна нестійкість і дразливість, підвищена навіюваність, гумор п'яниць (банальна веселість), в поєднанні з соматичними симптомами: дрижання рук, гастрит, гепатит, міокардіодистрофія та ін.

Лікування проводиться в стаціонарі протягом 2—4 місяців, якщо хвороба виявлена, успішно застосовується гіпнотерапія, а також вироблення умовного блювотного рефлексу на алкоголь з допомогою апоморфіну: натщесерце під шкіру вводять 1% розчин апоморфіну від 0,2 до 0,8 (додаючи по 0,1). Коли підібрана доза, що викликає нудоту, блювання, то через 3—5 хвилин після ін'єкції показують, дають понюхати і випити 20 мл горілки. Виявлений і стійкий блювотний рефлекс виробляється звичайно після 15—20 поєднань ін'єкцій апоморфіну (безумовний подразник) і алкоголю (умовний подразник). Лікування можна проводити амбулаторно.

На грунті хронічного алкоголізму можливі гострі і хронічні психози, які потребують негайного вміщення в психіатричну лікарню.

БІЛА ГАРЯЧКА (DELIRIUM TREMENS) проходить гостро (2—7 днів): безсоння, розлад свідомості, наплив яскравих, рухливих зорових галюцинацій, неспокій, пітливість, велике дрижання кінцівок. При правильному догляді і лікуванні настає видужання. Іноді перебіг ускладнюється гарячкою, судорожними припадками, стає затяжним і загрозливим для життя (пневмонія, серцева слабість).

Гострий алкогольний галюциноз відрізняється від білої гарячки, крім більш затяжного перебігу (6—8 тижнів), наявністю слухових галюцинацій, досить зв'язних маячних ідей переслідування при ясній свідомості.

Лікування в психіатричній лікарні. В половині випадків — повне видужання. В багатьох випадках захворювання набуває форми хронічного алкогольного галюцинозу, який затягується на роки.

При лікуванні гострих алкогольних психозів слід мати на увазі, що основними завданнями лікування є: 1) регулювання сну; 2) купірування рухового збудження; 3) підтримання серцевої діяльності. Із снотворних найкращими є паральдегід (5,0), люмінал (0,2—0,3), хлорал-гідрат (0,5—2,0) (якщо немає зниження кров'яного тиску) або веронал у такому прописі:

Rp. Veronali
Pyramidoni āā 0,25
Coff. n.-benz. 0,025
DS. По 1 порошку 3 рази на день.

Корсаковський алкогольний поліневритичний психоз — хвороба С. С. Корсакова є тяжкою формою алкогольних психозів, характеризується антероградною анемією, зниженням здатності до запам'ятовування, дезорієнтування в оточенні і часі, обманами спогадів (кон-

фабуляції) в сполученні з хронічним поліневритом. Початок захворювання гострий — у вигляді білої гарячки або повільний (протягом 1—2 місяців). Після 6—9 місяців лікарняного лікування хворий може повернутися в домашню обстановку із значними психічними дефектами (слабість пам'яті, зниження ініціативи) і залишками поліневриту (парези, атрофії м'язів та ін.).

Лікування — догляд, щоб уникнути пролежнів, і симптоматичні засоби: тривале приймання анейрину (вітамін B_1 по 0,02 до 4 разів на день) та інших вітамінів (С, РР); ін'єкції стрихніну; переливання крові.

Дипсоманія — приступи непереможного потягу до алкоголю, «запійне пияцтво», зв'язані здебільшого із зміною настрою (алкогольна, епілептична, циклотимічна, психопатична дисфорія). Можливе превентивне (запобіжне) вміщення на 10—15 днів у стаціонар.

Необхідно лікувати основне захворювання, яке зумовлює дисфорію.

Наркоманії (морфінізм, кокаїнізм, вероналізм тощо) у виявлених випадках підлягають лікуванню у закритих відділах психіатричних лікарень протягом 3—6 місяців, де проводиться повне відлучення від наркотиків при умові старанного нагляду і лікування абстиненції (тяжкі переживання і фізичні розлади у зв'язку з утриманням від звичного приймання наркотиків, яке зумовило утворення патологічних умовно-рефлекторних зв'язків).

У тих випадках, коли є *звична наркоманія* (наприклад, звичка до морфіну після його повторного введення для пригнічення болів при нирковокам'яній хворобі, після операцій та ін.) і явища абстиненції не занадто тяжкі, можна спробувати поступове відлучення від морфіну, використовуючи синергетичне діяння магній-сульфату. З цією метою морфіністові вводять морфін в одному шприцу з 25% магній-сульфату, з кожним днем зменшують кількість морфіну і збільшують кількість магнезії (методика купірування морфінної абстиненції Е. В. Маслова і В. М. Шпака).

Надалі морфін не вводять, продовжуючи ін'єкції магній-сульфату. При цьому ін'єкції можна робити кілька разів на добу (залежно від числа звичних ін'єкцій морфіну). Одночасно давати серцеві, сечогінні засоби, гірке питво (міцний чай, розчин кофеїну), а також ін'єкції нікотинової кислоти (1% розчин по 5 мл 2 рази на день). В особливо тяжких випадках морфінізму І. В. Стрільчук рекомендував робити відлучення від морфіну в амітал-натрійовому сні, який підтримується протягом 10 днів.

ОТРУЄННЯ ХАРЧОВОГО ТА ПРОМИСЛОВОГО ПОХОДЖЕННЯ. При *отруєннях отрутами харчового походження* після різних передвісників (шлунково-кишкові розлади, головні болі, загальна розбитість) може розвинутися сплутаність свідомості з галюцинаціями, збудженням, іноді з виявленим немотивованим страхом. При ерготизмі («злий корч» внаслідок вживання хліба з домішкою ріжків) характерні тетанічні судороги і епілептиформні припадки.

При *ботулізмі* (інтоксикація внаслідок вживання консервів та ін., заражених Clostridium botulinicum) характерні тахікардія, розширення зіниць (мідріаз) і параліч окорухових нервів.

Лікування психічних розладів симптоматичне (седативні снотворні засоби). Проти судорог — ін'єкції 25% розчину магній-сульфату у вену (10 мл) і внутрішньом'язово (20 мл). При ботулізмі вводиться спеціальна антитоксична сироватка. Показане в усіх ви-

падках очищення кишок, пиття у великій кількості, введення фізіологічного розчину, а також внутрішньовенне введення 20% розчину гіпосульфіту.

Отруєння *грибами* спочатку може нагадати сп'яніння, пізніше з'являється неспокій, зорові галюцинації, сплутаність свідомості. Рекомендується промити шлунок розчином калій-перманганату (0,5 : : 1000), очисна клізма, приймання всередину $^1/_2$% розчину таніну по 1 чайній ложці.

Із *промислових отруєнь* найбільше значення мають отруєння свинцем, СО, ртуттю, бензином, марганцем. Ураження периферичної нервової системи були описані вище. Поряд з ними або самостійно можуть виникнути психічні розлади. Свинцева інтоксикація (кишкові коліки, гінгівіт) ускладнюється дразливістю, неуважністю, ослабленням пам'яті. Якщо виступають глибші і стійкіші психічні порушення (гостра сплутаність свідомості, амнестичний корсаковський синдром), говорять про *свинцеву енцефалопатію.*

Небезпечні отруєння сумішками, які застосовуються в автотранспорті й авіації — тетраетилсвинець, антифриз. Отруєння СО, марганцем, ртуттю та ін. можуть залишати після себе стійкі хронічні нервовопсихічні розлади.

Лікування отруєнь проводиться в стаціонарі. Дуже важлива профілактика (уміле поводження, захисні пристосування).

ПЕРЕДСТАРЕЧІ, ПРЕСЕНІЛЬНІ ПСИХОЗИ (PSYCHOSIS PRAESENILIS) розвиваються у віці 50—60 років. Виявляються вони, головним чином, у вигляді депресивного (пресинільна меланхолія) або депресивно-параноїдного (наявності маячних ідей, гріховності, ущербу) станів, які супроводяться тривогою, страхом. Часто хворі метушливі, ажитовані. Стан різкого збудження може привести до летального кінця. Тривога і збудження звичайно посилюються на ніч. Завжди є небезпека самогубства. Прогноз несприятливий, але ремісії та поліпшення в стані хворих бувають часто.

Лікування — в психіатричній лікарні: пильний нагляд, щоб уникнути самогубства; при ступорі з відмовленням від їжі (пізня кататонія) — штучне годування через зонд. Застосування ендокринних препаратів (за призначенням спеціаліста) і лікування тривалим сном.

АРТЕРІОСКЛЕРОТИЧНІ ПСИХОЗИ (див. також стор. 144), крім загального зниження психічних функцій, часто посилюються мозковим інсультом (недоумство, яке наростає поштовхами). Можуть спостерігатися загострення у вигляді депресії, маячного стану, збудження, при яких треба вміщувати хворого в психіатричну лікарню. Велике значення мають профілактичні заходи: приймання препаратів йоду, лікування артеріальної гіпертонії, уникати вживання алкоголю.

СТАРЕЧЕ НЕДОУМСТВО (DEMENTIA SENILIS) розвивається звичайно не раніше 65—75 років, виявляючись у прогресивному занепаді психічної діяльності. Поряд з ослабленням пам'яті, звуженням кола інтересів, розвивається пригнічено боязкий настрій, маячні ідеї іпохондричного змісту, безсоння, балакучість, неспокій вночі. Нерідко з'являються парези кінцівок, афазія (після непритомності або інсульту). Хворі бувають небезпечні у зв'язку з нічним збудженням, маячними ідеями пограбування.

Прогноз несприятливий і залежить певною мірою від виявленості ознак фізичного одряхління.

Лікування — у психіатричній лікарні в період загострення

(збудження, безсоння, тривога) і при наявності маячної поведінки зводиться до догляду, регулювання сну, купірування збудження.

ЕПІЛЕПСІЯ (EPILEPSIA). Слід відрізняти епілептичні реакції (судорожні припадки, зумовлені інтоксикацією і мозковими ураженнями при найрізноманітніших захворюваннях) і самостійну епілептичну хворобу. Остання відрізняється поступовим наростанням ознак хвороби, яке приводить до своєрідного недоумства: розсудливість, невміння відрізняти істотне від незначного, застрявання на дрібницях, педантизм, що сполучається із слащавістю, підлесливістю, але злопам'ятством, мстивістю, схильністю до лютого гніву, ослаблення пам'яті. В міру розвитку хвороби (після ряду років) дедалі більше виступає сповільнення перебігу психічних процесів, в'язкість, важкість їх. Щодо судорожного припадку, то він є яскравим вираженням епілепсії, але не єдиною її ознакою. Можливі форми хвороби, які виражаються в характерному недоумстві, з дуже рідкими припадками. Навпаки, частіше від інших форм, хвороба проявляється переважно у вигляді припадків. За І. П. Павловим, періодичне виникнення епілептичних припадків залежить від наявності в корі мозку вогнища застійного збудження, яке характеризується вибуховістю і поширеністю збудження. Епілептичному припадкові часто передує його передвісник — аура (рухова, чутлива, психічна); хворий раптом блідне, втрачає притомність, блідість лиця змінюється синюшністю, настають тонічні (протягом 10—30 секунд), а потім клонічні (1—3 хвилини) судороги. Під час припадку можна спостерігати піну з рота, прикус язика, мимовільне виділення калу і сечі. Після припинення судорог хворий ще деякий час лишається в глибокому непритомному стані (coma epileptica), який переходить у сон різної тривалості, або хворий приходить до притомності, не пам'ятаючи нічого з того, що трапилося, і ще деякий час відчуваючи утруднення в орієнтації та підшукуванні слів. Крім описаного (великого припадку), спостерігаються малі припадки, у вигляді скоминущих розладів свідомості, приступів запаморочення, немотивованих, короткочасних дій (пішов без мети тощо). Якщо на перший план виступають приступи розладу свідомості або настрою (епілептичні еквіваленти), таку форму називають психічною епілепсією (Epilepsia psychica). Експлозивність (вибуховість) і агресивні дії під час психічного еквівалента роблять епілептиків дуже небезпечними для оточуючих. Лікуванню епілепсії має передувати уважне обслідування (в лікарні) і, по змозі, спостереження припадків, щоб з'ясувати, чи вони є реакцією мозку на якесь інше захворювання, чи є виявом самостійної хвороби.

Лікування епілепсії повинно бути тривалим і систематичним. Йому має передувати дослідження хворого в стаціонарі. Здебільшого приймання люміналу (по 0,1 щодня або по 0,05—0,1 2 рази на день) і бромідів (Бехтеревська мікстура) дає значний ефект, особливо щодо судорожних припадків. Категорично забороняється пити спиртні напої, зловживати м'ясною і гострою їжею.

Епілептичним станом (Status epilepticus) називається такий стан, коли припадки йдуть один за одним. Для купірування цього небезпечного для життя стану застосовують введення 25% розчину магнезії внутрішньовенно — 20 мл і одночасно внутрішньом'язово—10 мл; хлорал-гідрат (2,0 per clysmam); внутрішньом'язовий гексеналовий наркоз (10%—10 мл).

ШИЗОФРЕНІЯ (SCHIZOPHRENIA) частіше виникає в молодому

віці (20—35 років), може проходити гостро, закінчуючись повним видужанням, а також набувати затяжного перебігу, приводячи в окремих випадках до вихідного стану (емоціональна тупість — байдужість, розірваність — незв'язність мислення і мови, безглузда поведінка і т. д.).

Відрізняють кілька форм (типів) перебігу шизофренії: 1) проста (Sch. simplex) — характеризується апатією, наростаючим недоумством; 2) гебефренічна (Sch. hebephrenica) — супроводиться безглуздопустотливим збудженням; 3) кататонічна (Sch. katatonica) — характеризується руховими розладами: ступор, негативізм, восковидна гнучкість, мутизм та ін.; 4) параноїдна (Sch. paranoides) — переважають галюцинаторно-маячні симптоми; 5) циркулярна (Sch. circularis) — відрізняється приступоподібним перебігом. Встановлення типу перебігу шизофренії має значення не тільки для діагнозу, а й для вибору способу лікування і для прогнозу. Прогноз кататонічної, циркулярної форм звичайно сприятливий у порівнянні з параноїдною і, особливо, з простою формою.

Патогенез шизофренії з'ясовано завдяки дослідженням І. П. Павлова. Під впливом автоінтоксикації продуктами порушеного обміну речовин в корі головного мозку розвивається позамежне (у відповідь на надсильні подразники) гальмування, яке досягає різного ступеня і поширеності, зумовлюючи картину шизофренічної загальмованості. Кататонічний ступор слід розглядати як фізіологічний захід захисту (охоронне гальмування) коркових клітин від зруйнування хвороботворними агентами. Відповідно до цього «хронічного гіпнозу кори», до неповного сну, нижні відділи мозку лишаються вільними або навіть приходять у збудження. Звідси часто гебефренічна пустотлива поведінка, ніби безцеремонність, немотивованість вчинків. Прогресуючи, хвороба може приводити до наростання емоціональної тупості, аутизма (замкнутість, відсутність реакцій на зовнішні подразники), розпаду мови і мислення.

Лікування шизофренії проводиться в психіатричній лікарні і потребує якомога повного «охоронного режиму». Особливо успішним виявилось лікування свіжозаболілих тривалим сном і великими дозами інсуліну, щож до хворих з затяжним психозом, то для них корисна трудотерапія.

МАНІАКАЛЬНО-ДЕПРЕСИВНИЙ ПСИХОЗ (PSYCHOSIS MANIACO-DEPRESSIVA). Захворювання, що виявляється у періодичному повторенні (циркулярний психоз) приступів: 1) маніакального збудження — з піднесеним настроєм, прискореним перебігом думок («стрибання ідей»), руховим збудженням, з підвищеною самооцінкою, іноді з маячними ідеями величності; 2) меланхолічного, депресивного стану — з пригніченим настроєм, загальмуванням рухових виявів і перебігу думок, маячними ідеями самообвинувачення, намаганням до самогубства.

Крім цих типових приступів, спостерігаються мішані стани, коли поєднуються маніакальні і меланхолічні симптоми (наприклад, ажитована депресія: розумове і рухове збудження поєднується з тужливо-пригніченим настроєм). Приступи циркулярного психозу тривають 4—6—9 місяців, закінчуються повним видужанням. З віком приступи частішають і затягуються; у 40% випадків хвороба обмежується одним приступом протягом усього життя. У меланхолічних хворих спостерігається погіршання самопочуття вранці і поліпшення надвечір, неприємні відчуття і болі в ділянці серця (передсердна туга),

прискорення пульсу, запори, розширення зіниць, сухість у роті, падіння ваги тіла, у жінок — аменорея (синдром Протопопова).

Лікування — в психіатричній лікарні. До стаціонування — пильний нагляд (схильність меланхолічних хворих до самогубства); постільний режим; при депресії — ін'єкції інсуліну і вливання глюкози, ін'єкції біостимуляторів; Т-га Орії simplex по 5—6 крапель на прийом 3 рази на день, бехтеревська мікстура з додаванням омнопону (не давати хворим на руки), при маніакальному збудженні — лікування сном: веронал (0,2 по 3—4 рази на день) або мединал (0,3 по 3 рази на день); параренальні новокаїнові блокади — (4—12 разів). Легкі форми циркулярного психозу (циклотимія) можуть, за висновком лікаря-спеціаліста, лікувати амбулаторно (внутрішньовенні вливання брому, ін'єкції малих доз інсуліну з наступним вливанням глюкози) і в санаторних відділах психіатричної лікарні (лікування сном та ін.).

ПСИХОПАТІЇ (PSYCHOPATHIA). Під цією назвою об'єднуються захворювання у осіб, які є носіями особливо стійкого дисгармонічного психічного складу, що утворився під впливом різних хвороботворних причин. Залежно від характеру патологічних рис хворого розрізняють істеричну, психастенічну, паранойальну, астенічну та інші форми психопатій. У різні періоди життя (статеве дозрівання, клімактерій) і під впливом зовнішніх шкідливостей (інтоксикації, психічні і фізичні травми, виснаження) психопатичний склад може виступати на перший план і, навпаки, при сприятливих умовах — згладжуватися (компенсація).

Різко виявлена екзоцербація, що відбивається на поведінці хворого може бути приводом для вміщення на стаціонарне лікування. Поряд з лікуванням корисні виховні заходи і трудовий режим.

ОЛІГОФРЕНІЯ (OLYGOPHRENIA) — недоумство або затримка розумового розвитку; що сталася в ранньому дитячому віці. Причина олігофреній антенатальні і ранні постнатальні травми та інтоксикації (алкоголізм батьків), інфекції (природжений люес), природжені каліцтва розвитку нервової системи та ін. Найлегший ступінь — дебільність (Debilitas) виявляється в слабості пам'яті і судження, податливості стороннім впливам, обмеженості змісту життєвого досвіду; середній ступінь — імбецильність (Imbecillitas) — виявляється у більш виразній слабості пам'яті та уваги, можливості набуття лише найпростіших шкільних знань, але при утрудненні їх правильно і самостійно використати; хворі засвоюють прості життєві навики, але позбавлені абстрактних понять і загальних поглядів. Найглибший і найтяжчий ступінь — ідіотія (Idiotia), при якій не утворюється майже ніякого запасу відомостей і психічне життя позначається лише руховими виявами задоволення й незадоволення; мови немає або виявляється вона в окремих звуках, криках; хворі неохайні сечею і калом; не засвоюють найпростіших навиків, потребують постійного догляду і нагляду. Поряд з психічним недорозвитком можуть спостерігатися тілесні виродливості, загальний фізичний недорозвиток, розлади в залозах внутрішньої секреції, недостатність рухових функцій.

Лікувальні заходи повинні бути спрямовані на основну причину, наприклад, природжений сифіліс, ендокринопатії. Корисні медико-педагогічні заходи. Направлення в спеціальні заклади — за висновком лікаря-психіатра.

НЕВРОЗИ (NEUROSIS) — реактивні захворювання, патофізіологічною основою яких є зрив вищої нервової діяльності під впливом напруження нервової системи, яке перевищує її витривалість. Індивідуальні особливості (тип вищої нервової діяльності, попередні виснажуючі і травматизуючі фактори) мають велике значення для форми неврозу і правильного лікування; вирішальна роль у виникненні нервового зриву належить характерові, силі, тривалості хвороботворних впливів.

Патогенез неврозів блискуче розкрив І. П. Павлов, вивчаючи перенапруження подразливого, гальмівного процесів та їх рухливості.

Основні форми неврозів: неврастенія (Neurasthenia), істерія (Hysteria) і психастенія (Psychasthenia).

Неврастенія виявляється у підвищеній збудливості і швидкій виснаженості. Хвороба позначається дразливістю, нетерплячістю, розладами сну і зниженням уваги, пам'яті, працездатності. Зрив коркової діяльності позбавляє «вищого управління» нижні відділи нервової системи і може зумовити різні тілесні розлади (серцебиття, порушення в шлунково-кишковому тракті, імпотенція та ін.). Так звані неврози органів (Neurosis cordis, Enuresis nocturna та ін.) слід розуміти як симптоми порушення центральної регуляції вісцеральних функцій.

Лікування неврастенії: відпочинок, загальнозміцнююче лікування, у виявлених випадках — «охоронний режим» у стаціонарі, лікування тривало-переривчастим сном, фізичними методами. Зрівноваження процесів збудження і гальмування, як це довели на тваринах І. П. Павлов і його учні, можна добитися прийманням малих доз брому з кофеїном 3—4 рази на день по 1 столовій ложці ¼—1% розчину брому з додаванням 1,0—0,5 г кофеїну.

Хворим на неврастенію показане санаторно-курортне лікування (Одеса, Сочі та ін.).

Істерія розвивається здебільшого у осіб з ослабленою вищою нервовою діяльністю. При цьому в корі мозку створюються стани проміжні між сном і неспанням і виявляється підкоркове збудження — «буйство підкорки» (И. П. Павлов). Симптоми істерії надзвичайно різноманітні: зміна свідомості з переживанням яскравих емоціонально насичених фантастичних сцен, які часто відбивають пережиту ситуацію, що завдала травми, під впливом різних причин; психогенна глухота, сліпота, мутизм, паралічі, судороги і, нарешті, припадки, характеристика яких подана в таблиці на відміну від епілептичних припадків.

У лікуванні істерії на перше місце треба поставити психотерапію (гіпнотерапія); показані також трудотерапія, фізичні методи лікування (уникати «місцевих» процедур), в окремих випадках — лікування в стаціонарі, тривало-переривчастий сон.

Психастенія — невроз, здебільшого зв'язаний з тривожно-недовірливим характером, але не виключається розвиток психастенії у доти урівноважених людей під впливом тривалого (хронічного) нервового перенапруження. Характерні симптоми: нерішучість, боязкість, недовірливість, нав'язливі думки, страхи (фобії), дії.

Лікування: тривале приймання брому з кофеїном, психотерапія (роз'яснювальна, гіпноз), трудотерапія. Звернути увагу на врегулювання наявних конфліктних ситуацій (в побуті, на роботі).

	Епілептичний припадок	Істеричний припадок
Припадкові передують	аура	хвилювання
Початок припадку	раптовий	поступовий
Падіння	раптове, ушиби	з обережностями
Свідомість	повна втрата	розладжена, частіше неглибоко
Лице	бліде, синюшне, судороги мязів лиця	червоне, напружене, іноді виразне (страх, страждання)
Зіниці	не реагують на світло	пускання очних яблук під лоба
Рухи	клонічні і тонічні судороги	виразні і захисні рухи
Тривалість	1—5 хвилин	іноді дуже довго
Рефлекси	сухожильних немає, симптом Бабінського	не порушені
Після припадку	поступове прояснення свідомості, олігофазія	швидке прояснення свідомості, мова не порушена (іноді заїкання, афонія)

АНГІОТРОФОНЕВРОЗИ

Група захворювань з незовсім з'ясованою етіологією, які виявляються переважно в ураженні судинновегетативної системи. Сюди належать мігрень, симетрична гангрена, вазомоторний набряк, кропив'янка та ін.

В таких випадках потрібне старанне спеціальне дослідження, бо ці захворювання можуть мати рефлекторний, алергічний, вторинний характер. Симптоматичне лікування може дати велике, але тимчасове полегшення.

МІГРЕНЬ (HEMICRANIA) — приступи сильного болю, частіше в одній половині голови, що супроводяться нудотою, блюванням, мигтінням в очах. Захворювання у жінок може бути зв'язане з періодом менструацій.

Лікування приступу: тепло (якщо лице червоне, почуття жару) або холод (блідість, напружена пульсація у висках); всередину люмінал (0,2) з пірамідоном (0,3) і кофеїном (0,1). Корисні гаряча ножна ванна, гірчичники на задню поверхню шиї, постільний режим у темній кімнаті.

СИММЕТРИЧНА ГАНГРЕНА виявляється в приступах збліднення кінцівок, які в дальшому перебігу хвороби можуть привести до синюшності, місцевої асфіксії і, нарешті, гангрени пальців. Часто приступи викликаються охолодженням, якого хворі повинні уникати.

Лікування: ін'єкції пітуїтрину по 1 мл (10—16), всередину— нікотинова кислота 0,05—0,1 на прийом. При прогресуванні хвороби— лікування в стаціонарі.

ВАЗОМОТОРНИЙ НАБРЯК — приступи гострого, обмеженого набряку лиця, пальців, суглобів, зрідка — набряк слизових оболонок носа, гортані (!), стравоходу та ін. Набряк розвивається протягом хвилин або годин. Безболісний. Нерідко поєднується з сверблячкою «кропив'яною висипкою». Захворювання буває зв'язане з автоінтоксикацією при хворобах печінки, шлунково-кишкового тракту. Симптоматичне лікування: внутрішньовенно кальцій-хлорид, всередину димедрол (по 0,05—0,1 до 4 разів на день).

ХІРУРГІЧНІ ХВОРОБИ, ДЕСМУРГІЯ, ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ

АНТИСЕПТИКА Й АСЕПТИКА

Основи антисептики — протигнильного способу лікування ран — заклав до Лістера великий вітчизняний хірург М. І. Пирогов. Він рекомендував змазувати шкіру настойкою йоду, широко використовував для лікування ран антисептичні препарати — азотнокисле срібло, хлорну воду, камфорний спирт, енергійно боровся за створення гігієнічних умов у госпіталях, за ізолювання поранених з тяжкими формами ранової інфекції.

Широке використовування антисептичних препаратів при лікуванні ран, зокрема карболової кислоти, рекомендованої Лістером, привело до позитивних результатів. Проте виявились і негативні наслідки цього способу: недостатня ефективність в ряді випадків, отруєння хворих. Тоді виникла думка про необхідність винайдення інших способів — безгнильних. Народилась асептика. Основу асептики становить створення безмікробних умов під час хірургічної роботи шляхом стерилізації хірургічних інструментів, білизни тощо фізичними методами (висока температура).

Відомі російські хірурги Субботін, Дьяконов та інші переконливо довели, що без асептики ефективна хірургічна робота неможлива. Дьяконов у своїй книжці підкреслив, що не можна протиставити способи антисептики способам асептики. Їх потрібно вміло систематично поєднувати на кожному кроці хірургічної роботи. Саме в цьому напрямі розвивалося в Росії і Радянському Союзі вчення про антисептику й асептику, яке дало блискучі наслідки.

Антисептика й асептика застосовуються: по-перше, для протидіяння збудникам хірургічної інфекції, які вже проникли в рани, по-друге, щоб запобігти зараженню ран, які виникають в умовах побуту, на виробництві, під час війни тощо, та ран, які робить хірург під час операцій.

При операціях і перев'язуваннях заразний фактор (різноманітні мікроорганізми) може бути внесений у рану з допомогою інструментів, перев'язного матеріалу та рук хірурга (контактна інфекція). Дуже небезпечне інфікування ран заразним началом, що міститься в нестерильному шовному матеріалі (нитки, шовк, кетгут — імплантаційна інфекція) Менше, але все ж не мале значення має повітряна інфекція — зараження з допомогою пилу і, особливо, дрібних крапель, які забруднюють повітря під час кашлю, чхання, а також внаслідок голосних розмов.

Основа асептичних заходів полягає передусім у створенні бездоганної чистоти, в суворому додержанні правил гігієни. Механічне часте очищення всіх без винятку предметів хірургічного блока, стін, підлоги, хірургічних інструментів суворо обов'язкове. Воно має передувати вживанню спеціальних способів стерилізації (обеззараження).

Цілком зрозуміло, далі, що весь персонал, який працює в приміщеннях, де робляться операції, перев'язки, повинен якнайсуворіше додержуватися правил особистої гігієни. Чисте тіло, чиста білизна— невід'ємний елемент антисептики й асептики. Всі можливості для цього створено. Крім того, хірург, операційна медична сестра, санітарка не мають морального права працювати в операційній, коли у них виник будь-який гострий інфекційний процес — ангіна, фурункул, карбункул тощо. Зневажливе ставлення до цієї вимоги бувало і може бути причиною зараження рани під час операції, може закінчитися трагічно для хворого (смерть!).

Найважливіший спосіб стерилізації — висока температура: прожарювання, обпалювання, кип'ятіння, пара під тиском. Прожарювати можна лише предметні стекла, скляні палички, шпателі. Інструменти під впливом розжарювання псуються. Обпалювання полум'ям горящого спирту ненадійне, небезпечне. Застосовується воно лише у виняткових випадках — для стерилізації тазів і негайно потрібних інструментів. Спиртові дають горіти 4—5 хвилин. Гаситься полум'я стерильною водою, фізіологічним розчином хлористого натрію.

Кип'ятінню піддають хірургічні інструменти, дренажі, рукавички, щітки, гумові катетери та ін. Застосовується не вода, а 2% розчин натрій-карбонату (Na_2CO_3) або бури, бо в присутності лугів не іржавіють інструменти, швидше розварюються і гинуть спори. Крім того, температура кипіння води підвищується до 104° Ц. Тривалість кип'ятіння — 10—20 хвилин з моменту початку кипіння. Інструменти, які застосовувались під час операції з приводу газової гангрени, гострих гнійно-запальних процесів або які впали під час роботи на підлогу, кип'ятяться протягом 40 хвилин. Не можна користуватися ржавими хірургічними інструментами, бо їх важко стерилізувати.

Шприци, загорнуті в розібраному вигляді у вату, кип'ятяться 10 хвилин у дестильованій воді або фізіологічному розчині без додавання соди. Не забувати обов'язкового правила: необхідно мати окремі шприци та голки для введення з лікувальною метою фармакологічних препаратів, окремі для діагностичних проколів і окремі для місцевого обезболювання. Порушення цього правила призводило і може призвести до тяжких наслідків.

Скальпелі, ножиці в розібраному вигляді, після старанного механічного очищення, необхідно покласти за 1 годину до операції в ректифікований спирт. Скальпелі можна й кип'ятити протягом 1—2 хвилин, поклавши в рамки лезом догори.

Скляні предмети також стерилізуються кип'ятінням. Можна застосовувати і пару під тиском.

Оптичні інструменти (цистоскопи) обеззаражуються розчином ртуть-оксиціаніду 1 : 5000 протягом години або парою формаліну протягом 24 годин. Для цього їх вміщують на сітці в металевий ящик або в скляну банку, на дно яких кладуть таблетки формаліну. Перед застосуванням треба змити рештки формаліну стерильним фізіологічним розчином.

Всі без винятку хірургічні інструменти необхідно після операції старанно очищати від крові в теплому $^1/_2$% розчині нашатирного

спирту або теплій мильній воді, обмивати водопровідною водою і висушувати.

Гумові рукавички стерилізують і в автоклаві під тиском в 1 атмосферу протягом 10—15 хвилин. Перед стерилізацією треба перевірити, чи вони не пошкоджені (проколи), механічно очистити, вимити в теплій воді з милом, висушити, внутрішню поверхню припудрити тальком, загорнути кожну окремо в марльову салфетку.

Пара під тиском — автоклав — застосовується переважно для стерилізації перев'язного матеріалу й операційної білизни. Стерилізація провадиться в автоклаві під тиском вище атмосферного. Тривалість стерилізації залежить від температури пари і тиску в апараті.

Температура	Тиск	Час
100-112°Ц	$^1/_2$ атм.	45 хвилин
120 „	1 „	30 „
134 „	2 „	10—15 „

Для контролювання стерилізації необхідно застосовувати сірку в пробірках або запаяних трубках. Якщо вона стопилась після закінчення стерилізації, то це означає, що температура в автоклаві підвищувалась до 120° Ц. З цією ж метою можна застосовувати антипірин (точка топлення 113° Ц), бензойну кислоту (точка топлення 120° Ц), терпінгідрат (точка топлення 115—117° Ц). Техніка цього способу контролю: в запаяну з одного кінця маленьку трубку з тонкого скла вносять до половини один із названих хімічних препаратів, додають туди ж крупинку, наприклад, фуксину, запаюють другий кінець трубки, нагрівають, поки все, вміщене в трубку, не розтопиться; потім воно має застигнути. Кладуть трубку у вертикальному положенні (контрольна речовина вгорі) між матеріалом, вміщеним в бікс. Якщо температура в тому місці, де знаходиться трубка, досягла точки топлення, то вся трубка буде рівномірно забарвлена, а контрольна речовина застигне на дні трубки. Найкращий контроль стерильності — бактеріологічний. Для лікарень, де є бактеріологічна лабораторія, цей спосіб — обов'язковий. В бікс кладуть пробірку з шовним матеріалом (нитки, шовк), просоченим культурою спороносного мікроба (сінна паличка). Після стерилізації пробірки слід надсилати до бактеріологічної лабораторії для перевірки ефективності стерилізації.

Стерилізація в автоклаві — прекрасний спосіб, якщо точно додержуватися правил користування цим апаратом. Забороняється експлуатація автоклава без повторної перевірки його стану інспекцією нагляду за казанами. Далі, бактерицидне діяння вологого тепла значно зменшується в присутності повітря. Діючою є лише волога пара. Тому необхідно видалити все повітря з автоклава, повторно випускаючи з нього пару. Вигідніше стерилізувати під тиском не більше двох атмосфер.

СТЕРИЛІЗАЦІЯ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ШВІВ

Матеріал для швів обеззаражується механічним, фізичним і хімічним способами.

Шовк. Вимити стерильними (обеззараженими) руками в $^1/_2$% теплому розчині нашатирного спирту або в теплій мильній воді і ви-

сушити між стерильними рушниками. Намотати негусто нитки на продірявлені стерильні скляні котушки, скляні палички або предметні стекла. Обезжирювати в ефірі протягом 12 годин, потім у ректифікованому спирті також 12 годин. Кип'ятити тонкий шовк протягом 5 хвилин, товстий — 10 хвилин в 0,1% розчині сулеми. Зберігати в 96° спирті в банці з притертою пробкою.

Льняні, паперові, капронові нитки стерилізуються так само, як і шовк.

Кетгут. Невеликі мотки занурити на 14 діб у водний люголівський розчин (йод — 1,0, KJ — 2,0, дестильована вода — 100,0), потім перенести на 7 діб в іншу посудину, наповнену свіжим алкогольним люголівським розчином, до якого додано гліцерину (5,0 на 100,0, спосіб Федорова). Зберігати так само, як і шовк.

Кінський волос. Добре вимити гарячою водою з милом, приготувати невеликі мотки, занурити на 24 години в ефір, потім перенести на кілька днів в мильний розчин, який міняти щодня. Кип'ятити в розчині сулеми 1 : 1000 протягом 3 днів по 20 хвилин. Перед операцією кінський волос треба знову прокип'ятити, можна разом з інструментами.

ОБЕЗЗАРАЖУВАННЯ РУК

Тримати руки в чистоті, не доторкатися до інфікованого матеріалу, не перев'язувати гнійні рани без гумових рукавичок. Дослідження прямої кишки, вагіни, ротової порожнини, шкіри коло гнійних ран та при гострих гнійних запальних процесах провадити лише в рукавичках. Садна, подряпини, невеликі рани, виразки, незначні нагнійні процеси на руках дуже небезпечні. Можна заразити рану хворого при операції і перев'язках.

Обеззаражування рук — відповідальна справа. Успіх залежить від старанності обробки їх. Нігті треба низько обрізати. Передпліччя оголити до ліктя.

Способів стерилізації рук є багато. Розкажемо про найважливіші.

1. *Спосіб Спасокукоцького-Кочергіна.* Свіжовиготовлений теплий 0,5% розчин нашатирного спирту наливається у два стерильних тази. Руки миють з допомогою стерильних марльових салфеток протягом 3 хвилин в одному тазику і 3 хвилини у другому. Після цього руки треба старанно висушити стерильним рушником і обробити протягом 5 хвилин спиртом. Кінці пальців змазати настойкою йоду. Раціональніше мити руки в текучому розчині нашатирного спирту.

Нерідко обробка рук за Спасокукоцьким-Кочергіним поєднується з попереднім механічним очищенням їх протягом 5 хвилин з допомогою мила, щіток і теплої води.

2. Можна рекомендувати і звичайний, часто вживаний спосіб: 1) руки мити протягом 10 хвилин милом і теплою текучею водою (змінити дві щітки), 2) обробити протягом 3 хвилин 70% спиртом, 3) обробити протягом 3 хвилин 0,1% розчином сулеми. Підкреслюємо, що кип'ятіння щіток навіть протягом 30—60 хвилин не гарантує їх стерильності. Коло дерев'янки можуть залишитися живі мікроорганізми. Отже, раціонально заміняти щітки стерильними марльовими салфетками розміром 5 × 10 сантиметрів.

Ні один із способів обеззаражування рук не гарантує стерильності. У зв'язку з цим необхідно одягати на оброблені руки стериль-

ні гумові рукавички Без них зовсім неможливо обійтись при гнійних операціях, при перев'язках, при дослідженні рота, заднього проходу, вагіни тощо.

Необхідно систематично — один раз на місяць — контролювати ефективність стерилізації білизни, перев'язочного матеріалу, матеріалів для швів, ефективність обеззаражування рук, запроваджуючи бактеріологічні способи, і результати документувати в спеціальному журналі. Не можна обійтись і без бактеріологічного контролю повітря операційного блока. Додержуючись всіх цих та інших правил, про які говориться в спеціальних книжках, можна бути певним, що вся наша робота виправдає себе. Треба добре пам'ятати, що великий І. П Павлов ставився надзвичайно уважно до способів антисептики й асептики і підкреслював «торжество чистоты» при операціях на тваринах.

ПІДГОТОВКА ХВОРИХ ДО ОПЕРАЦІЇ

Операція — благотворний, надзвичайно відповідальний акт. Кожного хворого необхідно належним чином підготувати до неї. Лікар, медична сестра, санітарка, весь колектив хірургічного відділу повинен пам'ятати істину: «хірургія для хворих, а не хворі для хірургії». Хворий, якому роблять операцію, довіряє своє життя хірургу та його помічникам. Наш обов'язок — виправдати його довір'я.

Вирішенню про необхідність оперування хворого повинно передувати чітке формулювання і документування діагнозу, обгрунтування показань щодо операції, конкретний план обезболювання і способу здійснення операції.

І. П. Павлов говорив, що успіхи хірургії грунтуються «на цілковитому усвідомленні дії»

Усвідомлення дії хірурга повинно починатися з утворення певності у хворого в успішності операції, благополучному закінченні її, із зміцнення віри у видужання. Бадьорий настрій ліквідує тривалі переживання, викликані думками про хворобу, він сприяє швидшому загоюванню ран, нормальному проходженню окисних процесів в організмі, сприятливому перебігові післяопераційного періоду. І. П Павлов вказував, що бажання, думки, почуття, навіть мало усвідомлювані, зумовлюють «постійний фізіологічний порядок в нашому тілі». «З цієї точки зору, — говорив він, — розуміється, наприклад, цілком ясно реальна основа поширеного людського переконання, що невідступний, всепоглинаючий смуток, турбота руйнує тіло, відкриваючи доступ до нього всіляким захворюванням; радість же, роблячи нас чутливими до кожного прояву життя, до кожного враження буття, однаково як до фізичного, так і морального, розвиває, зміцнює тіло».

Підготовку хворого до операції необхідно починати з переконливого слова, яке звучить твердо й упевнено, слова, підкріплюваного переконливими доводами. Слід обговорити з хворим і питання про обезболювання під час операції, розповівши зрозуміло й дохідливо про ті можливості, які в цьому відношенні має в своєму розпорядженні радянська хірургія.

Всі словесні переконування, роз'яснення треба активно підкріплювати запевненням, що під час операції хворий не відчуватиме болю. Неприпустимо все це опорочувати під час операції порадами «потерпи».

В день операції хірург повинен зранку відвідати хворого, пере-

конатися, що до операції все підготовлено. Відкладати призначену операцію без досить грунтовних підстав забороняється. Одним словом, психотерапія підкріплюється перед операцією застосуванням всіх дійових заходів.

Дуже необхідними є заходи, спрямовані на зміцнення функціональної діездатності органів кровообігу, дихання, а головне — печінки, нирок, стан яких вивчається й визначається в доопераційний період.

Величезне значення має усунення напруженого чекання, що виникає у хворого перед операцією. В цьому відношенні сприятливо діє глибокий, спокійний сон, цілком можливий в умовах раціонального лікувально-охоронного режиму. Напередодні операції, увечері, треба призначити 0,3 вероналу або 20 мл мікстури Гращенкова, до складу якої входять:

Chlorali hydrati
Natrii bromati aa 15,0
T-rae Valerianae 20,0
Luminali 0,8
Adonileni 5,0
Aq. destillatae 500,0.

Ці загальні заходи доповнюються іншими, не менш важливими. Перед складними операціями провадиться санація порожнини рота, одноразово або повторно переливається кров. Увечері напередодні операції ставиться клізма. Хворий приймає гігієнічну ванну. Якщо передбачається операція на шлункові, необхідно шлунок вранці, в день операції, промити. Проносне (рицинове масло, пурген) призначається з таким розрахунком, щоб кишки спорожнилися в день, що передує операційному.

При наявності будь-де на тілі гострих гнійно-запальних процесів (фурункул, карбункул) не слід робити так званих планових операцій. Якщо ж показані невідкладні втручання, необхідно з метою профілактики ввести в м'язи не менше 300000 одиниць пеніциліну. Треба звернути увагу на стан шкіри в тому місці, де має бути операція. При наявності розчухів, саден, забруднення шкіри, зв'язаного з професією хворого (вугілля, мінеральні масла тощо), планових операцій не можна робити до оздоровлення шкіри; у невідкладних випадках, після обробки операційного поля, слід прикрити його клеоловою наклейкою і через неї робити розріз.

Без попередньої підготовки можна робити лише найнезначніші амбулаторні операції, при яких немає потреби застосовувати наркоз. В усіх інших випадках, навіть при невідкладних втручаннях, вживаються заходи, спрямовані на те, щоб запобігти рядові небезпек та ускладнень, які можуть виникнути залежно від хвороби і від власне оперативного акту.

ОБЕЗЗАРАЖУВАННЯ ОПЕРАЦІЙНОГО ПОЛЯ. Волосся треба поголити не напередодні, а вранці в день операції. Мила не застосовувати. Досить відволожити шкіру спиртом. Для готування до асептичних операцій необхідно мати окрему гостру бритву.

Поголена і чиста у звичайному розумінні цього слова шкіра перед операцією змазується двічі 10%, а у дітей 5% йодною настойкою.

Недосить чисту шкіру спочатку обезжирюють бензином, ефіром, спиртом.

ЗДІЙСНЕННЯ ОПЕРАЦІЇ. Всі, хто безпосередньо бере участь в операції, працюють у стерильних ковпаках, халатах і стерильних масках. Маска повинна закривати все обличчя, за винятком очей. Дуже бажані полотняні панчохи, які закривають нижні кінцівки вище колін. Наркотизатор також вимиває руки, одягає чистий халат і маску. Ролі учасників операції заздалегідь розподіляються. Керує і розпоряджається під час операції лише хірург, який робить операцію.

Під час операції забороняються будь-які голосні розмови, суперечки. Тиша, спокій, чітка дисципліна — суворо обов'язкові.

ОБЕЗБОЛЮВАННЯ

Всі діагностичні маніпуляції, всі лікувальні втручання, починаючи від підшкірних впорскувань тих чи інших фармакологічних препаратів, треба здійснювати без болів. Болі і досліджування хворого, болі і найменша операція абсолютно несполучні. Вони суперечать основам радянської хірургії, павловської матеріалістичної фізіології.

Для досягнення цілковитої нечутливості у хворого, з допомогою фармакологічних речовин, викликають глибокий сон із втратою притомності, рефлекторної та больової чутливості (наркоз) або тимчасовий перерив провідності чутливих, зокрема больових, нервів, що іннервують ділянку наміченої операції (місцеве обезболювання). Радянські хірурги широко комбінують обидва способи обезболювання. Протиставлення їх неприпустиме. Воно суперечить ідеї хірургічного обезболювання, павловській фізіології. Мало того, сучасний радянський хірург не тільки комбінує наркоз з місцевим обезболюванням, а й використовує під час тієї самої складної операції різні наркотичні препарати.

Наркотичні речовини вводяться із вдихуваним повітрям у легені (інгаляційний наркоз), безпосередньо у вену (внутрішньовенний наркоз), через пряму кишку (прямокишковий наркоз). Після війни в Радянському Союзі часто запроваджується інтратрахеальний наркоз, коли пару ефіру вводять безпосередньо в трахею. Всі названі види наркозу вивчав у першій половині минулого століття, разом з фізіологом Філомафітським, М. І. Пирогов. Пріоритет щодо внутрішньовенного, прямокишкового і інтратрахеального наркозу належить саме Пирогову.

ІНГАЛЯЦІЙНИЙ НАРКОЗ. Для інгаляційного наркозу застосовується ефір, азот-оксид (веселящий газ), інколи газ циклопропан. Від хлороформу радянські хірурги відмовились — він дуже небезпечний.

Перед операцією слід перевірити наркозний столик. На ньому повинні бути: дві маски, капельниця, стерильний шприц, язикотримач, роторозширювач, ниркоподібний тазик, марльові кульки, два-три рушники, ніж, штопор, вазелін; з медикаментів — морфін, адреналін, лобелін, камфора, кофеїн. Бажано мати ефедрин та подушки або балони з киснем і карбонатною кислотою. Марлю на масці для наркотизування перед кожною операцією і після блювання змінювати на чисту. Відкритий флакон ефіру не застосовувати.

В палаті за 30 хвилин до операції хворому вводять під шкіру

1—2 мл 1% розчину морфіну або 2 мл пантопону, або ж 1—2 мл такого складного розчину:

Morphii hydrochlorici 0,25
Scopolamini hydrobromici 0,025
Narcotini hydrochlorici 1,25
Ephedrini hydrochlorici 0,25
Sol. Natrii chlorati 0,75% 100,0

В операційну чи в спеціальне приміщення для наркотизування хворого привозять (привозять, а не приводять!) в супроводі медичної сестри і кладуть на операційний стіл (на стіл для наркотизування). Верхні й нижні кінцівки прив'язують після розумного роз'яснення, для чого це робиться (ненавмисне доторкання до хірурга, який приготувався до операції); наркотизатор ще раз перевіряє, чи немає у хворого в роті зубних протезів. Пам'ятаймо, що не можна класти руку хворого на край столу (параліч променевого нерва) і закидати її вгору (параліч плечового сплетення). Лице хворого слід змазати вазеліном, очі захистити стерильним рушником. Обов'язково треба попередити хворого про початок наркозу. У всі фази наркозу (аналгезія, збудження, хірургічна фаза, коли дозволяється оперувати, прокидання) треба пильно і безперервно стежити за кров'яним тиском, пульсом, диханням, кольором лиця і зіницями, не відвертаючи ні на хвилину уваги від хворого (юридична й моральна відповідальність!). Наркотизування треба проводити рівномірно. У випадку будь-яких сумнівів слід звернутися за порадою до хірурга, який оперує хворого. Обов'язково стежити, щоб краплі ефіру не попали в око хворого, не доторкатися пальцями до рогівки при перевірці рефлексу з неї (можливий кератит).

Хворий починає засинати. Можуть виникнути ускладнення. На першому місці треба поставити порушення дихання, спинення його. Воно залежить від западання язика, закупорки дихальних шляхів (кров, блювотні маси, сторонні тіла), від спазми голосових зв'язок. У фазі збудження, асфіксія може настати в зв'язку з передозуванням ефіру (неуважний наркотизатор!). Хто вміло наркотизує, той зуміє і запобігти цим ускладненням, і надійно боротися з ними. Треба знати, що дихання при бездоганному наркотизуванні безшумне. Хрипіння — сигнал небезпеки!

Коли починається западання язика, треба висунути вперед нижню щелепу, але ні в якому разі не відтискати її вниз. При цьому великими пальцями слід спиратися не на верхню щелепу, а на лоб. Вказівним і середнім пальцями не здавлювати шиї. Якщо дихання спинилось, необхідно без метушні, але швидко, припинити наркотизування, розкрити рот роторозширювачем, витерти глотку кулькою марлі, міцно захопленою корнцангом, витягти язик язикотримачем або провести через верхівку язика по середній лінії лігатуру, застосувати ритмічне потягування язика, перейти до штучного дихання за способом Сільвестра. Крім того, слід застосувати вуглекислоту: катетер, сполучений з подушкою, ввести в ніс на глибину 5—6 см на 2—3 хвилини; впорснути у вену 1 мл 1% розчину лобеліну. Після своєчасного і вмілого застосування цих засобів спинення дихання від западання язика обов'язково минає.

Коли хворий стає дуже блідий, коли відмічаються слабкий пульс, широкі зіниці, — треба зосередити увагу на серці і припинити наркоз: загрожує так звана біла асфіксія. Під шкіру слід ввести камфору, лобелін, ефедрин, кофеїн. Зробити переливання крові, масаж серця через грудну клітку, почати штучне дихання.

Небезпечне і блювання. Воно буває в першій і другій фазі наркозу. Крім того, в хірургічній фазі вміст із непромитого перед операцією шлунка, наприклад, при непрохідності кишок, може вилитися в глотку і звідти попасти в дихальні шляхи. Якщо появляються блювотні рухи, треба посилити поступово (не ривками) наркоз. Коли ж блювання почалось, треба повернути голову хворого в бік, протилежний місцю операції, потім, після припинення блювання, розкрити рот, витягти язик, витерти глотку, продовжувати наркоз.

Спазм гортані — тривожне явище. Хворий раптом перестає дихати. Він судорожно силкується вдихнути повітря, але безрезультатно. Швидко розвивається ціаноз, стан хворого стає загрозливим. Хто не розгубиться, той врятує хворого. Треба пильно стежити за появою вдиху, негайно почати штучне дихання, впорснути під шкіру лобелін.

Під час наркозу можливі й порушення діяльності серця, навіть спинення його (синкопе). Лікар може спробувати ввести в нього 1 мл адреналіну 1 : 1000.3 самого початку наркозу трапляється, правда, дуже рідко, загрозливе ускладнення з боку серця — мерехтіння його. Пульс зникає, але тони серця вислухуються. Боротися з цим, на щастя рідким, ускладненням важко. Воно може минути після посилення наркозу, інгаляції кисню, повільного введення в вену 5—10 мл 1% розчину новокаїну (4 мл на хвилину). Нарешті, необхідно пам'ятати про рефлекторне (подразнення блукаючого нерва) спинення серця після першого вдихання наркотичної речовини і про те рефлекторне спинення, яке може настати, коли хворий ще не спить, а вже починають операцію.

ВНУТРІШНЬОВЕННИЙ НАРКОЗ. Внутрішньовенний наркоз запроваджується в основному при нетривалих операціях або як ввідний наркоз (сполучення з наркотизуванням іншими препаратами). Широко застосовується вітчизняний гексенал та тіопентал-натрій — похідні барбітурової кислоти. Хворому вводять під шкіру 2 мл 2% пантопону або 1,5 мл 1% морфіну. Розкривають ампулу, яка містить 1.0 гексеналу, і розчиняють вміст її в 10 мл фізіологічного розчину. Розчин набирають в шприц і вводять у вену: перша і друга хвилини — по 1 мл, третя, четверта, п'ята і шоста — по 2 мл. Ні швидше, ні повільніше вводити не можна. Треба пильно стежити за диханням. При найменших розладах дихання негайно застосувати лобелін, коразамін, кофеїн, штучне дихання, карбонатну кислоту. Якщо після наркозу настало збудження — знову треба ввести пантопон під шкіру. Не можна використовувати гексенал при хворобах печінки та гнійно-запальних процесах на шиї, в глотці. Про техніку тіопенталового наркозу — дивитися в спеціальних книжках.

ПРЯМОКИШКОВИЙ НАРКОЗ. М. І. Пирогов перший у світі запропонував наркотизування ефіром через пряму кишку (1847 рік). Російські й радянські хірурги здійснювали з задовільними наслідками цей спосіб наркозу введенням в названу кишку і пари ефіру, і ефіру з опієм. Тепер ефірний прямокишковий наркоз використовується рідко. Проте для ввідного наркозу слід вводити в пряму кишку гексенал (50 мл 2% розчину), нарколан-авертин (0,1 на один кілограм ваги хворого).

НАРКОЗ ОГЛУШЕННЯМ. Цей особливий вид інгаляційного наркозу запроваджується для здійснення невеликих, короткочасних операцій, бо аналгезія (втрата больової чутливості) триває при ньому лише 2—3 хвилини. У фазі оглушення, сп'яніння випадає функція центрального (мозкового) кінця аналізатора щодо подразників, які викликають болі; захисні рефлекси зберігаються. Хворий відчуває доторкання до шкіри, може навіть стогнати під час операції, але, прокинувшись, із здивуванням пересвідчується, що операція вже відбулась.

Аналгезія оглушенням досягається вдиханням ефіру, інколи хлоретилу. Техніка ефірного оглушення така. Хворого попереджають, що він буде відчувати доторкання до шкіри, натискування, і рекомендують йому спокійно глибоко дихати. Дають йому спочатку понюхати ефір, накладають маску на обличчя, вичікують 1—2 хвилини, капають на маску по одній краплі ефіру відповідно до кожної окремої фази вдихання. Переконавшись, що хворий переносить ефірування без кашлю, без різких захисних реакцій, починають швидко капати ефір. Пересвідчившись, що при доторканні до шкіри хворий не відрізняє гострого від тупого, що він іноді і тупе доторкання оцінює як гостре, хірург якнайшвидше робить операцію. Якщо аналгезія оглушенням не вдалася, неодмінно треба перейти до типового наркотизування.

Найкращий наркоз — **комбінований наркоз**: 1) комбінування наркотичних препаратів, які вводять в організм інгаляційним способом; 2) введення наркотичних препаратів через дихальні шляхи і під шкіру, в м'язи, в пряму кишку, в черевну порожнину; 3) здійснення знечулення наркотизуванням і запровадженням місцево діючих анестезуючих речовин.

Отже, можливі такі конкретні способи хірургічного обезболювання:

1) хлор-етил + ефір або ефір + кисень (ефірно-кисневий наркоз здійснюється з допомогою спеціальних апаратів);

2) гексенал або тіопентан-натрій + ефір або ефір + кисень;

3) місцева анестезія + барбітурати;

4) веселящий газ (закис азоту) + ефір або ефір + кисень;

5) нарколан або гексенал в пряму кишку + закис азоту;

6) ефір + гексенал в черевну порожнину + регіонарне обезболювання.

Питання про наркоз слід розв'язувати в кожному конкретному випадку окремо, залежно від хвороби, з приводу якої запроваджується операція, від індивідуальних властивостей хворого та інших факторів.

МІСЦЕВЕ ОБЕЗБОЛЮВАННЯ. Місцеве обезболювання досягається охолодженням тканин, змазуванням слизових оболонок розчином кокаїну, впорскуваннями розчинів анестезуючих препаратів в тканини, коло нервів, в нерви, нарешті, введенням цих препаратів в субарахноїдальну порожнину спинного мозку. При цих способах обезболювання болі не відчуваються внаслідок тимчасового припинення провідності нервів, причому свідомість зберігається.

В сучасній хірургії для місцевої анестезії використовують анестезуючі препарати — кокаїн, новокаїн, совкаїн, дикаїн. Треба сказати, що ідея запровадження для місцевого обезболювання алкалоїду кокаїну належить російському лікарю Анрепу, а не німецькому офтальмологу Келлеру. Анреп за 4 роки до Келлера (1880) написав

працю, в якій говорив про властивість новокаїну паралізувати закінчення чутливих нервів, а в 1884 році висловив конкретну думку про можливість обезболювання кокаїном під час операцій. Після Анрепа російські і радянські хірурги створили теоретичні основи і удосконалили техніку місцевого обезболювання. Тепер воно широко запроваджується при найрізноманітніших операціях.

Не спиняючись на обезболюванні змазуванням слизових оболонок розчином кокаїну (офтальмологія, оториноларингологія), бо про це говориться у відповідних розділах цієї книжки, ми стисло розповімо про обезболювання охолодженням та фармакологічними препаратами.

Охолодження тканин хлор-етилом, рідше ефіром, запроваджується звичайно при малих операціях. Шкіру навколо наміченого розрізу треба змазати вазеліном. Операційне поле обробити не йодною настойкою, а спиртом або ефіром

Для охолодження операційного поля ефіром використовується розпилювач з подвійним балоном для нагнітання повітря. Шкіра спочатку червоніє, потім біліє. Температура знижується, утворюється сніг, втрачається чутливість — спочатку больова, потім температурна і тактильна. Тоді можна робити розріз. Не слід запроваджувати швидкого охолоджування, бо перед зникненням больової чутливості бувають неприємні, інколи досить сильні, парестезії, почуття паління.

ІНФІЛЬТРАЦІЙНЕ ОБЕЗБОЛЮВАННЯ. При цьому способі обезболювання тканини в ділянці операційного поля інфільтруються 0,25—0,5% розчином новокаїну або 0,1‰—0,15‰! розчином совкаїну закінчення і стовбури чутливих нервів. Інфільтрація операційного поля при простих операціях (розріз підшкірного абсцеса) здійснюється введенням анестезуючого розчину тільки в шкіру. Вколовши під гострим кутом під епідерміс тонку гостру голку, впорскують невелику кількість розчину, поки не утвориться біле жовно. Больова чутливість в цьому місці зника... Одним уколом можна далі інфільтрувати шкіру по лінії всього розрізу.

Якщо потрібно інфільтрувати і підшкірну клітковину, то через нечутливе жовно вводиться анестезуючий розчин і під шкіру.

Глибокі тканини по лінії вузької смуги інфільтруються уколами з двох нечутливих жовен, що утворюються на крайніх точках майбутнього розрізу, причому обидва перші депо анестезуючого розчину відкладаються при вертикальному щодо поверхні шкіри положенні голки. Дальша інфільтрація глибоких тканин здійснюється так, що при введенні анестезуючого розчину голка проходить в глибину під все більш гострим кутом, відкритим назовні.

Більш-менш велике операційне поле обезболюється для припинення провідності чутливих нервів інфільтрацією тканин по периферії, з бічних сторін. Границі операційного поля намічаються введенням анестезуючого розчину в шкіру в чотирьох місцях; з'єднуючи ці місця по поверхні, матимемо фігуру ромба. Після обезболювання шкіри по сторонах ромба глибокі тканини інфільтруються з таким розрахунком, щоб обезболена ділянка мала форму піраміди з вершиною на відповідній глибині.

Можлива і здійснюється поперечна інфільтрація всіх тканин кінцівки при ампутаціях.

Відомий радянський хірург О. В. Вишневський запропонував робити інфільтраційне обезболювання *методом повзучих інфільтратів*. Для цього використовують такий розчин;

хлористого натрію	5,0
хлористого калію	0,075
хлористого кальцію	0,125
новокаїну	2,5
розчину адреналіну 1 : 1000	2,0
дестильованої води	1000,0

Вишневський докладно описав способи запроваджування обезболювання повзучим інфільтратом при різноманітних операціях, зокрема на органах черевної порожнини. Інфільтрування шар за шаром тканин в ділянці операційного поля з послідовним розрізуванням їх дає справді можливість широко запроваджувати цей спосіб.

Велике значення має провідникове обезболювання, коли анестезуючі розчини вводяться в нерви або, частіше, в тканини, які їх оточують (периневрально). Хоч цей спосіб складніший, ніж інфільтраційне обезболювання, проте він широко запроваджується, особливо в комбінації з останнім, при операціях на шлунку (анестезія черевних нервів), на верхній кінцівці (плечове сплетення).

СПИННОМОЗКОВЕ ОБЕЗБОЛЮВАННЯ. Суть цього способу полягає в тому, що розчин анестезуючих препаратів вводять в субарахноїдальну порожнину спинного мозку. Настає перерив провідності нервів так званого кінського хвоста (cauda equina) та найближчих до нього корінців спинного мозку, і чутливість нижньої половини тіла втрачається. Для спинномозкового обезболювання використовують 5% розчин новокаїну в дозі 1,5 мл або 1% розчин совкаїну в дозі 0,3—0,5 мл. За 15—30 хвилин перед тим впорскують під шкіру або в вену 1—2 мл 5% розчину ефедрину. Голка вводиться в субарахноїдальну порожнину звичайно між III і IV або між IV і V поперековими хребцями, щоб не пошкодити спинного мозку, який закінчується на рівні II поперекового хребця. Укол роблять трохи вище остистого відростка IV поперекового хребця. Верхівка цього відростка лежить на пересіченні лінії остистих відростків з лінією, яка в поперечному напрямі з'єднує найвищі точки гребенів клубових кісток. Голку вводять точно по середній лінії. Вона проходить шкіру, фасцію, натикається на зв'язки між остистими відростками, проходить жовту зв'язку між дужками хребців, натрапляє на тверду мозкову оболонку. Після проколу цієї оболонки і листка павутинної оболонки витікає спинномозкова рідина. Якщо до неї домішана кров (пошкодження судин), прокол переносять вище.

КРОВОТЕЧА (HAEMORRHAGIA)

Механічні пошкодження серця, кровоносних судин, роз'їдання судинної стінки (узура), інколи розрив судин при гіпертонічній хворобі ведуть до витікання крові із замкнутої системи. Зв'язана з кровотечами небезпека і необхідність уміти з ними боротися — цілком очевидні.

Кровотечі поділяють на зовнішні і внутрішні. Зовнішня кровотеча характеризується витіканням крові назовні. При внутрішніх кровотечах кров виливається або в міжтканинні простори, або в порожнини тіла. Якщо кров виливається з порожнин, які сполучаються із зовнішнім середовищем (шлунок, кишки, матка, сечові органи, дихальні шляхи), то внутрішня кровотеча стає явною.

Кров може витікати або з артерій, або з вен, або з капілярів, або з паренхіми органів. Залежно від джерела, кровотечі відрізняють артеріальні, венозні, капілярні, паренхіматозні.

Треба, крім того, відрізняти первинні і вторинні кровотечі. Перші настають зразу після заподіяння пошкодження. Другі — або протягом першого—другого дня (ранні вторинні кровотечі), або пізніше (пізні вторинні кровотечі). До вторинних кровотеч спричиняються: недосить правильне перев'язування судин під час операцій, вихід тромба з пошкоджених судин після самовільного спинення кровотечі в зв'язку з вторинною травмою, незадовільна іммобілізація пораненої кінцівки, пролежні стінок судин залежно від натискування уламків кісток, дренажів тощо. Найважливіша причина пізніх вторинних кровотеч — *інфікування ран,* коли настає гнійний, гнійно-гнильний розпад тромба, змертвіння кінця перев'язаної судини.

СПИНЕННЯ КРОВОТЕЧІ. В порядку негайної допомоги для попереднього спинення кровотечі вживаються спочатку тимчасові заходи, які дають можливість транспортувати хворого в лікарню.

Для попереднього спинення кровотечі із судин кінцівки треба для зменшення кров'яного тиску підняти поранену кінцівку (підвісити, підкласти ковдру, подушку, підняти кінець ліжка).

Підвищене положення верхньої або нижньої кінцівки з наступним накладанням на рану притискувальної пов'язки успішно застосовується при венозних кровотечах (поранення, розрив варикозно розширених вен), а також при капілярних і незначних артеріальних кровотечах.

Притиснення кровоточного місця роблять так; шкіру змазують йодною настойкою. Рану вкривають стерильною марлею (можна свіжовигладженою носовою хусточкою, салфеткою, рушником і т. п.). Притискають кровотечні судини. Якщо кровотеча припинилась, слід накласти тугу притискувальну пов'язку. В противному разі негайно застосовується джгут. Необхідно перевіряти стан туго забинтованої кінцівки, пам'ятаючи про можливість змертвіння, контрактури залежно від ішемії. Якщо пальці побіліли, стали холодними, мало чутливими — розслабити трохи бинт. Не можна вводити в рану нестерильний матеріал, за винятком смертельно небезпечних кровотеч.

Притиснення артерії на протязі застосовується в будь-якій обстановці. Результати залежать від місця пошкодження тієї або іншої артерії, від її калібру і від уміння застосувати цей спосіб. Артерії притискуються: 1) загальна сонна — до поперечного відростка шостого шийного хребця наперед від переднього краю грудинно-ключично-соскового м'яза; 2) підключична — до першого ребра; відтягування верхньої кінцівки назад і вниз, щоб стиснути артерію між першим ребром і ключицею; 3) плечова — до плечової кістки; 4) стегнова — до горизонтальної гілки лобкової кістки; 5) вискова — до кісток черепа попереду козелка вуха; 6) потилична — до сосковидного відростка; 7) зовнішня щелепна — до нижньої щелепи. Притиснення артерій не забезпечує можливості надійно спинити кровотечу, бо воно, по-перше, вимагає чималої сили від того, хто допомагає хворому, по-друге, супроводиться сильними болями. При венозних кровотечах кінцівки притискувати треба периферичний кінець вени.

Перетягання кінцівки джгутом. Застосовуючи цей спосіб тимчасового спинення кровотечі, неодмінно треба додержуватись таких правил:

а) джгут накладати вище рани, але ближче до неї;

б) передусім обгорнути кінцівку марлею, хусткою, салфеткою;

в) затягати сильно, але не надмірно, до спинення кровотечі;

г) коли рана локалізована в ділянці променевозап'ясткового суглоба, слід перетягти передпліччя у верхній третині. При пораненні верхньої третини передпліччя або коло ліктьового суглоба — перетягти плече в середній або верхній третині: при пораненні в ділянці верхньої третини плеча джгут накладають біля тулуба і закріплюють його ременем (скрученими бинтами, вірьовкою), що затягає джгут і йде навколо грудей через протилежну пахву. При пораненні нижньої третини стегна, коліна або середньої третини голінки джгут накладають на верхню половину стегна; коли рана міститься в нижній третині голінки або в ділянці надп'ятково-гомілкового суглоба, джгут накладають на верхню третину голінки; при пораненні в ділянці верхньої третини стегна джгут накладають поблизу тулуба і закріплюють через надпліччя протилежної сторони;

д) залишати джгут на кінцівці можна не більше як 1,5—2 години, бо може настати так звана ішемічна контрактура кінцівки і навіть гангрена кінцівки. Особливо небезпечне накладання джгута на плече в зв'язку з можливістю виникнення паралічу променевого нерва. Якщо зняти джгут не можна і потрібне тривале перетягнення кінцівки, необхідно на кілька хвилин зменшити стиснення, притискуючи в цей час артерію пальцем, а потім знову затягти;

е)зробити письмову помітку про час накладання джгута;

є) у холодну пору кінцівку тепло укутати.

Замість джгута в разі потреби можна використати будь-який підручний матеріал: косинку, ремінь, підтяжку, пояс та ін., пам'ятаючи, що він не повинен врізуватися в тіло і має бути досить міцним. Щоб посилити стиснення кінцівки, можна підвести під цей імпровізований джгут кусок палиці, обертанням якої можна стиснути тканини сильніше.

Хворого з джгутом негайно відправити в лікарню, де здійснюється остаточне спинення кровотечі: перев'язування судин, судинний шов, зокрема апаратом Гудова.

Боротьба з крововтратою. Значна крововтрата веде до гострого недокрів'я. Опірність організму до втрати крові залежить від багатьох умов. Новонароджені іноді гинуть після втрати 5—10 мл крові. Жінки і здорові міцні чоловіки віком від 20 до 40 років більш стійкі. Втрата третини всієї крові дуже небезпечна, втрата 50% — смертельна.

Щоб запобігти необоротним порушенням живлення мозку та нервових вузлів серця, при великих кровотечах слід вживати, здійснюючи першу допомогу, таких заходів:

1) опустити голову, надати підвищеного положення тулубові та кінцівкам і обов'язково забинтувати останні (непошкоджені), починаючи з пальців. Про цей простий спосіб (самопереливання крові) ніколи не треба забувати. Ефективність його безсумнівна;

2) напоїти хворого міцним теплим солодким чаєм з вином;

3) ввести під шкіру або в м'яз, що краще, або, нарешті, у вену 500—1000 мл фізіологічного розчину;

4) найкращий спосіб боротьби з гострою анемією — переливання крові (див. стор. 217).

ТРАВМАТИЗМ

Механічна, термічна, хімічна й електрична енергія заподіюють різноманітні пошкодження людського тіла. Вони можуть виникати: у побуті, на виробництві, в сільському господарстві, в умовах транспорту, на війні.

МЕХАНІЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ. Якщо зовнішні сили порушують структурну неперервність шкіри або слизової оболонки, то виникає рана.

Наявність рани покривів — невід'ємна ознака пошкоджень, які називаються відкритими.

Якщо зовнішнє насильство пошкоджує тканини або органи, що лежать під покривами, але не порушує неперервності останніх, то настає закрите пошкодження. Поділ пошкоджень на відкриті і закриті мотивується тим, що при перших, як правило, в рани проникають мікроорганізми, а це зв'язано з серйозними небезпеками, з ускладненнями (інфікування організму).

Класифікація рани. Пошкодження тільки покривів називається простою раною. Одночасне пошкодження і покривів і розміщених під ними тканин (м'язи, кістки, нерви, великі судини) позначається поняттям — складна рана.

Рана може проникати у замкнуті порожнини людського тіла: черевну, плевральну, суглобові, під тверду мозкову оболонку. Такі рани називають проникаючими.

Якщо на рану, спричинену механічною енергією, одночасно діють також інші шкідливості — висока температура, отруйні речовини, — то ми говоримо про ускладнену рану.

Деталізована класифікація ран відображена в таких їх назвах: 1) різана рана; 2) рубана рана; 3) колота рана; 4) забита рана; 5) розміжчена рана; 6) рвана рана; 7) укушена рана.

В особливу рубрику виділяються рани вогнепальні.

Прямі, безпосередні місцеві наслідки поранення, типові для рани ознаки є — зяяння, кровотеча та біль. Розходження країв рани залежить від анатомо-фізіологічних властивостей поранених тканин, від властивостей рани та знаряддя, від діяння якого виникло поранення. Зяяння шкіри зумовлюється перерізуванням еластичних та мускульних волокон, зв'язаних із шкірою. Значні поранення, які супроводяться руйнуванням тканин, пошкодженням внутрішніх органів, викликають загальну реакцію організму у вигляді травматичного шоку, спричиняються до сильних кровотеч, інфекційних процесів тощо.

Загоювання ран — дуже складний процес, який рефлекторно регулюється нервовою системою. Перебіг і закінчення цього процесу визначається віком пораненого, властивостями рани і способами лікування її. Треба відрізняти два види загоювання ран: первинний натяг і вторинний натяг.

Для загоювання первинним натягом необхідні такі умови: а) стикання життєздатних країв рани, б) асептичний стан її, в) відсутність порожнини і кровотечі. Інфікована рана, як правило, загоюється вторинним натягом. Загоювання вторинним натягом аж ніяк не завжди залежить від інфікування.

В основі загоювання ран як первинним, так і вторинним натягом лежить утворення молодої тканини, що має назву грануляційної. При первинному загоюванні грануляційної тканини між свіжими

краями рани утворюється значно менше, ніж при вторинному загоюванні зяючої або інфікованої рани. У зв'язку з цим повне зростання країв асептичної рани відбувається протягом 5—8 днів. Вторинне загоювання триває доти, поки молода грануляційна тканина не перетвориться у сполучну тканину, що вкривається шкірним епітелієм.

Інфікування ран. Мікроби проникають у рану, по-перше, з ранячим тілом (при вогнепальних пораненнях з ранячим снарядом) — первинна інфекція. Згодом, до подання допомоги, з шкіри, з одягу, із землі вносяться додатково інфекційні збудники — вторинна інфекція. Можливе, нарешті, третинне інфікування у більш пізні періоди — через нестерильний матеріал, інструменти, руки, якщо при лікуванні порушуються правила антисептики й асептики.

У перші години мікроорганізми перебувають на поверхні рани і коло сторонніх тіл. У глибших шарах рани їх ще немає. Минає 6—8 і більше годин. Бактерії розмножуються. Із спор виростають зрілі форми. Вони починають проникати через лімфатичні щілини, а також венами у глибокі шари рани. Забруднена бактеріями рана інфікувалась. Особливо небезпечне для життя інфікування організму анаеробами, як-от бацили стовбняка, збудники газової гангрени.

Ранова інфекція веде до запалення — дуже складного біологічного процесу, в якому відбуваються явища мобілізації захисних властивостей організму, що реагують на живі подразники (мікроорганізми).

Всі явища запалення — болі, набряк, гіперемія, інфільтрація тканин, порушення функцій, поява серозногнійного і потім гнійного ексудату, а також фагоцитоз, вироблення протитіл, підвищення температури — регулюються центральною нервовою системою, умовними і безумовними рефлексами.

Лікування ран. Рана, заподіяна хірургом під час асептичної операції, зашивається і захищається бинтовою пов'язкою або наклейкою. Невеликі рани лиця закривати пов'язкою не слід.

Для лікування ран, заподіяних зовнішніми силами, а не доцільними діями лікаря, застосовуються способи, спрямовані на запобігання і подолання інфекції, на найскоріше та найкраще загоювання рани. Отже, здійснюючи допомогу при свіжих, недавно виниклих ранах (1—8, іноді більше годин після травми), необхідно в першу чергу вжити заходів, спрямованих на спинення кровотечі, якщо кровотеча триває, — та на запобігання інфекції, на боротьбу з травматичним шоком. Якщо вже виникли ознаки інфікування рани, зараження організму мікробами, слід крім того, зосередити увагу на подоланні інфекційних процесів у рані і зв'язаних з ними наслідків.

Небезпечність інфікування ран диктує необхідність здійснення способів запобігання навіть попаданню в рану мікроорганізмів в момент діяння травми на організм. Чиста шкіра, особливо кисті і пальців, захист останніх при роботі відповідно до професії (ті чи інші рукавички або приладдя, старанне обмивання рук до і після роботи) — все це неважко здійснювати в наших радянських умовах при виконанні різноманітних трудових процесів.

Щоб запобігти вторинному інфікуванню, на рану, після змазування шкіри йодом, накладається на місці виникнення травми перша пов'язка індивідуальним стерильним пакетом без будь-яких маніпуляцій над раною. В крайньому разі можна захистити рану чистою *свіжовигладженою* носовою хусточкою або рушником. При незнач-

них пораненнях слід закривати рану заздалегідь заготовленими в конвертах липкопластирними пов'язками.

В умовах медичної обстановки подається долікарська або кваліфікована лікарська допомога.

Найкращий спосіб запобігти прищепленню мікроорганізмів, які внесені в рану, і розвиткові інфекційного процесу — первинна хірургічна обробка рани. Ця операція, залежно від властивостей поранення, може бути легкою, важкою і навіть дуже складною. Це зобов'язує здійснювати хірургічну обробку більшості складних, всіх проникаючих та ускладнених ран в хірургічному відділі лікарні.

На фельдшерському пункті, в порядку амбулаторної допомоги, теж можна і потрібно здійснювати профілактичні й лікувальні, дуже важливі, заходи. В першу чергу необхідно впорснути протистовбнякову сироватку — 1500—3000 антитоксичних одиниць. При складних рвано-забитих, розміжчених ранах, при найменших відкритих пошкодженнях, які сталися на конюшні, при колотих ранах (ржавий дріт, цвях), при пораненнях з застряванням сторонніх тіл (скалки дерева, уламки ржавого дроту тощо), особливо коли вони локалізуються на ступні, необхідне повторне впорскування цієї сироватки на 7—8-й день. Прості рани можна піддати первинній хірургічній обробці, додержуючись таких правил: хворого треба покласти на перев'язочний стіл; якщо рана була вже перев'язана, первинна пов'язка знімається; рана закривається кулькою стерильної марлі, змоченою фізіологічним розчином натрій-хлориду і захопленою корнцангом. Шкіру навколо рани очищають від крові $^1/_2$% розчином нашатирного спирту або розчином 1 : 2000 натрій-гідроксиду, потім обробляють бензином, спиртом, смазують йодом. Волосся треба поголити, а на голові спочатку вистригти; при голінні не слід застосовувати мило, користуються спиртом; операційне поле ізолюється від навколишньої шкіри стерильним матеріалом. Після місцевого обезболювання $^1/_2$% розчином новокаїну або цим же розчином з додаванням до нього пеніциліну (25 000 одиниць на 100 мл розчину — інфільтраційна анестезія) розкривають рану. Користуючись гачками, відсікають гострим скальпелем краї шкіри та обривки розміжчених тканин, розкривають «кишені», спиняють кровотечу; видаляють сторонні тіла, що лежать тут же (земля, солома, дерево, волосся тощо), і, нарешті, промивають рану теплим фізіологічним розчином.

Якщо була добре оброблена свіжа різана або рубана проста або неглибока і невелика складна рана, якщо операцію зроблено добре, якщо, нарешті, хворий лишається під безперервним наглядом, — можна зашити рану.

Поранення й рани дуже різноманітні. Різноманітні й дедалі поводження при них. Садна, екскоріації, невеликі шкірні рани добре загоюються під наклейкою без всякої обробки. При ранах на голові, в ділянці живота, грудей, суглобів необхідно відправляти хворих до лікарні, тільки до лікарні. Така ж тактика обов'язкова і при більш-менш значних пораненнях пальців верхньої кінцівки, ступні.

ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК. Великі порушення цілості тканин та органів, виниклі під впливом фізичних агентів (поранення, закриті пошкодження, опіки), нерідко спричиняють тяжкі розлади всіх функцій організму. Вони — ці розлади — відбиваються в особливому хворобливому стані, що називається шоком. Найголовніші безпосередні причини шоку — надмірні подразнення центральної нервової системи і значна крововтрата.

Шок настає або зразу ж після нанесення пошкодження (первинний—еректильний—шок), або розвивається поволі протягом 1—6 годин (вторинний—торпідний—шок). Виникненню шоку сприяють сильні болі, охолодження, перегрівання тіла, незадовільна іммобілізація при переломах, нервово-психічні пригнічення та ін.

Найнебезпечніші у цьому відношенні вогнепальні поранення.

Механізм розвинення шокового стану можна зрозуміти, способи запобігання і лікування його можна здійснити тільки в світлі досягнень російських та радянських учених, в світлі павловської фізіології

Всі органи, тканини зв'язані з центральною нервовою системою численними доцентровими (аферентними) нервами. Всі без винятку подразнення цих нервів адресуються до центральної нервової системи, зокрема і обов'язково до кори головного мозку. Надмірно патологічні подразнення (а вони, як правило, діють на організм при травмі), численні імпульси з місць пошкодження падають на головний мозок і швидко виснажують кору його. Цьому небезпечному явищу протидіє гальмівний захисний процес. В зв'язку з гальмуванням кори головного мозку порушується регуляція корою відділів мозку, які лежать нижче («підкорка»). Це веде до дезорганізації фізіологічних функцій організму, яка виявляється в порушенні кровообігу, в зменшенні маси циркулюючої крові, в недостатності окисних процесів, в депонуванні крові і т. ін. В окремих випадках дуже сильні подразнення доцентрових нервів в такій мірі збуджують кору головного мозку, що змивають, як висловлювався І. П. Павлов, процес гальмування. Настає небезпечне виснаження нервової системи, яке може закінчитися смертю хворого. Це є первинний або еректильний шок.

Вторинний, або торпідний, шок надзвичайно яскраво, гранично ясно описав М. І. Пирогов. Характерні для нього порушення функцій пояснюються в світлі вчення І. П. Павлова про гальмівні процеси в головному мозку.

Для торпідного шоку характерні глибокі порушення кровообігу. Шкіра блідопопелястого кольору, вкрита холодним потом. Пульс прискорений і малий, температура нижче нормальної. Кров'яний тиск різко знижується. Хворий різко пригнічений. Свідомість збережена. Якщо не подається допомога, стан хворого дедалі гіршає, і він гине.

Перша допомога при травматичному шоку полягає в спиненні кровотечі, в заспокоєнні болів, зогріванні тіла, зменшуванні спраги, в бездоганній іммобілізації при переломах, в швидкому поданні хірургічної допомоги.

Для перериву провідності нервів, які йдуть від місця пошкодження, запроваджується впорскування новокаїну (новокаїновий блок): між уламками зломленої кістки кінцівок, зокрема нижніх, в м'язи вище місця перелому, коло симпатичного і блукаючого нервів на шії при пораненнях грудей. Проти шкідливого діяння больових подразників вводиться під шкіру або в вену 5—10 мл 10% розчину новокаїну (1 мл за одну хвилину). Хворому дають пити міцний солодкий гарячий чай з вином, вино, горілку. Тіло зогрівають грілками (не перегрівати!).

Надійна боротьба з шоком можлива тільки в лікарні, де запроваджують перелічені засоби і, крім того, застосовують переливання крові для підвищення кров'яного тиску, вдихання кисню для нор-

малізації порушеного обміну речовин, снотворні мікстури з метою створення лікувального гальмування у відповідності з павловською фізіологією, броміди через рот та в вену, глюкозу з аскорбіновою кислотою у вену.

ТЕРМІЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ. ОПІКІ. (COMBUSTIO). Полум'я, нагріті тверді, рідкі і газоподібні фізичні тіла, сонячне світло пошкоджують шкіру і підлеглі тканини на різну глибину.

Можливі три ступені опіку: опік першого, опік другого і опік третього ступеня. Вони часто комбінуються.

Для опіку першого ступеня характерні: пекучі болі, інтенсивна рівномірна гіперемія і незначний набряк шкіри — утворення запального асептичного ексудату через 2—3 дні; при опіках сонячним промінням помічаються посилене злущування і порожевіння поверхневих шарів епідермісу. При опіку другого ступеня роговий шар епідермісу мертвіє, відшаровується від росткового ескудатом. В результаті в товщі епітеліального покриву шкіри утворюються пухирі. Опік третього ступеня являє собою некроз тканин, що поширюється на різну глибину за межі епітелію шкіри.

Реагування всього організму, як єдиного цілого, на опікову травму залежить в основному від розміру поверхні ураження. Симптоми хвороботворного стану, явні порушення функцій у дітей виникають, якщо опік займає 10% поверхні тіла, у дорослих — при ураженні 15—20%.

Зразу ж після виникнення опіку, внаслідок сильного подразнення численних закінчень чутливих нервів, настає нервово-рефлекторний шок. Спочатку цей первинний (еректильний) шок може навіть не привернути до себе особливої уваги, бо кров'яний тиск у хворого нормальний, інколи підвищений. Минає 2—3 години, і розвиваються явно загрозливі явища: свідомість пригнічена, пульс слабкий, кров'яний тиск нижче 100 міліметрів, температура субнормальна — настав вторинний шок, який триває щось із 36—48 годин. Потім на нього нашаровуються явища токсемії залежно від всисання продуктів руйнування білків. Нарешті, найближчими днями виникають нерідко при опіках 2 і 3 ступеня симптоми інфікування ран, явища сепсису. При опіку 30—40% поверхні тіла чимала кількість хворих гине. Опік 50% майже завжди смертельний.

Зараження мікробами веде при опіках другого і третього ступеня до тривалого нагноєння. Після опіку третього ступеня утворюються рубці, які зумовлюють нерідко контрактури і спотворення.

Перша допомога. Впорскують під шкіру або в вену 1—2 мл 1% розчину морфіну (дітям до 10 років не вводити!). Після 10 років — доза під шкіру 0,3 мл 1% розчину. Вводять 1500—3000 антитоксичних одиниць протистовбнякової сироватки та 200 000 одиниць пеніциліну. Обпечену поверхню треба прикрити сухою стерильною пов'язкою або стерильною простинею. Не застосовувати ніяких мазей. Після цього необхідно хворого напоїти гарячим чаєм, тепло укутати і транспортувати в лікарню.

В лікарні вживають спочатку загальних заходів, потім місцевих. Потерпілого вміщують в теплу кімнату (температура не менше 25°Ц). Знову впорскують під шкіру або в вену морфін. Вимірюють розмір обпеченої поверхні за Постніковим (див. таблицю). Якщо розмір обпеченої поверхні досягає 15—20% усієї поверхні тіла, неодмінно потрібно повторно перелити кров або плазму (50 мл на 1% обпеченої поверхні).

Після запровадження цих протишокових заходів через 1—2 години почати місцеве лікування.

Суть його полягає ось у чому. В операційній кімнаті (температура не менше 25°Ц) в умовах бездоганної асептики (персонал в стерильних халатах, масках) здорова шкіра обробляється під ефірним наркозом спочатку бензином, потім спиртом, обпечена—мильною піною і теплою (30°) перевареною водою з допомогою стерильної вати, загорнутої в марлю. Пухирі розрізують, змертвілий епідерміс необхідно видалити. Після цього дуже важливого акту допомоги обмивають обпечену поверхню теплим фізіологічним розчином, добре висушують (солюкс).

Місцеві способи лікування обширних опіків різноманітні. При опіках у дітей перевагу має безумовно відкритий спосіб: обпечену поверхню шкіри зрошують 5% розчином таніну, потім 10% розчином азотнокислого срібла. Утворюється струп, який затримує всмоктування токсинів, захищає в значній мірі рану від інфікування, перешкоджає втраті плазми. Після цього дитину кладуть в ліжко, застелене стерильною простинею, під каркас з електричними лампами для зогрівання. Забороняється застосування таніну і ляпісу при опіках пальців рук і ніг — можлива гангрена! Обов'язково ввести 40—60 мл сироватки проти кору.

При лікуванні обширних опіків у дорослих запроваджується закритий спосіб, хоч і від відкритого не слід відмовлятись. Закритий спосіб: обпечену поверхню покривають 3—4 шарами стерильної марлі у вигляді смужок, змоченої вазеліновим маслом, заготовленої заздалегідь. Зверху додають 3—6 шарів сухої марлі, тонкий шар лігніну, тонкий шар вати. Пов'язка щільно фіксується на 8—10—12 днів звичайним, а на кінцівках гіпсовим бинтом. Замість вазелінового масла можна використовувати пеніцилінові мазі: пеніцилін (кальційова сіль)—100 000 одиниць, очищеного свинячого жиру і рицинового масла по 50 грамів, — або стрептоцидну емульсію.

Опіки кінцівок (виняток — пальці), обличчя, живота, спини, грудей можна обробляти й таніном та ляпісом і лікувати хворих відкритим способом. Результати залежать від найскорішої після виникнення опіку обробки обпеченої поверхні, від старанності, з якою зроблена ця обробка.

При незначних опіках лікування амбулаторне. На кінцівках можна застосовувати гіпсову пов'язку без будь-якої підкладки (свіжі, добре оброблені опіки другого ступеня). Виправдали себе і крейдяні стерильні пов'язки, заздалегідь заготовлені (6—8 шарів марлі, густо пересипаних крейдою на шарі гігроскопічної вати). Нерідко можна обмежитися повторною обробкою обпеченої поверхні 2—5% розчином калій-перманганату, 1% спиртовим розчином брильянтової зелені.

При невеликих опіках третього ступеня найкращі результати дає вирізування змертвілої шкіри через 48 годин з пластикою дефекту.

ВІДМОРОЖЕННЯ (CONGELATIO). Під впливом діяння на організм низької температури може настати відмороження дистальних частин кінцівок, кінчика носа, частини вушної раковини. Сприяють відмороженню ослаблення діяльності серця, мокре тісне взуття, вогкість, крововтрати, травма і т. ін. Розрізняють три ступені відмороження.

Перший ступінь характеризується спочатку різким збліднінням і втратою шкірою чутливості внаслідок спазми судин. Потім судини шкіри паралізуються, і відморожена поверхня стає темносиньою,

багровочервоною. Виникають пекучі болі, парестезії, ломота в суглобах. Процес закінчується злущуванням епідермісу. Повторні діяння холоду призводять до більших змін у вигляді екскоріацій, навіть виразок.

Другий ступінь супроводиться більш тяжкими порушеннями кровообігу. Епідерміс мертвіє до росткового шару. Тканини набрякають. На другий день і пізніше виникають пухирі, наповнені серозним, частіше кров'янистим ексудатом. Болі сильніші.

При третьому ступені розвивається повний некроз шкіри і підлеглих тканин (м'язів, кісток). Пухирі наповнені геморагічним ексудатом. Повна втрата чутливості. Змертвілі тканини звичайно інфікуються і відокремлюються (волога гангрена). Після відпадіння всього змертвілого утворюються грануляції, поволі розвиваються рубцювання і епітелізація.

Виникненню конкретних ознак, характерних для того чи іншого ступеня відмороження, передує прихований, доареактивний період, коли неможливо сказати, до чого призвело охолодження тканин.

Перша допомога і лікування. В доареактивному періоді в порядку першої допомоги застосовують зогрівання відмороженої кінцівки, водяну ванну (до 37°), обмивання милом і легкий масаж, обробку шкіри спиртом або горілкою; накладають асептичну пов'язку (ніяких жирів і мазей), кінцівці надають підвищеного положення. Необхідно ввести 1500—3000 антитоксичних одиниць протистовбнякової сироватки.

При відмороженні першого ступеня треба змазувати уражене місце камфорним спиртом. Потрібні фізичні методи лікування, солюкс, ультрафіолетове проміння, електросвітлові ванни. При другому ступені, після обробки всієї обмороженої ділянки спиртом, треба видалити пухирі, потім накласти асептичну пов'язку на 5—10 днів. Фізичні методи лікування дуже потрібні. У випадках відмороження третього ступеня видаляють пухирі, розсікають змертвілі тканини (некротомія), щоб скоріше утворився струп. Дальше лікування — відкритим способом з запровадженням фізіотерапевтичних процедур.

ЕЛЕКТРИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ. При інших однакових умовах електричний струм тим небезпечніший, чим вища його напруга і чим триваліше він діє на організм. Загрозливі для життя напруги лежать у межах від 50 вольтів і вище. Місцеві зміни позначаються появою «електричних» знаків та електричних опіків. Знаки виникають на місці входження і виходження струму. Опіки можуть бути всіх ступенів аж до обвуглення.

Загальна реакція на діяння струму виявляється в моментальній втраті притомності. Непритомність іноді така тривала, що розвивається стан так званої мнимої смерті.

Перша допомога і лікування полягають у тому, щоб вимкнути струм, якщо це можливо. Частіше доводиться вимикати з струму потерпілого, додержуючи відповідних правил. Слід застосувати серцеві засоби — камфору, збудити дихальний центр — лобеліном (вводити у вену!). Застосувати тривале штучне дихання до появи виразних ознак життя при мнимій смерті або трупного заклякнення при справжній смерті.

Електричні опіки лікують за загальними правилами. При глибоких опіках поблизу артерій треба накинути на кінцівку, але не затягати, джгут (можлива кровотеча).

ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ

УШИБ (CONTUSIO) — закрите пошкодження тканин, яке не супроводиться порушенням анатомічної неперервності шкіри. Причини ушибів — тупа травма, діяння зовнішнього насильства на ту чи іншу ділянку тіла, найчастіше на голову, верхні і нижні кінцівки. Ступінь пошкодження тканин залежить від діючої сили, опірності, анатомічного розміщення тканин. Звичайно руйнується в тій чи іншій мірі пухка жирова і сполучна тканина. Значне насильство може призвести до пошкодження фасцій сухожиль, внутрішніх органів. Ушиби поверхневих підшкірних тканин характеризуються порушенням цілості жирової клітковини. Дрібні кровоносні і лімфатичні судини розриваються. В шкірі і під нею виникають крововиливи. Вилита кров зсідається. Згустки поступово розсисаються. Продукти розпаду гемоглобіну дифузно забарвлюють тканини. В шкірі виникають «синяки» — забарвлення пігментом гемосидерином — з відтінками від синьобагрового до зеленого і жовтого. При розривах більших підшкірних судин можуть утворитися кров'яні кісти з рідким вмістом, бо гематома не розсмоктується.

Навколо забитого місця розвивається реактивне травматичне асептичне запалення, розширення судин, еміграція лейкоцитів, набухання тканин, просочування їх серозною рідиною.

Симптоми ушибів залежать від місця, на яке діяли зовнішні насильства, від сили останніх, від ступеня пошкодження тканин. Конкретні ознаки ушибів підшкірних тканин — болі, відчуття напруження і жару, припухання, крововиливи, порушення функції. Ушиби вечка, живота, грудей можуть супроводитися явищами шоку. Ушиби тканин, які лежать коло кісток (голінка), приводять інколи до омертвіння шкіри. Можливі навіть омертвіння пальців, кисті, стопи.

Лікування поверхневих ушибів. Накласти притискувальну пов'язку, не застосовувати холоду. Вже на третій день застосувати теплокомпреси, ванни, щоб прискорити розсмоктування крововиливів і стимулювати регенеративні процеси. Якомога раніше почати масаж.

РОЗТЯГНЕННЯ (DISTORSIO) ЗВ'ЯЗОК. Швидкі і грубі рухи в суглобах, що переходять за фізіологічні межі, але не супроводяться стійким зміщенням суглобових кінцівок та їх пошкодженням, зумовлюють хворобливий стан, який називається розтягненням. У ділянці суглоба часто виникають синяки і серознокров'яниста інфільтрація тканин. Зв'язки надриваються, іноді розриваються. Синовіальна оболонка звичайно не розривається, але серознокров'янистий випіт у суглоб можливий.

Для дисторсії характерні припухлість, обмеження рухів у суглобі, різкі болі при рухах і обмацуванні, особливо в ділянці прикріплення зв'язок. Для уточнення діагнозу доводиться застосовувати дослідження рентгенівським промінням.

Лікування. Спокій, підвищене положення кінцівки, притискувальна пов'язка. Через кілька днів масаж і активна гімнастика. Добре діє впорскування 1% розчину новокаїну (20—30 мл) коло суглобових кінців кісток та в порожнину суглоба (коліно). При крововиливах в колінний суглоб (гемартроз) необхідно робити прокол суглоба для відсмоктування крові і введення після цього 20—30 мл 1% розчину новокаїну.

ВИВИХИ (LUXATIO). Вивих — повне стійке роз'єднання суглобових кінців зчленовних кісток, яке супроводиться, за винятком

окремих випадків, розривом капсули і зв'язок суглоба. Для означення вивиху називають кістку, розміщену дистально в пошкодженому суглобі. Вивихи хребців позначають за назвою хребця, який лежить вище. Вивихи поділяються на природжені і набуті, останні — на травматичні і патологічні. Природжені вивихи найчастіше виникають у кульшовому суглобі. Причина травматичних вивихів — рідше пряме, частіше непряме діяння зовнішніх сил на ділянку суглоба, яке веде до того, що рухи в суглобі переходять за межі фізіологічної норми. Вивихи в плечовому і нижньо-щелепному суглобах можуть виникати при надмірних скороченнях м'язів. В окремих випадках можливі довільні вивихи плеча. Сумка суглоба завжди розривається (виняток — нижня щелепа). В блокованих суглобах завжди рвуться зв'язки.

Вивихи зрідка супроводяться пошкодженням патологічно змінених великих судин (пахвової і стегнової артерії), що веде до тромбозу останніх або до утворення аневризм, а також пошкодження нервів (пахвового при вивихах плеча, серединного і ліктьового при вивихах ліктя). Бувають і пошкодження кісток — відрив великого горба плечової кістки, вінцевого відростка і ліктьової кістки.

Ознаки вивихів: болі, що іноді іррадіюють за межі суглоба; порушення функції; неприродне положення кінцівки; зміна зовнішніх обрисів суглоба (деформація), яке розпізнається при порівнюванні двох симетричних суглобів; фіксація і притискний опір вивихнутого члена; порушення нормальних співвідношень між кістковими виступами. Головка вивихнутої кістки поза суглобом визначається обмацуванням (вивих плеча). Для точного діагнозу потрібне рентгенівське дослідження.

Лікування травматичних вивихів полягає у невідкладному вправлянні (репозиція). Нерухомі пов'язки після репозиції непотрібні. Для верхньої кінцівки застосовують косинку. Після вивиху кульшового суглоба — постільний режим на кілька днів.

Після вправлення треба застосувати гімнастику і масаж.

ПЕРЕЛОМИ КІСТОК

ПЕРЕЛОМИ (FRACTURA) (повне або часткове порушення цілості кістки) викликається силами, що перемагають опір кістки. Переломи бувають природжені і набуті. Перші можуть виникнути під час утробного життя. До них призводять патологічні зміни в кістках плода, тяжкі роди. Незрівнянно частіше переломи настають після народження (набуті переломи). Треба відрізняти травматичні і патологічні переломи. В першому випадку насильство руйнує здорову кістку, — в другому — кістку, патологічно змінену (злоякісні опухи, спинна сухотка, сифіліс, остеоміеліт та ін.). Переломи бувають відкриті і закриті. Перші характеризуються рановим каналом, який тягнеться від поверхні шкіри до самої кістки. Основна небезпека, яка загрожує хворому при цих переломах, — інфікування рани. При закритих переломах шкіра непоранена.

Кістка руйнується при згинанні її, скручуванні і розтяганні. Вогнепальні снаряди звичайно роздробляють кістку.

Часткове порушення цілості кістки називається неповним переломом. Різновидності таких переломів становлять тріщини, при яких зберігається форма кістки, і надломи. Надломи виникають переважно в дитячому віці (до 10—15 років), коли кістці властива значна

еластичність. При часткових переломах періост то розривається, то лишається непошкодженим.

Повні переломи виникають частіше.

Відрізняють переломи поперечні, поздовжні, косі, спіральні та мішані.

Переломи супроводяться зміщенням кісткових уламків то під кутом, то боковим, то поздовжнім, то по периферії (ротація периферичного уламка). Зміщення виникає під впливом травми (первинне зміщення) або залежно від еластичного і рефлекторного скорочення м'язів, що веде до порушення фізіологічної рівноваги їх (вторинне зміщення).

Розпізнавання: скарги на біль при натискуванні на обмежений район кістки або при поштовху по осі кінцівки. Об'єктивні ознаки переломів кісток — деформація, вкорочення, ненормальна рухомість, кісткова крепітація, порушення функції кінцівки. Для точного діагнозу необхідно застосувати рентгенографію.

Загоювання переломів зводиться до процесів утворення кісткової мозолі (кісткової тканини) з клітин кісткового мозку і періосту.

Через 10—20 днів після перелому утворюється еластична первинна кісткова мозоля, яка охоплює кінці уламків. Вона поступово твердіє, консолідується і перетворюється в остаточну кісткову мозолю. Минає деякий час, і в міру поновлення функції мозоля перебудовується.

Перша допомога при переломах. Транспортна іммобілізація стандартними шинами або підручним матеріалом (фіксувати два сусідніх суглоби). При різкій деформації і значному зміщенні, наприклад під кутом, необхідно спочатку надати кінцівці правильного положення.

Лікування — амбулаторне або в лікарні. Амбулаторне лікування можна застосувати при переломах ключиці, променевої кістки в типовому місці, пальців руки, малої голінки при умові, що уламки поставлені в правильне положення (рентгенограма!).

Основні принципи лікування: 1) якнайскоріша репозиція уламків під місцевим обезболюванням, 2) надійне фіксування їх у правильному положенні, поки настане зрощення.

При репонуванні периферичний уламок встановлюється відповідно до положення центрального. Здійснюється репозиція або одномоментно руками (наприклад, перелом променевої кістки), або поступово (витяганням). При одномоментній репозиції застосовують місцеве обезболювання; голку шприца вводять до місця перелому і впорскують 20—50 мл 2% розчину новокаїну.

Для вдержання уламків вживають шину або глуху гіпсову пов'язку, або операцію.

Постійне витягання: липкопластирне і скелетне. Скелетне значно краще. З цією метою застосовуються спиці, клеми. Тяга прикладається до нижнього кінця стегна (метафіз), до горбка великогомілкової кістки, до п'яткової кістки.

Нижній кінцівці надають напівзігнутого положення (створюється рівновага між м'язами — згиначами і розгиначами). Тяга — залежно від локалізації перелому.

Постійне витягання застосовується найчастіше при переломах стегна, голінки, плечової кістки. Через деякий час тягу знімають, накладають гіпсову пов'язку.

Відкриті переломи. При відкритих переломах в порядку першої допомоги слід змазати шкіру коло рани йодом, впорснути під шкіру 1500—3000 антитоксичних одиниць протистовбнякової сироватки та 1 мл 1% розчину морфіну, накласти асептичну пов'язку без будь-яких маніпуляцій над раною, застосувати транспортну шину і направити хворого в лікарню для негайної обробки рани і дальшого лікування.

ХІРУРГІЧНА ІНФЕКЦІЯ

Тваринний організм, організм людини безперервно урівноважується з зовнішнім оточенням через встановлення тимчасових і постійних зв'язків з допомогою безумовних і умовних рефлексів. Серед численних факторів зовнішнього оточення величезне біологічне значення мають мікроорганізми — «головний ворог хірургів», як говорив І. П. Павлов.

І. П. Павлов прямо вказував, що інфекційні процеси зумовлюються патогенними мікроорганізмами. Він писав: «Ви зазнаєте механічного удару, впливу тепла або холоду, атаки з боку патогенних мікроорганізмів тощо в такій мірі, яка перевищує звичайну міру цих умов. Природно починається й особливо серйозна боротьба організму з цими умовами, тобто, по-перше, починають діяти захисні прилади. Ці прилади — частина тіла, як і всяка інша; вони існують в зв'язку з усім тілом; вони беруть участь в загальній життєвій рівновазі тіла; вони, очевидно, — предмет фізіології... Далі боротьба закінчується або поразкою ворога і припиненням роботи захисних приладів, або перемогою ворога, — тоді настає полом або руйнування тієї чи іншої частини організму». Отже, атака з боку патогенних організмів викликає діяння захисних приладів. Ці прилади, що реагують на діяння патогенних організмів, сформувалися в процесі історичного розвитку тваринного організму, організму людини. Запалення, фагоцитоз, вироблення специфічних антитіл, пуск в дію всіх механізмів захисту перебувають під впливом центральної нервової системи. Вони підпорядковані як безумовно-, так і умовнорефлекторним впливам.

Отже, кінець всіх патологічних процесів, спричинюваних мікроорганізмами, залежить передусім від своєчасності пуску центральною нервовою системою цих захисних прилад'в тіла і від дійовості їх щодо відбиття ворога.

Відповідно до механізмів розгортання інфекційних процесів здійснюються і лікувальні заходи при них. Призначенням пеніциліну ми послаблюємо діяння надзвичайних подразників, представлених мікроорганізмами, зменшуємо число цих подразників.

Розріз гнояка, флегмони благотворний саме тому, що усуваються фактори, які зумовлюють подразнення центральної нервової системи (бактеріальні токсини, білки гною). Забезпеченням спокою ураженої частини тіла або всього тіла підкріплюються рефлекси до встановлення стану спокою, що виникають при будь-якому запальному процесі і забезпечують ослаблення болів, збереження загороджувального запального бар'єра в гострому періоді запалення, що перешкоджає всмоктуванню токсинів, розсіюванню мікробів.

Серед різноманітних патологічних процесів мікробного походження, з приводу яких доводиться вдаватись до хірургічних заходів,

велике практичне значення мають ті з них, які зумовлюються впливом на організм людини таких надзвичайних подразників, як гноєтворні мікроби. Проходячи через шкіру чи слизову оболонку, вони викликають гострі запальні процеси або тільки на місці загнивлення, або на місці загнивлення і у віддалених органах і тканинах, або головним чином в останніх.

Гноєтворні збудники проникають в організм через вхідні ворота при порушенні цілості шкіри або слизової оболонки. Навіть незначне, часом непомітне, пошкодження епітелію, при якому відкриваються міжклітинні лімфатичні щілини, може повести до інфікування організму. Зараженню сприяють втирання гноєтворних коків у міжклітинні щілини або у волосяні мішечки, порушення опірності організму тощо.

Після закінчення інкубаційного періоду (кілька годин, рідше днів) на місці загнивлення мікробів виникає запалення, звичайно гнійне, яке супроводиться місцевими змінами і, як правило, загальною реакцією організму.

Всі місцеві запальні процеси мікробного походження можуть повести до загального зараження організму, в зв'язку з розсіюванням мікроорганізмів по кровоносних і лімфатичних шляхах, всмоктуванням токсинів, порушенням опірності організму, ослабленням діяльності захисних приладів.

Отже, навіть найменший запальний процес, спричинений гноєтворним коком, ховає в собі реальну небезпеку для людини. Цей безсумнівний факт зобов'язує не тільки працівників медичної кваліфікації (лікар, фельдшер, медична сестра), а й кожного хворого ставитися обережно до гнійної пустули, маленького абсцеса, припухання лімфатичної залози на пошкодженій кінцівці, до будь-якого відкритого пошкодження.

Бактерійні запальні гострі процеси обов'язково відбиваються на всьому організмі. Ось чому повне дослідження хворих обов'язкове. Необхідно вимірювати температуру, стежити за пульсом. Не можна обійтися без аналізу сечі і крові (лейкоцитоз, реакція осідання еритроцитів). Озноби і позноблювання, особливо нічні, — ознаки дальшого розвитку процесу. При появі болів у ділянці суглобів, у грудях або інших місцях треба подумати про можливість виникнення гнійного метастазу.

Лікування хворих з хірургічною інфекцією різноманітне. Основу його становлять достатня реактивність організму, створення дійових умов для роботи захисних приладів, здійснювання способів, спрямованих на зменшення числа і шкідливості діяння «надзвичайних подразників» (мікроорганізмів). Вже створення цілковитого спокою в усьому тілі або в тій чи іншій ділянці його, наприклад, кінцівках, явно полегшує стан хворого і в значній мірі запобігає дальшому розвиткові процесу. Якщо процес локалізується на нижній кінцівці, слід покласти хворого в постіль. При ураженні верхньої кінцівки необхідна косинка. Коли виникли найменші ознаки запалення лімфатичних судин, залоз, вен, — постільний режим обов'язковий. Далі, розуміється, потрібне помірне підвищене положення кінцівки для зменшення застою лімфи і венозної крові.

Компреси і сухе тепло застосовуються лише на самому початку захворювання і при млявому перебігу його. Забороняються компреси при фурункулах, карбункулах і гідроаденітах. Пузирі з льодом протипоказані, за винятком (іноді) серозного маститу.

Як тільки виник абсцес, треба негайно розрізати його і провадити дренаж порожнини. При флегмонах не слід чекати флюктуації.

Для посилення опірності організму переливають дробові дози крові, застосовують автогемотерапію, вакцинотерапію, антиретикулярну цитотоксичну сироватку (АЦС) академіка Богомольця. Дуже корисні фізичні методи лікування: ртутно-кварцова лампа (ультрафіолетове проміння), солюкс-лампа, рентгенотерапія, інфрачервоне проміння. При затяжних гнійно-запальних процесах треба забезпечити хворим добре засвоюване, калорійно багате харчування з достатньою кількістю вітамінів. В ряді випадків доводиться призначати пеніцилін, сульфаніламідні препарати.

Найважливіші місцеві гнійнозапальні процеси такі:

ФУРУНКУЛ. Фурункул — гостре гнійне запалення волосяного мішечка, сальної залози і навкружної клітковини, спричинюване золотистим стафілококом, рідше стрептококом З'являється на місцях, багатих на сальні залози (лице, спина), і на ділянках тіла, які часто зазнають подразнення (шия, сідниці, поперек, стегна).

На початку захворювання виникає обмежений твердий, болючий, інколи конусоподібний інфільтрат. Під впливом токсинів стафілокока в центрі інфільтрату відбувається змертвіння тканин з наступним гнійним розтопленням їх. На верхівці конуса виникає гнійна пустула, яка лопається. Відкривається стрижень, що складається з мертвої тканини. Після відходження його лишається кратерсподібне заглиблення, яке заповнюється грануляціями і швидко рубцюється.

Фурункули супроводяться сильними болями, припуханням регіонарних лімфатичних залоз і загальною реакцією організму (підвищення температури, нездужання). При неправильному лікуванні (видавлювання) можуть виникнути тяжкі ускладнення — сепсис. Іноді генералізація інфекції — гнійні метастази в кістки, в паренхіматозні органи, в жирову клітковину коло органів, наприклад коло нирки,— настає без видимих причин.

Лікування. Треба якнайстаранніше вистригти гострими ножицями волосся (не голити!). Шкіру коло фурункула змазують клеолом або спиртовим розчином брильянтової або малахітової зелені для запобігання зараженню суміжних волосяних мішечків. Ділянку фурункула треба присипати добре подрібненим білим стрептоцидом. Зверху накласти асептичну наклейку або липкий пластир. Як тільки виникла гнійна пустула, слід видалити волос, що знаходиться в центрі фурункула. При сильних болях можна зрізати верхівку фурункула *дуже гострим* скальпелем, утворений абсцес розрізати. Стрижень видалити, коли він вільно відокремлюється, у кратер насипати білого стрептоциду.

Корисні ртутно-кварцова лампа, солюкс-лампа, рентгенотерапія, ультракороткі хвилі, інфрачервоне проміння. Добре діє впорскування пеніциліну в м'язі. Можна вводити пеніцилін з новокаїном навколо фурункула і під нього (тонка гостра голка, повільне впорскування!).

Абсолютно забороняється застосовування компресів і видавлювання фурункула.

ФУРУНКУЛЬОЗ. Повторна поява фурункулів у різних місцях тіла. Причини: недодержання правил особистої гігієни, робота в гарячих цехах без додержання особливих правил, виснажливі хвороби, цукровий діабет і т. д.

Лікування. З'ясувати причину (діабет!). Застосувати препарати миш'яку й заліза, автогемотерапію, переливання крові, рентге-

нотерапію. Ефективною є автовакцинація. В більшості випадків потрібні пеніцилін, пеніцилін і стрептоміцин. Треба призначати вітамін С (аскорбінова кислота) по 0,3 г три рази на день на протязі 10—15 днів. Часто добре діють пивні дріжджі — 3 ложки на день після їжі протягом одного місяця.

ГІДРОАДЕНІТ. Стафілококове запалення потових залоз. Звичайне місце — пахвові западини. Спочатку виникає інфільтрат, потім утворюється абсцес. При неправильному лікуванні заражаються сусідні залози. Процес характеризується стійкістю — млявим перебігом.

Лікування полягає у вистриганні волосся, в змазуванні всієї пахви стрептоцидною маззю або спиртовим розчином брильянтової зелені. Застосовують ртутно-кварцову лампу, рентгенотерапію, автогемотерапію, переливання крові, автовакцинацію. Абсцеси розрізують. Компресів не слід ставити. Хворим рекомендувати додержувати особистої гігієни.

КАРБУНКУЛ. Гостре гнійне запалення кількох поряд розміщених волосяних мішечків, сальних залоз і навкружної клітковини. Іноді захворювання починається з одного фурункула, але процес швидко поширюється на сусідні волосяні мішечки та кліткoвину. Карбункул частіше зустрічається в другій половині життя, у виснажених людей, при хронічній інфекції, порушенні обміну речовин (діабеті). Звичайні місця — потилиця, шия, лице (губи, щоки), спина. З'являється значний інфільтрат багровочервоного кольору з ціанотичним відтінком, з багатьма некротичними ділянками, що виступають у центрі. Процес інфільтрації і наступної некротизації тканин захоплює великі ділянки по площині, поширюючись вглиб до фасції. Карбункул звичайно супроводиться високою температурою до 39—40°, сильними болями, загальними тяжкими явищами. Нерідко виникають лімфангоїт, тромбофлебіт, може настати зараження крові. Особливо небезпечний карбункул на лиці.

Лікування карбункула здійснюється в стаціонарних умовах переливанням дробових доз крові (100—200 мл) через кожні 2—3 дні, застосуванням автогемотерапії, рентгенотерапії, ультракоротких хвиль (УКВ). Ефективно діють п'явки. Консервативне лікування проводиться лише при явній тенденції процесу до обмеження, коли при загальному задовільному стані хворого некротизовані і гнійно-розтоплені тканини відокремлюються самостійно. Показана пеніцилінотерапія: а) впорскування пеніциліну в м'язи і повторне введення дуже тонкою голкою під місцевим обезболюванням під інфільтрат 100 одиниць пеніциліну в 25—50 мл $^1/_2$% розчину новокаїну. Уколи робити на межі з інфільтратом через здорову шкіру. Вводити повільно.

Інколи доводиться оперувати. Під наркозом або при місцевому обезболюванні (до 100 мл $^1/_2$% розчину новокаїну додати 25 000—50 000 одиниць пеніциліну) запальний інфільтрат хрестоподібно розсікається, шкірні клапті відокремлюються в сторони до здорових тканин, некротичні ділянки тканин вирізуються. Рана пухко тампонується (водень-пероксид, теплий 5% розчин кухонної солі), на навкружну тканину кладуть стрептоцидну мазь. Тампон лишається доти, поки він відійде самостійно без кровотечі. При карбункулі у діабетиків, крім усього сказаного, потрібне лікування основної хвороби.

АБСЦЕС. Обмежене нагноєння у підшкірній клітковині, а також інших тканинах та органах. Абсцес утворюється при заглибленні

гноєтворних мікробів через вхідні ворота шкіри, слизової оболонки або метастатичним шляхом. Інфіковані гематоми також можуть нагноїтися. Місцева і загальна реакції організму при підшкірному абсцесі залежать від локалізації процесу, характеру збудника і загального стану хворого. Звичайно спостерігається ремітативна (переміжна) гарячка.

Лікування. Спочатку застосовують тепло у вигляді зогрівальних компресів або грілок. При появі флюктуації — розріз і дренаж.

ФЛЕГМОНА. Гостре розлите запалення жирової клітковини — підшкірної, підфасціальної, міжм'язової, передочеревинної, тазової, клітковини коло органів. Збудники флегмони — стафілококи, стрептококи, гнильні мікроби, нерідко мікробні асоціації. Стрептококові флегмони характеризуються серозно-гнійним поширеним набряком клітковини.

Флегмона супроводиться підвищенням температури, ознобами, загальними тяжкими явищами. Місцево спостерігається розлита припухлість, почервоніння, різка болючість, підвищення температури. Спочатку виникає щільний запальний інфільтрат, який згодом розм'якшується. Часто при флегмоні виникає лімфангоїт, лімфаденіт, можливий також перехід у загальну гнійну інфекцію.

Лікування в лікарні. Спочатку спокій, утримання в постелі при наявності процесу на нижній кінцівці. Підвищене положення кінцівки. Косинка на руку при процесі на верхній кінцівці. Місцево — в перші дні рекомендувати застосування тепла. Не чекаючи розм'якшення тканин, провести під наркозом ранні широкі розрізи. Розкрити всі наявні кишені, створити протиотвори, дренаж. Іноді застосовується глуха гіпсова пов'язка. Пеніцилінотерапія, переливання крові, сульфаніламідні препарати.

ЗАПАЛЕННЯ ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН. Гострий лімфангоїт — часте ускладнення різноманітних гнійних і запальних процесів на кінцівках. Цей запальний процес може виникнути і після зовсім незначних пошкоджень шкіри. Він розвивається або у великих лімфатичних судинах, або в капілярній лімфатичній сітці, захоплює стінки судин і переходить на сусідні тканини. Лімфа часто зсідається, настає тромболімфангоїт. При хронічних лімфангоїтах, які постають у зв'язку з виразками, екземою, лімфатичні судини інколи збільшуються, що веде до слоновості. Можливе утворення абсцесів за ходом судин.

Температура підвищується, розвивається гарячковий стан. З'являються червоні смуги на шкірі за ходом лімфатичних судин. Запалені лімфатичні судини промацуються у вигляді щільних і болючих тяжів.

Лікування. Звернути увагу на первинне гнійне вогнище — розрізати абсцес, обробити рану. Спокій, підвищене положення кінцівки, зогрівальні компреси, солюкс, ультрафіолетове проміння. При значних загальних явищах сульфаніламідні препарати, пеніцилін.

ЗАПАЛЕННЯ ЛІМФАТИЧНИХ ЗАЛОЗ. Гострий лімфаденіт на верхніх і нижніх кінцівках розвивається після відкритих, навіть найнезначніших, пошкоджень тканин. До нього ведуть і гнійно-запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини тощо внаслідок поширення інфекції лімфатичними судинами на регіонарні лімфатичні залози. Виявляється у вигляді збільшення регіонарних лімфатичних залоз (простий лімфаденіт) або у вигляді гнійного лімфаденіту. В останньому

випадку відбувається гнійне розтоплення залози, перехід процесу на капсулу та навкружну клітковину з утворенням флегмони (аденофлегмона).

Лікування лімфаденіту зводиться насамперед до лікування зараженого мікробами вогнища. Місцево при простому лімфаденіті застосовується тепло. При гнійному лімфаденіті — розріз.

ФЛЕБІТ — запалення вен. Настає найчастіше внаслідок переходу запального процесу на стінку вени з сусіднього гнійного вогнища. До флебіту можуть повести лімфангоїти, незначне пошкодження в ділянці вен, варикозні вузли розширених вен. Запалення вен звичайно супроводиться зсіданням крові і закупоркою їх утвореними тромбами (тромбофлебіт).

При тромбофлебіті за ходом поверхневих вен промацуються болючі щільні шнури. При ураженні глибоких вен виникає значний набряк кінцівки. При сприятливому перебігу процесу тромби можуть розсмоктатися, частіше настає облітерація просвіту вени. Іноді настає гнійне розтоплення тромбів з утворенням гнояків за ходом судини. Можливий відрив частини тромбу з наступним метастазуванням інфекції.

Лікування в клініці. Цілковитий спокій, перебування в постелі, підвищене положення кінцівки. Показані п'явки за ходом уражених судин. Гнояки треба розрізати. Іноді доводиться застосовувати перев'язку вен в межах здорової ділянки. Протипоказані масаж, розтирання, рухи. Ефективно діє пеніцилін, пеніцилін та стрептоміцин.

БЕШИХА (ERYSIPELAS). Гостре запалення всіх шарів шкіри або слизової оболонки. Збудник — гемолітичний стрептокок. Процес поширюється по капілярних лімфатичних судинах. Зараження настає при найнезначнішому порушенні цілості шкіри. Відрізняють бешиху еритематозну, пухирчасту, гангренозну і флегмонозну.

Хвороба починається трясучим ознобом. Температура підвищується до 39—40°. Часто спостерігається блювання, сильні головні болі. В тяжких випадках потьмарюється свідомість. При еритематозній бешисі на шкірі з'являється яскрава червоність у вигляді язиків полум'я з різкими границями. В ділянці почервоніння виникає набряк. Бешиха може мігрувати, захоплюючи все нові й нові ділянки.

Пухирчаста бешиха характеризується появою на червоному фоні пухирів, наповнених серозною рідиною. При гангренозній бешисі може настати омертвіння ділянок ураженої шкіри (мошонка, повіки). Флегмонозна бешиха виникає внаслідок поширення процесу на підшкірну клітковину. Особливо тяжко проходить бешиха голови.

Лікування. Постільний режим. Під шкіру камфора, кофеїн. Літнім хворим — дигіталіс. Переливання дробових доз (100—200 мл) крові. Всередину — сульфаніламіди по 6—8 г на добу. Внутрішньом'язове введення пеніциліну (гемолітичний стрептокок дуже чутливий до пеніциліну). Місцево — ртутно-кварцова лампа. Ніяких мазей, особливо іхтіолової.

ГОСТРИЙ ГЕМАТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ (OSTEOMYELITIS). Це захворювання являє собою запалення кістки як єдиного анатомо-фізіологічного цілого. Виникає найчастіше у дітей і юнаків у періоді інтенсивного росту кісток у віці 10—14 років. Викликається частіше золотистим стафілококом, рідше диплококом, стрептококом, які розносяться течією крові з будь-якого гнійного вогнища і осідають у метафізі довгих трубчастих кісток, звичайно

великогомілкової і стегнової. Нерідко захворюванню передує незначна травма кінцівки. Процес починається в кістковому мозкові метафіза. З метафіза він поширюється на діафіз. Виникає флегмона кісткового мозку. Крім того, гаверсовими каналами процес іде під періост, де спалахує субперіостальна флегмона. Рідше інфікується сусідній суглоб. Після проривання періоста гній поширюється серед м'яких тканин (міжм'язова, субфасціальна і підшкірна флегмони). Кістка, позбавлена живлення зовні і зсередини, мертвіє. Виникають секвестри. За рахунок періоста утворюється молода кістка. Вона у вигляді секвестральної коробки оточує секвестри. Всі ці глибокі зміни в кістці розвиваються звичайно в тих випадках, коли лікування запроваджується несвоєчасно і здійснюється неправильно.

Гострий гематогенний остеоміеліт починається звичайно раптово— трясучий озноб, висока температура, тяжкий стан з непритомністю і маячennям, збільшення кількості лейкоцитів у крові, прискорена РОЕ. На початку захворювання ніяких місцевих змін не буває. Проте при пальпації кінцівок завжди можна знайти болюче місце, при натискуванні на яке навіть непритомний хворий стогне, скрикує від болів. Після переходу процесу під періост з'являється набряк, розширення підшкірних вен, гіперемія шкіри, інфільтрація тканин. Розвиваються видимі ознаки гнійного запалення.

Лікування гострого остеоміеліту можливе тільки в умовах лікарні. Воно складне і трудне. Основу його становлять: а) внутрішньом'язове введення пеніциліну (по 200 000—300 000 одиниць двічі на добу протягом 5—10 днів), б) поруч з цим повторне введення того ж антибіотику до періоста, під періост, інколи в мозок відповідної кістки (50 000—100 000 одиниць), в) якнайкраща іммобілізація гіпсовою пов'язкою, г) повторні переливання крові (по 100—200 мл). У фазі утворення незначних гнояків — евакуація гнійного ексудату з введенням в порожнину 50 000—100 000 одиниць пеніциліну. Великі гнояки треба розрізувати до кістки з наступною обов'язковою іммобілізацією кінцівки. Доцільні повторні переливання дробових доз крові по 100—200 мл через кожні 3—4 дні. Ніякі операції в гострому періоді неприпустимі. Дальша лікувальна тактика залежить від особливостей захворювання.

ГОСТРЕ ГНІЙНЕ ЗАПАЛЕННЯ СУГЛОБІВ (ARTHRITIS). Це тяжке захворювання розвивається внаслідок інфікування суглобів зовні (відкриті переломи, проникаючі поранення), при переході гнійного процесу з сусідніх тканин (флегмона, остеоміеліт), при занесенні інфекційного фактора течією крові (тяжкі інфекційні хвороби). Найнебезпечнішими є гнійні артрити, які розвиваються при відкритих пошкодженнях суглобів.

Процес локалізується то в синовіальній оболонці, то захоплює суглобові кінці кісток і зв'язковий апарат суглоба.

Захворювання починається різкими болями в суглобі, що посилюються при найменших рухах. Суглоб збільшується в об'ємі, згладжуються контури, рухи різко обмежені через болі. Температура підвищується до 39—40°. З'являються озноби, загальний стан дуже тяжкий. Кількість лейкоцитів у крові збільшується. РОЕ прискорена.

Лікування стаціонарне. На самому початку хвороби в деяких випадках може бути корисною пункція суглоба і відсисання гною із введенням 200 000—400 000 одиниць пеніциліну в 20—40 мл ½% розчину новокаїну або 0,85% розчину білого стрептоциду. Доцільно

вводити пеніцилін в артерії кінцівок (плечова, стегнова). Треба призначати, крім того, введення пеніциліну в м'язи та сульфаніламідні препарати через рот. Необхідна бездоганна гіпсова пов'язка, яка захоплює вище- і нижчележачі суглоби. Якщо явища наростають, показаний розріз суглоба — артротомія — з наступним накладанням глухої гіпсової пов'язки. При руйнуванні суглобових кінців нерідко доводиться застосовувати резекцію суглоба. При прогресуванні септичного стану хворого показана ампутація кінцівки.

РАНОВІ АНАЕРОБНІ ІНФЕКЦІЇ

ГАЗОВА ГАНГРЕНА. Хвороба виникає внаслідок зараження рани анаеробними спороносними бацилами: Bac. perfringens, септичний вібріон Пастера, Bac. oedematiens. Можливо, що чимале значення має інколи і Bac. hystoliticus. Сприяють розвиткові ранової анаеробної інфекції розміжчення м'язів, наявність у рані сторонніх тіл, зокрема забруднення землею, порушення кровообігу кінцівок (пошкодження артерій, джгут), пізня й недостатня обробка рани, незадовільна іммобілізація кінцівок при пораненнях, особливо вогнепальних.

На нижніх кінцівках захворювання виникає в 5—6 разів частіше, ніж на верхніх. Інкубаційний період в середньому 1—3 дні. Не можна забувати про можливість виникнення захворювання через кілька годин після поранення (блискавичні форми). Симптоми хвороби залежать від властивостей збудників, комбінування анаеробів з аеробами (стрептокок, стафілокок), гнильними мікробами (мікробні асоціації), від особливостей поранення. В одних випадках захворювання характеризується явним переважанням газоутворення, яке супроводиться тяжкою інтоксикацією організму, в інших — злоякісним набряком і ще більшою інтоксикацією. Нерідко і газоутворення і набряк поєднуються. Бувають і не такі злоякісні форми ранової анаеробної інфекції, коли в мікробних асоціаціях переважають гноєтворні коки. Для всіх форм цього захворювання характерні некроз і дегенерація м'язів.

Перебіг хвороби то бурхливий (блискавичний), то більш повільний. При уважному ставленні до хворого не важко помітити появу загрозливих ознак ускладнення поранення.

Симптоми. В рані виникають болі, загальний стан швидко погіршується: висока температура, збільшення кількості лейкоцитів, пульс 100—120 за хвилину. Вражає інколи невідповідність між тяжкістю стану і відсутністю скарг, навіть відчуттям благополуччя. Рана стає сухою. Кінцівка збільшується в об'ємі через скупчення в тканинах газу і набрякової рідини. Крізь напружену блідо- або брудножовту шкіру просвічуються синюваті, буруваті або зеленуваті вени (розпад гемоглобіну). М'язи мають вигляд вареної шинки. Газ виявляється при обмацуванні (крепітація), при голінні шкіри (симптом бритви), з допомогою рентгенівського проміння.

Лікування в лікарні. Негайно оперувати. При формах хвороби, які швидко прогресують, коли отруєння організму швидко наростає і загальний стан з кожною годиною погіршується, показана ампутація в межах здорових тканин. Якщо процес розвивається повільно, потрібні широкі розрізи з обов'язковим розсіканням фасції, м'язів іноді до кістки. Рану — вихідне вогнище — якомога ширше розкрити, не тампонувати, запроваджувати антисептичні речовини — перекис водню, хлорамін, теплий розчин гіперманганату калію.

Загальне лікування: переливання крові, особливо крапельне, внутрішньовенне введення протигангренозних сироваток по 50 000 АО[1], серцеві засоби, всередину вино, горілка. Обовязкова пеніцилінотерапія.

Профілактика: 1) якнайшвидша і найповніша обробка рани, 2) введення протигангренозних сироваток (керуватися інструкцією, яка вкладається до ампул з сироваткою).

СТОВБНЯК розвивається внаслідок зараження рани стовбняковою спороносною анаеробною паличкою, що живе в землі, у фекаліях тварин та людей. Сприяють виникненню стовбняка рвано-забиті, забиті та колоті рани, в які проникли сторонні тіла. Період інкубації в середньому 6—14 днів. Чим він коротший, тим тяжчий перебіг хвороби. Симптоми стовбняка спричиняються тетанотоксином — продуктом життєдіяльності стовбнякових бацил, який зв'язується з руховими клітинами центральної нервової системи і периферичними рецепторами чутливих нервів.

Починається стовбняк малопомітними ознаками, але вони впадають в очі. До них належать потіння та короткі, раптові, болючі судороги м'язів в ділянці рани кінцівки, підвищення сухожильних рефлексів. Потім виникають тонічні судороги жувальних м'язів (тризм) і мімічних м'язів лиця (сардонічна усмішка). Швидко судороги захоплюють м'язи шиї, тулуба і кінцівок, стають клонічними. Голова під час приступу закидається назад, спина згинається дугою. Судороги настають під впливом найменших подразнень.

Смерть може настати під час одного з таких приступів від судорог дихальних м'язів.

Профілактика. При всякій рвано-колотій забрудненій рані вводити під шкіру 1500—3000 АО протистовбнякової сироватки. Рану обов'язково обробити — широко розкрити, видалити сторонні тіла, не зашивати; навіть рубець на місці колишньої рани, яка вже загоїлась, вирізати і залишити рану відкритою. Запобігає стовбнякові попередня вакцинація стовбняковим анатоксином.

Лікування стаціонарне. Ізоляція, цілковитий спокій, старанний догляд. Пам'ятаючи про можливість виникнення судорог під впливом різноманітних подразників, — годувати дерев'яною ложкою, бо коли настануть судороги, може виникнути поранення губи. При затримці сечі не користуватися металевим катетером, при клізмах — скляним наконечником. Щодня вводити протистовбнякову сироватку по 100 000 одиниць внутрішньовенно і по 100 000 в м'язи до явного і безперечного поліпшення стану хворого. Для запобігання шокові при внутрішньовенному введенні сироватки спочатку ввести за одну годину 1 мл сироватки і 5 мл 1% розчину новокаїну, впорснути під шкіру морфін. Сироватку вводити в вену під ефірним наркозом.

Хлорал-гідрат у клізмах по 2,0 два—три рази на день; під шкіру морфін, пантопон, люмінал-натрій, 25% розчин магній-сульфату по 3—5 мл. Внутрішньом'язово вживають гексенал (10 мл 10% розчину), потрібний старанний догляд.

При транспортуванні в лікарню під шкіру впорскують морфін або у м'язи гексенал. Супроводить хворого фельдшер або сестра.

---

[1] АО—антитоксична одиниця.

ПОШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ЧЕРЕПА ТА ЙОГО ПОКРИВІВ

Пошкодження

ТАК ЗВАНИЙ ГОЛОВНИЙ ОПУХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ. У зв'язку з актом родів у дитини можуть статись садніння шкіри (екскоріації) або еритема з плоскими крововиливами у підшкірній клітковині.

До частих пошкоджень голови у новонароджених належить головний опух, що являє собою обмежений набряк покривів. У шкірі в ділянці опуху виникають крововиливи. Головний опух з'являється на тому місці голови, яке не підпадає стисненню в родовому каналі, тоді як все тіло дитини стиснуте.

Лікування консервативне.

КРОВ'ЯНИЙ ОПУХ (КЕФАЛОГЕМАТОМА) У НОВОНАРОДЖЕНИХ. Іноді у новонароджених виникає кров'яний опух голови, який називається *кефалогематомою.* Причина кефалогематоми — крововилив під періост внаслідок тріщин або вдавлення кісток черепа. З'являється цей опух звичайно на другий або третій день після родів Наприкінці першого або на початку другого тижня на периферії основи опуху промацується щільний валок, що поступово перетворюється в капсулу, яка вкриває всю гематому. Валок і капсула являють собою кістку, яка утворюється з відшарованого періоста.

Лікування консервативне. Якщо опух швидко збільшується, показане відсисання крові. Розріз протипоказаний. Він необхідний лише при нагноєннях гематоми, що буває рідко.

ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ЧЕРЕПА. Треба відрізняти закриті і відкриті пошкодження. До перших належать ушиби покривів черепа, які супроводяться крововиливами то в підшкірну жирову клітковину, то під апоневроз, то, іноді, під періост.

Підшкірні крововиливи мають вигляд обмеженої кулястої припухлості («шишка»). Вони швидко виникають і швидко зникають. Для крововиливу під апоневроз характерна розлита припухлість, бо вилита кров поширюється по пухкій клітковині. По периферії гематоми, що розміщується під апоневрозом, утворюється щільний валок з фібрину зсілої крові. В центрі гематома м'якша. При дослідженні може виникнути підозріння на переломи черепа. Крововиливи під періост бувають рідко.

Лікування у величезній більшості випадків консервативне. Нагноєну гематому треба розрізати.

ВІДКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ЧЕРЕПА. До відкритих пошкоджень зовнішніх покривів голови належать рани лінійні, клаптяні та рани з дефектом речовини. Якщо шкіра голови відривається на значному протязі від періоста склепіння черепа, то виникає скальп (наприклад, відомі нещасливі випадки намотування довгого волосся рухомими частинами машини). Різані і рубані рани голови сильно кровоточать. При забитих ранах можливе відшарування шкіри.

Лікування. Вистригти, а потім поголити волосся. Розвести краї рани гачками, перевірити глибину її, переконатися в тому, що не пошкоджена кістка, що в рані немає сторонніх тіл, обробити її, зашити. Дренувати на 24—48 годин гумовою смужкою (все це стосується до свіжих ран). Якщо при обробці рани виявляється по-

шкодження кістки, негайно направити хворого в лікарню в лежачому положенні!

ПЕРЕЛОМИ ЧЕРЕПА. Якщо зовнішнє насильство перемагає опір черепа, то цілість останнього порушується: в ньому виникають то тріщини, то переломи осколчасті або дірчасті. Можливі комбінації зазначених видів переломів. Переломи черепа нерідко супроводяться пошкодженням головного мозку.

Треба відрізняти переломи склепіння і переломи основи черепа, переломи закриті і відкриті.

ПЕРЕЛОМИ СКЛЕПІННЯ. Закритий перелом розпізнається за наявністю крововиливів, місцевої болючості, іноді вдавлення і навіть рухомості осколків. Про мозкові симптоми буде сказано далі. Для уточнення діагнозу застосовується рентгенографія.

Лікування в лікарні, тільки в лікарні. При закритих переломах характер першої допомоги і лікування визначаються мозковими симптомами. Для лікування перелому без зміщення і без мозкових симптомів, крім спокою, нічого іншого не застосовується.

При відкритих переломах обов'язкова первинна обробка рани (в лікарні) на всю її глибину, незалежно від строку, що минув з моменту пошкодження: вирізування країв рани, видалення вільних кісткових осколків, обробка рани, кістки, твердої мозкової оболонки і навіть мозку. Якщо рана проникаюча, її в більшості випадків зашивають. Неодмінно треба вводити пеніцилін в загальну сонну артерію.

ПЕРЕЛОМИ ОСНОВИ ЧЕРЕПА виникають найчастіше при падінні на голову. Для них характерні: кровотеча і витікання спинномозкової рідини із зовнішнього слухового проходу, іноді з носа; порушення функції лицевого, відвідного і окорухового нервів; синці, що з'являються через добу або пізніше в ділянці орбіт («вічка») і сосковидного відростка. Мозкові симптоми залежать від характеру і ступеня пошкодження мозку.

Лікування тільки в лікарні. Цілковитий спокій. При кровотечі і витіканні спинномозкової рідини із зовнішнього слухового проходу не досліджувати і не промивати останнього, ніяких марльових смужок не вводити! До відповідного вуха прибинтувати стерильну ватно-марльову подушечку. Вводити пеніцилін в загальну сонну артерію. Заходи проти мозкових симптомів — див. далі.

ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ. Сили, прикладені до голови, викликають порушення цілості то покривів, то кісток черепа, то мозку. Результати залежать від місця прикладання зовнішнього насильства, від форми фізичного предмета, який заподіює пошкодження, від напряму удару та багатьох інших умов. Паралелізму між пошкодженнями м'яких тканин черепа і його кісток, з одного боку, і пошкодженням мозку, з другого, немає. Мікроскопічні і грубі порушення цілості мозкової речовини можуть виникати без істотних змін не тільки м'яких тканин, а й кісток черепа. Можливі і зворотні відношення: у хворого значне пошкодження м'яких тканин і кісток черепа, а функція мозку не порушена.

При закритих черепномозкових пошкодженнях шкіра не змінена або на ній виникають лише садна, подряпини, поверхневі рани. Суть хвороби визначається лише пошкодженням мозкової речовини.

Гострі захворювання, зумовлені пошкодженням мозку, називаються залежно від їх властивостей то струсом мозку (commotio), то здавленням мозку (compressio), то ушибом мозку (contusio). Нерідко струс мозку поєднується з ушибом, а то і з здавленням його.

Струс мозку. Характеризується порушенням функцій півкуль мозку (кора) і розладами функцій, властивих довгастому мозкові (серцевосудинний і дихальний центри). Мозкова речовина при цьому або не змінена, або мало змінена.

Невід'ємна ознака струсу мозку — втрата притомності, що триває від кількох секунд до доби і більше. Чим триваліша втрата притомності, тим небезпечніший стан хворого. В таких випадках дуже ймовірне грубе пошкодження мозку (ушиб його).

Лице бліде, хворий апатичний, іноді збуджений. Пульс і дихання при легкому струсі мозку сповільнені, при тяжкому — прискорені. Зіниці мляво реагують на світло.

Лікування тільки в лікарні. Цілковитий спокій. Лікування сном (Павлов). При збудженні — морфін під шкіру, якщо не порушене дихання, люмінал всередину, хлоралгідрат у клізмах. Перебування в постелі від 2 до 3 тижнів. При порушеннях дихання — лобелін під шкіру. Серцеві засоби: кофеїн, камфора. Обов'язкові або звичайні клізми, або гіпертонічні з магній-сульфату (200—250 мл 20% розчину) для зниження внутрішньочерепного тиску. У вену повторно вводимо 40% розчин глюкози (40—50 мл).

Ушиб мозку. Під впливом прямої дії сили або залежно від протиудару, коли мозок притискається до внутрішньої поверхні черепа, протилежної щодо місця прикладання сил, можуть виникати ушиби і розміжчення мозкової речовини. Пошкодження локалізуються найчастіше у великих півкулях, іноді на основі мозку.

Симптоми ушибу мозку різноманітні. Функції мозку порушуються в момент травми. Світлого проміжку немає. Симптоми хвороби розгортаються повністю протягом найближчих днів. З'являються локальні симптоми, зумовлені випаданням функції пошкоджених ділянок мозку. При легких формах притомність збережена, при тяжких втрачається на більш або менш тривалий час.

Лікування обов'язково в лікарні. Найсуворіший спокій. Серцеві засоби, лобелін, гіпертонічні клізми. Внутрішньовенно 40—50 мл 40% розчину глюкози. Дуже обережне лікування сном відповідно до кожного окремого хворого.

Здавлення мозку. Переломи із здавленням і кровотечі в порожнину черепа (найчастіше розрив серединної оболонкової артерії) зумовлюють здавлення мозку. Протягом деякого часу (години, іноді дні) симптомів хвороби може не бути (світлий проміжок). Потім то бурхливо й швидко, то поволі розвиваються характерні ознаки: наростає головний біль, з'являється нудота і виникає блювання. Пульс сповільнений, напружений; зіниця на стороні пошкодження розширюється і не реагує на світло. Недовго чекати й паралічу протилежних кінцівок (виключення рухової зони мозку на стороні гематоми). Світлий проміжок між травмою і хворобою — дуже характерний, хоч і не постійний симптом.

Отже, якщо хворий відчув, що йому погано, через кілька годин, іноді пізніше, після травми голови, навіть незначної, треба подумати про здавлення мозку і негайно направити потерпілого в лікарню.

Лікування — трепанація черепа, видалення згустків крові, перев'язування серединної оболонкової артерії.

Поводження при подаванні невідкладної допомоги з приводу черепномозкових пошкоджень полягає в тому, що у потерпілого треба розстебнути комір, пояс, розпустити одяг, застосувати лобе-

лін, кофеїн, призначити вдихання кисню При блюванні повернути голову набік, тепло вкрити потерпілого. Перелити 100—200 мл крові, ввести у вену 40—50 мл 40% глюкози, поставити клізму просту, а потім з магній-сульфату (200—250 мл 20% розчину). Випустити сечу при переповненні міхура.

Транспортування в лікарню відбувається в супроводі фельдшера або сестри, що мають при собі сумку для подання допомоги в дорозі. На голову хворого треба накласти велику ватно-марльозу пов'язку. Потрібне обережне пересування (велика м'яка підстилка на автомашині, на возі).

ВІДКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ МОЗКУ. До них належать поранення вогнепальні, рубані, колоті і різані, а також забиті. При вогнепальних пораненнях куля (осколок) пошкоджує череп то по дотичній до нього, то сегментарно, то в напрямі діаметра. В одних випадках вони пронизують череп наскрізь, в інших застрявають у мозку. Ці поранення в умовах мирного часу бувають дуже рідко.

Симптоми вогнепальних проникаючих черепномозкових поранень у гострому періоді залежать від ступеня і локалізації пошкодження вмісту черепа. Спочатку виникає шок і ознаки то струсу, то ушибу, то, іноді, здавлення мозку. В найближчі години і дні хворому загрожує гнійне запалення мозку й оболонок. Згодом — інші різноманітні ускладнення, зокрема абсцеси мозку. Колоті, рубані й інші черепномозкові поранення супроводяться різними явищами залежно від особливостей травми.

Зміст першої допомоги визначається необхідністю боротися з шоком та інфікуванням мозку і його оболонок. Впорскують морфін, переливають кров, зогрівають пораненого: на рану накладають асептичну пов'язку з великою кількістю вати без будь-яких маніпуляцій над раною; потерпілого обережно транспортують в лікарню в супроводі фельдшера або сестри. Всередину хворому дають сульфаніламідні препарати.

При рубаних, різаних і забитих ранах, що проникають у череп, треба поводитися так само.

Захворювання

БЕШИХА ГОЛОВИ (ERYSIPELAS CAPITIS). Хвороба або починається в ділянці волосистої частини голови, або поширюється на неї з лиця, шиї, потилиці або слухового проходу. Бешиха голови може ускладнитися флегмоною й абсцесами. Реальна загроза — запалення мозкових оболонок (поширення процесу венами покривів, зв'язаними з венозними пазухами порожнини черепа).

Перебіг бешихи голови звичайно тяжкий. Висока температура, головні болі, можливе маячення. Пам'ятати, що гіперемію шкіри голови помітити важко. Вона маскується волоссям.

Лікування в лікарні (див. *«Бешиха»*). Пам'ятаючи про можливість переходу процесу на мозкові оболонки, слід застосувати пеніцилін по 400 000 одиниць на добу. Необхідно вводити пеніцилін і в загальну сонну артерію.

ОПУХИ ПОКРИВІВ ЧЕРЕПА. Атерома — ретенційна кіста сальної залози (дорослі і старі люди). Розміщується переважно на волосистій частині голови, на обличчі, часто множинна. Інтимно зв'язана з шкірою. Нерідко нагнюється. Атерома, яка довго існує, під впливом тривалих повторних подразнень може перетворитися в рак.

Лікування. Видалення разом з капсулою, щоб уникнути рецидиву.

Дермоїдні кісти схожі зовнішньо на атероми, але шкіру над ними легко захопити в складку. З'являються звичайно в дитячому та юнацькому віці. Розміщуються біля внутрішнього кута орбіт, у висковій ділянці, на потилиці. Мішечкуватий опух, вистелений зсередини шкірним епідермісом, наповнений салом та волоссям. Іноді нагноюється.

Лікування. Видалення в лікарні.

Аномалії розвитку мозку

ПРИРОДЖЕНІ МОЗКОВІ ГРИЖІ. Порушення розвитку мозку, його оболонок, кісток черепа відбивається в різноманітних патологічних процесах і хворобливих станах новонароджених. До них належать і природжені мозкові грижі, коли мозок, мозкові оболонки виходять через більші чи менші отвори в черепних кістках під м'які покриви голови, в порожнини носа, носоглотки.

Грижовий опух розміщується частіше там, де лобова кістка сполучається з допомогою шва з носовою, і в потиличній ділянці, іноді біля внутрішнього кута ока.

Не плутати з дермоїдною кістою, з кефалогематомою. Пам'ятати, що ульцерація шкіри може повести до менінгіту. Своєчасно направити в лікарню для вирішення питання про операцію.

Захворювання і пошкодження лиця

ПРИРОДЖЕНІ ВИРОДЛИВОСТІ. Заяча губа. Внаслідок неправильного розвитку зачатків лиця в перші два місяці утробного життя виникають різні виродливості. До них належить одно- або двобічна щілина на верхній губі (так звана заяча губа), що нерідко сполучається з щілиною альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння (вовча паща).

Лікування. При заячій губі операція через 10—12 місяців, при розщепленні піднебіння — через 3 роки після народження. Настійно рекомендувати батькам показати дитину хірургові зараз же після народження, бо вже через 1—2 місяці може виникнути потреба в оперативному втручанні з приводу виступаючої міжщелепної кістки.

До операції старанний догляд за дитиною. Годувати з чайної ложечки молоком матері через широкий м'який ріжок, який закривав би при смоктанні щілину в твердому піднебінні. Щоб зберегти функцію молочної залози, дати пораду матері підгодовувати чужу дитину.

ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЛИЦЯ. Фурункул, карбункул. Процес виникає на верхній губі, рідше на нижній і кінчику носа. Проходить у величезній більшості випадків сприятливо. Іноді, однак, фурункул, особливо карбункул верхньої губи стають дуже злоякісними. Швидко виникає щільний набряк губи, який поширюється на щоку, повіки, око, шию. Трясучий озноб, висока температура, нерідко втрата притомності. Запалюються вени лиця, потім орбіти. Розвивається менінгіт. Такий тяжкий перебіг хвороби залежить то від шкідливості збудника, то від здряпування,

здирання, видавлення доброякісного чиряка, або, інколи, неправильного лікування.

Лікування. Коли у хворого невеликий фурункул без будь-яких загальних явищ, — лікувати консервативно, не видавлювати; ніякої пов'язки; не заклеювати пластиром. Коли перебіг фурункула має злоякісний характер, необхідно якнайскоріше направити хворого до лікарні. Покласти хворого в постіль при цілковитому спокої. Рідка їжа (не жувати). Стрептоцид 6 разів на день по 1,0. Дуже ефективно діє пеніцилін: 400 000 одиниць на добу в м'язи. Застосовувати 2—3 п'явки. Ніяких операцій, крім, інколи, перев'язування вени біля кореня носа при тромбофлебіті. Обов'язково повторно вводити в загальну сонну артерію пеніцилін по 100 000—200 000 одиниць.

ЗЛОЯКІСНІ ОПУХИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЛИЦЯ. Рак шкіри лиця. Майже 50% всіх випадків рака лиця становлять ракові опухи губ, які у чоловіків, за рідкими випадками, виникають на нижній губі. Гарантія успіху в боротьбі проти рака лиця (і рака взагалі) — ранне розпізнавання і радикальне лікування. Воно — радикальне лікування — може забезпечити повний успіх, якщо хворий своєчасно звертається до хірурга. Необхідно твердо пам'ятати, що:

а) повільний перебіг безболісної виразки і стійка корка на лиці з найбільшою ймовірністю свідчать про рак;

б) тріщина або виразка на нижній губі, що не загоюється протягом тижнів, або тривале існування корки, під якою є невелика виразка, також з ймовірністю свідчать про рак;

в) тривала виразка з вивернутими щільними краями і збільшеними твердими, неболючими лімфатичними залозами під нижньою щелепою — напевне рак.

Отже, виразки, що тривало існують на лиці, зокрема на нижній губі, не змазувати ляпісом, не лікувати мазями. Пам'ятаючи про можливість рака, направити хворого до хірурга.

Пошкодження щелеп

ВИВИХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ. При розкриванні рота головка суглобового відростка нижньої щелепи переміщується на суглобовий відросток вискової кістки, і навіть у фізіологічних умовах настає підвивих щелепи. При надмірному активному розкриванні рота (позіхання, крик, сміх та ін.) можливий передній вивих нижньої щелепи, при якому звичайно обидва суглобові відростки останньої зміщуються наперед названого суглобового відростка вискової кістки. Суглобова капсула при цьому не рветься. Розпізнається вивих легко. Рот широко відкритий, нижня щелепа висунута вперед, рухи її обмежені.

Лікування. Вправляння, частіше без наркозу. Стоячи спереду хворого, накласти великі пальці на жувальні поверхні задніх кутніх зубів, а іншими захопити щелепу зовні коло її кута. Сильно стягти щелепу вниз. Суглобові відростки з ляскотом стають на своє місце. В цей момент треба швидко пересунути великі пальці до щоки.

Якщо жувальні м'язи надмірно напружені, треба виждати розслаблення їх, не виймаючи пальців з рота. Не забувати захистити пальці бинтом або хусткою. Після вправлення фіксувати щелепу на кілька днів пов'язкою з марлі (праща). Обережно їсти, не розкривати широко рота: можливість звичного вивиху.

ОСТЕОМІЄЛІТ ЩЕЛЕПИ. Остеоміеліти щелеп виникають внаслідок інфікування або з періодонта (періост зуба) — одонтогенний остеоміеліт, або при пошкодженні щелеп, або, нарешті, гематогенним шляхом.

Обмежений остеоміеліт альвеолярного відростка, що виникає внаслідок гнійного періодонтиту, коли гнійний ексудат не виливається через канал кореня зуба або через лунку після екстракції зуба, закінчується звичайно утворенням абсцесів. Вони, локалізуючись під періостом альвеолярного відростка, випинаються або в переддвер'я рота (субперіостально-під'ясновий абсцес), або в ротову порожнину. Якщо допомога подається несвоєчасно, то абсцеси прориваються самостійно в рот або під шкіру щоки.

Лікування. Розрізати субперіостальний абсцес з ротової порожнини; не тампонувати; направити хворого до стоматолога.

В молодому віці, в періоді росту кісток, розвивається інколи гематогенний остеоміеліт в зв'язку з зараженням щелеп мікроорганізмами, які опинилися в крові з якого-небудь вогнища (фурункул, гнійні рани), а також при інфекційних захворюваннях (скарлатина, кір тощо). Починається процес раптово, розвивається бурхливо. Загальний стан стає швидко тяжким, дуже тяжким. Температура висока. Виникають сильні болі в щелепі, набряк обличчя, інфільтрат, регіонарні лімфатичні залози збільшуються, стають болючими. Лікування: негайна госпіталізація хворого.

ФЛЕГМОНА ДНА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ (ANGINA LUDOWICI). Гостре дифузне, з бурхливим перебігом, гнійно-гнильне запалення клітковини діафрагми рота. Причина — інфікування по лімфатичних судинах з ротової порожнини (остеоміеліт щелепи, каріозний зуб, груба екстракція зуба, виразки на язиці, запалення мигдаликів). Іноді походження процесу не ясне.

Виникають набряк та інфільтрація дна ротової порожнини. Язик підіймається вгору. У підборідній ділянці щільна припухлість. Стан хворого тяжкий, швидко погіршується.

Лікування. Екстрена операція під місцевим обезболюванням у лікарні. Обов'язково робити три розрізи: серединний між підборіддям і під'язиковою кісткою і два паралельно краєві нижньої щелепи з розсіканням підлеглих м'язів. Дренаж. Енергійне загальне лікування: переливання крові, серцеві засоби.

РАК ЯЗИКА. Пізнє розпізнавання цієї хвороби — смерті подібне. Ранне — запорука успішного лікування.

Розпізнати або запідозрити рак язика при вдумливому ставленні до хворого не важко. На краю язика (типове місце) з'являється незначне, але звичайно болюче при обмацуванні, горбкувате ущільнення або невелика виразка, яка мало непокоїть хворого. Через деякий час ущільнення ульцерується, а виразка збільшується. Її не тільки видно, але вона й промацується. Краї тверді, вивернуті, товсті.

Майже як правило, описана картина відповідає раковій хворобі.

Передують описаним, уже пізнім, симптомам рака язика прості ульцерації і лейкоплакія (білі бляшки внаслідок надмірного ороговіння і розростання епітелію).

Такі хворі повинні бути під систематичним наглядом хірурга. При наявності ульцерацій або тріщини на язиці не застосовувати ляпісу, запропонувати хворому припинити куріння, санірувати рот, час від часу оглядати його.

ПОШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ГРУДЕЙ

Пошкодження

ПЕРЕЛОМ РЕБЕР (FRACTURA COSTAE). Ребра частіше ламаються у дорослих та стариків, бо у них зменшена, порівняно з юнацьким віком, еластичність грудної клітки. Переломи виникають або на місці прикладання до ребер зовнішньої сили (прямі переломи), або на протязі (пахвові лінії) внаслідок стиснення грудей у передньо-задньому напрямі (непрямі переломи). Пошкоджується звичайно одне ребро, рідше кілька. Частіше ламаються середні ребра, рідше— верхні і нижні. Інколи переломи ребер виникали в зв'язку з різким скороченням м'язів.

Симптоми. При диханні, при кашлі, при обмацуванні місця перелому і навіть далеко від нього хворий відчувае різкий біль. Дихальні екскурсії пошкодженої половини грудей обмежені і болючі. Дихання стае коротким, поверхневим. Часто непокоїть кашель. Аускультуючи хворого, удається нерідко почути крепітацію від тертя уламків ребра.

Необхідно добре пам'ятати, що переломи кількох ребер частково супроводяться розривом міжреберної артерії з кровотечею в плевральну порожнину, а також пошкодженням легенів, що призводить до кровохаркання, підшкірної емфіземи, гемотораксу, пневмотораксу.

Лікування в лікарні. 1 мл 1% розчину морфіну під шкіру. Впорскування в ділянку перелому 10 мл 2% розчину новокаїну на 15° спирті. Іммобілізація пошкодженої половини грудей смужками липкого пластиру, кінці якого заходять за середню лінію на протилежну сторону (накладати, починаючи знизу, під час вдиху). Ознака задовільної іммобілізації — зникнення болів. При переломах ребер у старих людей перебування в постелі небезпечне (пневмонія). При ускладнених переломах ребер лікування складніше.

УШИБ ГРУДЕЙ. При ушибах грудей пошкоджуються або грудна стінка, або і внутрішні органи — розрив легені на більшому або меншому протязі. Крім того, вони супроводяться нервово-рефлекторними розладами. Можливий більш або менш тяжкий шок навіть без скільки-небудь значних порушень цілості грудної стінки або легені.

Простий ушиб грудей, навіть не ускладнений пошкодженнями грудної стінки, грудних органів, супроводиться блідістю, явищами шоку, задишкою, утрудненням дихання, малим і частим пульсом.

Лікування простого ушибу грудей не становить труднощів. Під шкіру впорскують 1—2 мл 1% розчину морфіну. Необхідні спокій, напівсидяче положення. Болісний кашель усувається призначенням всередину кодеїну. Слід застосувати кофеїн і камфору. Корисні переливання невеликих доз крові (100—200 мл) і анестезія блукаючого та симпатичного нервів на шиї. Спостереження за перебігом: врахувати можливість пошкодження легенів (про це далі).

СТИСНЕННЯ ГРУДЕЙ. До числа особливих патологічних явищ, які виникають при пошкодженнях грудей, інколи навіть живота, належить травматичний ціаноз.

Після стиснення грудей виникають найдрібніші крововиливи в шкіру голови, лиця, шиї, верхньої частини грудей, а також у кон'юнктиви. Бувають крововиливи в слизову оболонку рота, глот-

ки, в жирову клітковину орбіт, а також кровотечі з носа, вух. Розвивається різкий ціаноз. Він залежить не тільки від крововиливів, а й від переповнення кров'ю венозних капілярів, що належать до системи верхньої порожнистої вени.

Лікування в лікарні. Цілковитий спокій.

ПОРАНЕННЯ ГРУДЕЙ. Розрізняють непроникаючі рани (плевральна порожнина не розкрита, органи грудей не пошкоджені) і поранення, які проникають тільки в груди (пошкоджена плевра і, можливо, органи грудей), а також поранення, які проникають і в груди, і в черевну порожнину (комбіновані поранення).

Непроникаючі поранення грудей. При них порушується цілість тканин, що лежать поза плеврою (шкіра, м'язи, судини, ребра, лопатка). Бувають рубані, рвані, колоті рани, інколи рани вогнепальні.

Лікування цих поранень здійснюється в лікарні за загальними правилами (хірургічна обробка на всю глибину рани).

Проникаючі поранення грудей. Ці поранення проходять то без ускладнень у плеврі та легенях, то ускладняються пневмотораксом, підшкірною або медіастинальною емфіземою, гематораксом і, нарешті, інфікуванням.

Рановий пневмоторакс — хворобливий стан, який зумовлюється входженням повітря в порожнину плеври через рану стінки грудей або через рану бронха. Якщо рановий канал закривається, утворюється закритий пневмоторакс; якщо він прохідний, настає відкритий пневмоторакс.

При відкритому пневмотораксі повітря при вдиху надходить у порожнину плеври, при видиху виходить з неї. Тиск в порожнині плеври стає позитивним. Подразнюються закінчення доцентрових чутливих нервів. Середостіння зміщується і коливається. Стискуються порожнисті вени. Все це веде до різкого порушення кровообігу і дихання.

В рановому каналі легко може утворитися клапан з пошкодженої тканини, що відкривається в порожнину плеври при вдиху. В цих випадках повітря проникає в порожнину плеври, але не виходить з неї. Виникає небезпечний клапанний пневмоторакс.

Нарешті, при проникаючих пораненнях грудей, можливе утворення підшкірної і медіастинальної емфіземи. Під шкірою повітря скупчується внаслідок нагнітання його з порожнини плеври при клапанному або відкритому пневмотораксі. У клітковину середостіння повітря проникає або безпосередньо з рани бронха, або з порожнини плеври (клапанний пневмоторакс) через рану плеври середостіння.

ГЕМАТОРАКС — скупчення крові у плевральній порожнині — виникає внаслідок пошкодження судин стінки грудей і легені.

Перша допомога. При відкритому пневмотораксі впорскують під шкіру морфін (1—2 мл 1% розчину), вводять ½% розчин новокаїну до блукаючого і симпатичного нервів на шиї (ваго-симпатичний блок за Вішневським). В рану вводять стерильну марльову салфетку, зверху приклеюють кусок клейонки або гумової рукавички або липкий пластир і нарешті накладають тугу ватно-марльову пов'язку. Здійснюючи герметизацію плевральної порожнини липким пластиром, треба смуги його наклеювати черепицеподібно. По можливості роблять переливання крові. Транспортування в напівсидячому положенні в лікарню, де роблять відповідну операцію.

При клапанному пневмотораксі показане невідкладне втручання: введення дренажу в плевральну порожнину, зовнішній кінець якого

опускається у воду (повітря не буде надходити через дренаж назад). Під шкіру морфін.

Невеликі крововиливи в плевру (гематоракс) розсисаються самостійно. При великих (вище кута лопатки) і наростаючих далі — уже через добу необхідно відкачати повільно 500—800 мл крові. Дуже доцільне переливання крові.

Захворювання

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПЛЕВРИТ (PLEURITIS EXSUDATIVA PURULENTA). Розвивається внаслідок інфікування зовні (поранення) або з легені (пневмонія). Можливе гематогенне зараження. Збудники — у дорослих звичайно стрептокок або стафілокок, у дітей — диплокок.

В зв'язку з названими причинами в порожнині плеври з'являється запальний серозний ексудат, який поступово мутніє і стає гнійним. Виникає емпієма. Симптоми: гарячковий стан, утруднення дихання. Приглушення перкуторного звуку, ослаблене дихання, відсутність голосового дрижання. Для визначення характеру ексудату і наявності його провадиться пробна пункція у 8—9 міжреберному проміжку по лопатковій або пахвовій лініях, *обов'язково під місцевим обезболюванням.* Голку вколювати по верхньому краю ребра.

Лікування в лікарні. Повторне відкачування гною і введення в порожнину плеври 200 000 одиниць пеніциліну; розріз між ребрами без резекції ребра (диплококова емпієма у малих дітей); резекція ребра з розкриттям плеври і дренажем у дорослих.

ГОСТРИЙ ПІСЛЯРОДОВИЙ МАСТИТ (MASTITIS PUERPERALIS). Різні форми маститу найчастіше розвиваються у жінок в період годування дитини. Гноєтворні стафілококи і стрептококи проникають у залозу при пошкодженні епітелію в ділянці соска. Виникненню гострого маститу сприяють тріщини соска, неправильне зціджування молока (грубі маніпуляції, розминання молочної залози тощо), порушення гігієнічного режиму. Всі ці фактори діють при умові порушення опірності організму. Розрізняють мастити серозні, гнійні з утворенням абсцесів або розвитком флегмони і, нарешті, інфільтративні.

Серозний мастит починається раптово. Температура підвищується до 38,5—39 градусів, залоза збільшується, в глибині виникає інфільтрат з неясними контурами, шкіра над ним червоніє.

При гнійному маститі інфільтрат збільшений, болючі залози виразніші, стан хворої гірший, температура в межах 38—39 градусів. Кількість лейкоцитів збільшується до 12 000—13 000. Кількість моноцитів, лімфоцитів зменшується, РОЕ — до 40 мм за одну годину.

Флегмонозний мастит розвивається бурхливо. Температура 39,5—40 градусів, озноби. Лейкоцитоз 15 000—18 000, РОЕ — 60—65 мм за годину. Вся залоза інфільтрована, пастозна, болюча. Через шкіру просвічують червоні смуги — запальні лімфатичні судини.

Запальний процес розвивається спочатку в молочних ходах, потім поширюється в паренхімі залози і приводить до гнійного розтоплення останньої. Утворюються гнояки. Вони розміщуються то коло соска (найлегша форма), то в товщі залозистої тканини, то на задній поверхні залози.

Лікування. При серозному маститі припинити на 24—36 годин годування дитини, прив'язати і вміло притиснути залозу, пок-

риту стерильною салфеткою, до грудної клітки широким бинтом без вати. Під залозу ввести до 100 мл 1/4% розчину новокаїну з 50 000 одиниць пеніциліну. В м'язи впорскувати 4 рази на добу по 50 000 одиниць пеніциліну на 1% розчину новокаїну. Призначати холод. Якщо явища затихають — годувати дитину. При явному інфільтраті вводити в нього на протязі 3—4 днів пеніцилін — 100 000 одиниць на 1/2% розчині новокаїну. Годування дитини продовжувати. Якщо утворилися нариви, треба почати лікування пеніциліном. З допомогою товстої голки (місцеве обезболювання!) необхідно відіссати якнайбільше гнійного ексудату, промити порожнину розчином пеніциліну (5000—10000 одиниць в 100 мл фізіологічного розчину), потім ввести в порожнину 25 000—100 000 одиниць пеніциліну в 5 мл 1/2% розчину новокаїну. Пункції робити щоденно. При флегмонозному маститі показана операція, пеніцилінотерапія, переливання крові, аутогемотерапія.

Велике значення має підготовка сосків до годування, особливо у первородящих. Лікувати тріщини сосків і делікатно витирати сосок перед і після годування дитини чистою ватою, змоченою в розчині кальційової солі пеніциліну (100 000 одиниць антибіотика в 100 мл 1/2% розчину новокаїну) або в 1/2% розчині нашатирного спирту. Після годування посипати соски добре подрібненим білим стрептоцидом.

ОПУХИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ. Коли у жінки в молочній залозі виявлено навіть маленький опух, коли вона скаржиться, що у неї з соска залози виділяється кров, треба для точного діагнозу негайно направити хвору до хірурга, не призначаючи ніякого лікування.

ПОШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ЖИВОТА

Пошкодження

Відрізняють закриті пошкодження і поранення живота. Останні поділяються на такі, що не проникають у черевну порожнину, і такі, що проникають в останню.

Закриті пошкодження тканин черевної стінки супроводяться крововиливами в шкіру, в підшкірну клітковину, мускули, або розривом мускулів і навіть судин (art. epigastrica) з утворенням гематом. Бувають і розриви всіх підшкірних шарів черевної стінки, які призводять до виникання травматичної грижі. В кожному випадку закритого пошкодження черевної стінки можливе, крім того, і порушення цілості внутрішніх органів.

Під впливом прямого удару або при падінні на живіт можуть роздавлюватися, лопатися, розриватися і відриватися від брижі кишки — звичайно тонкі, рідше товсті. Можливі розриви і розміжчення паренхіматозних органів — печінки, селезінки, підшлункової залози, нирок.

Пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини ведуть до явищ тяжкого шоку, до якого дуже швидко приєднуються симптоми то інфекційного запалення очеревини (розриви порожнистих органів), то внутрішньочеревної кровотечі (пошкодження печінки і селезінки), розриви судин брижі. Уважне спостереження за хворим і повторне дослідження дають можливість своєчасно розпізнати черевну катастрофу. Напруження м'язів живота, болі, прискорення пульсу, метеоризм, загальний неспокій хворого будуть підставою для вживання екстрених заходів — операції.

Навіть легкі на перший погляд пошкодження живота повинні викликати підозріння щодо порушення цілості внутрішніх органів.

Лікування обов'язково в лікарні. Потерпілого слід негайно транспортувати з додержанням обережностей; надати тулубові підвищеного положення — під коліна ковдру, подушку або будь-який інший предмет; впорснути під шкіру серцеві препарати. Заборонити приймання їжі. Не впорскувати розчину морфіну.

ПОРАНЕННЯ ЖИВОТА. Необхідно відрізняти непроникаючі і проникаючі поранення живота. При перших не порушується цілість парієтальної очеревини. Рани, які проникають у черевну порожнину, поділяються на рани без пошкодження і з пошкодженням органів цієї порожнини. І непроникаючі поранення живота в окремих випадках супроводяться пошкодженням органів, які лежать позаду від очеревини (нирки, підшлункова залоза, деякі місця товстої кишки, печінка).

Наявність навіть незначної рани в ділянці живота — тривожна ознака. Адже вона може виявитися проникаючою. Особливо небезпечні в цьому відношенні колоті рани. Всі вогнепальні рани необхідно вважати за проникаючі.

Лікування таких хворих здійснюється тільки в лікарні. Якщо рана не проникла в черевну порожнину, допомога зводиться до первинної обробки. При пошкодженні тих або інших органів вживаються відповідні заходи — то видалення селезінки, то шов на печінку, то зашивання або резекція порожнистого органу. Результати залежать від часу, що минув з моменту виникнення поранення. Рання операція (через 1—2 години) забезпечує благополучне закінчення, після пізньої (пізніше 6—8 годин) — прогноз дуже несприятливий.

У порядку першої допомоги треба здійснити ті самі заходи, що й при закритих пошкодженнях живота. Якщо через рану випали нутрощі (кишка, сальник), то після змазування шкіри на значному протязі настойкою йоду накладають велику стерильну пов'язку. Потерпілого негайно треба відправити до лікарні.

Захворювання

ГОСТРЕ ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАПАЛЕННЯ ОЧЕРЕВИНИ (PERITONITIS ACUTA). Бактеріальне запалення очеревини виникає при закритих і відкритих пошкодженнях порожнистих органів черевної порожнини, внаслідок гнійно-запальних процесів в органах черевної порожнини, дуже рідко гематогенним шляхом. Звичайна причина інфекційного перитоніту — перфорація (прорив) у вільну черевну порожнину вмісту запаленого червоподібного відростка, вмісту шлунка або дванадцятипалої кишки при виразковій хворобі, тонкої кишки при черевному тифі, жовчного міхура при гострому запаленні, а також перфорація кишки при непрохідності.

Гнійно-запальний процес то обмежується (місцевий перитоніт), то поширюється по всій очеревині (розлитий перитоніт).

Ранні ознаки перитоніту — болі, напруження м'язів живота, нудота і блювання. Язик сухий, пульс частий, температура підвищена, у прямій кишці вона вища, ніж під пахвою. Хворий не може дихати животом, відчуває спрагу. Розвивається метеоризм. Стан хворого швидко гіршає. Риси обличчя загострені, очі запалі, язик дуже су-

хий, пульс гіршає. Блювання, здуття живота, внаслідок паралічу кишок, різко виявлені, неспокій. Гази не відходять.

Лікування. При найменшому підозрінні на перитоніт, при мінімальних ознаках, характерних для цього захворювання (болі і блювання), хворого транспортувати швидко, але обережно в лікарню, додержуючись тих правил, про які було сказано вище (пошкодження живота).

ПЕРФОРАЦІЯ ВИРАЗКИ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ. Виразкова хвороба може ускладнятися перетворенням виразки в раковий опух, гострою кровотечею, звуженням пілоруса, перфорацією. Як тільки шлунковий вміст вилився у вільну черевну порожнину, зараз же хворий відчуває найсильніший гострий ріжучий біль у підложечковій ділянці, схожий на біль від удару кинджалом. Живіт твердий, як дошка. Лице нерідко вкрите потом. Кінцівки холодні. Печінкова тупість, в зв'язку з виходженням газів у черевну порожнину, зникає. Температура нормальна, пульс сповільнений. Почався перитоніт, замаскований явищами шоку від сильного подразнення очеревини. Через деякий час (1—2 години) ці найгостріші явища поволі стихають, і хворий почуває себе краще: *шок закінчився. Це видиме, дуже небезпечне для хворого благополуччя через кілька годин змінюється явним перитонітом, який швидко прогресує.* Увесь живіт болючий, напружений. Пульс стає прискореним, язик сухим. Над хворим нависла катастрофа.

Лікування. Якнайскоріше транспортувати хворого в лікарню для операції при перших, навіть невиразних, ознаках перфорації. Кожна пропущена година — це зменшення шансів на врятування хворого. Після ранньої операції (1—2—3 години з моменту перфорації) видужують майже 100% хворих цієї категорії.

Утриматись від призначення опію або морфіну, не давати проносних і не ставити клізми.

ГОСТРА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК (ILEUS). Гостра непрохідність кишок — тяжка хвороба, яка характеризується складним комплексом симптомів і супроводиться тяжким порушенням функцій організму. Залежно від форми непрохідності переважають або явища шоку, або ознаки інтоксикації, або симптоми порушення кровообігу. Вона виникає внаслідок часткового або повного припинення пересування кишкового вмісту. До непрохідності ведуть різні механічні перешкоди то в кишковому вмісті, то в стінці кишки, то поза нею. Паралізовані або різко спазмовані петлі кишок також перешкоджають пересуванню кишкового вмісту.

Відрізняють два типи непрохідності: 1) ілеус динамічний, 2) ілеус механічний.

В основі динамічного ілеусу лежить або припинення перистальтики кишок в зв'язку з паралічем м'язів кишкової стінки (ілеус паралітичний), або різке скорочення (спазма) кишки (ілеус спастичний). Паралітичний ілеус може наставати при перитоніті, при пошкодженнях спинного мозку, а також живота, які супроводяться крововиливами позаду від очеревини. До нього ведуть частково ниркові й печінкові коліки, діафрагмальні плеврити, перекручування кісти яєчника та інші причини.

Ілеус спастичний трапляється рідко, проте бувае при порушеннях функції вегетативної нервової системи. Параліч і спазма кишки — наслідки порушення іннервації кишки.

Механічна непрохідність настає то як обтураційна, або проста, то як странгуляційна, або гемостатична. В основу відрізняння цих двох видів покладено стан кровообігу кишки і брижі. При обтурації часткове або повне порушення прохідності кишок не супроводиться значними порушеннями кровообігу кишки, бо судини брижі не стиснені. Для странгуляції характерним є порушення кровообігу.

Обтураційна, проста непрохідність починається поступово або розвивається гостро. Вона дає про себе знати припадком болів, що виникають під час проштовхування кишкового вмісту через звужені місця кишки і супроводяться бурчанням. Петля кишки над звуженим місцем посилено перистальтує і в ряді випадків промацується і навіть контурується через черевну стінку. Нарешті, виникає повна непрохідність. Кишки роздуті, дефекація припиняється, з'являється блювання. Стан хворого дедалі гіршає. Якщо не подана допомога, настає смерть.

Странгуляційна непрохідність (заворот кишок з перекрученням брижі, заглиблення однієї кишки в іншу) в 70—80% випадків починається раптово і гостро: сильний біль, блювання, припинення дефекації і виділення газів. Живіт здувається. Спостерігається видима через стінку живота перистальтика. Кровообіг швидко порушується і розвивається стан шоку. Язик сухий, сильна спрага, кінцівки холодні, риси обличчя загострені. Незабаром приєднується перитоніт, і хворий гине. В умовах прекрасної організації охорони здоров'я в Радянському Союзі є всі підстави для того, щоб хворі не опинялися в такому стані при кишковій непрохідності.

Лікування. При найменших ознаках цього захворювання хворого негайно направити в лікарню, де здійснюється, за рідкими винятками, операція.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА. Гострий апендицит (APPENDICITIS ACUTA) — дуже часте захворювання. Спричиняється воно порушенням функції червоподібного відростка нервово-рефлекторного походження. Заглиблення у стінку відростка мікробів (стрептокок, стафілокок та ін.) і виникнення запального процесу — вторинні явища. Заразний фактор часто проникає з просвіту відростка, рідше заноситься течією крові з будь-яких інфекційних вогнищ (наприклад, при ангіні).

Гострий апендицит виявляється в різноманітних патологоанатомічних змінах у відростку. Особливо небезпечний деструктивний апендицит (флегмонозний, флегмонозно-виразковий, гангренозний). Руйнування відростка закінчується перфорацією його.

Запалення відростка завжди супроводиться запаленням очеревини.

Перитоніт то обмежується і закінчується утворенням гнояка, то поширюється все далі й далі і веде до смерті.

Гострий апендицит починається звичайно раптово. Серед цілковитого здоров'я виникають сильні болі під ложечкою або в ділянці пупка. Нерідко нудота, блювання. Обмацування викликає виразні болі в ділянці розміщення сліпої кишки.

Черевна стінка напружена то лише в правій здухвинній ділянці, то в обох, то, іноді, на всьому протязі передньої стінки живота. Відведення руки, що натискає злегка на живіт, викликає різкі болі. Кількість лейкоцитів у крові швидко збільшується. Наростає число молодих форм. РОЕ звичайна, не змінена.

Лікування — негайно направити в лікарню для операції. Не

вживати ні клізми, ні проносних, ніяких ліків. Заборонити приймання їжі. Не впорскувати розчину морфіну! Про все це ніколи не можна забувати: чимало людей загинуло від порушення названих вимог.

ГРИЖІ ЖИВОТА. Грижа виникає внаслідок виходження нутрощів разом з пристінним листком очеревини через щілини черевної стінки. До складу грижі входять грижові ворота, грижовий мішок і внутрішні органи.

Грижові ворота утворюються у слабких місцях черевної стінки, звичайно передіснуючих (пахвинний канал, стегновий канал, пупок і т. д.). Грижові мішки являють собою випинання парієтального листка очеревини то природжені, то набуті. Грижовий вміст — це ті або інші органи черевної порожнини, звичайно сальник і тонкі кишки.

Найважливіші ознаки грижі — поява грижового опуху на животі в ділянці розміщення передіснуючих слабких місць, що виникає то самостійно, то при натужуванні і зникає під впливом тиску на нього або й без цього. Іноді грижа стає невправною.

Грижі можуть супроводитися ускладненнями. Найважливіші з них — защемлення органу, зокрема кишки, у грижових воротах або мішку (один з видів кишкової непрохідності). Можливі два типи защемлення — еластичне (странгуляція) і калове. В першому випадку — під впливом підвищення внутрішньочеревного тиску грижові ворота розширяються, кишка прослизає в грижовий мішок. Коли діяння черевного преса припиняється, грижові ворота звужуються і щільно охоплюють нутрощі.

У защемленій кишці порушується кровообіг. Бактерії та їх токсини проникають у грижовий мішок і викликають запалення останнього.

Якщо допомога запізнюється, кишка швидко мертвіє і, нарешті, перфорується. Виникає гнійно-гнильний перитоніт, хворий гине.

Калове защемлення настає залежно від переповнення калом петлі кишки, що знаходиться в грижовому мішку.

Защемлення грижі характеризується рядом симптомів. З'являються болі. Вправлювана раніше грижа стає невправною. Грижовий опух збільшується, напружується, стає болючий при обмацуванні. Розвиваються ознаки кишкової непрохідності.

Лікування гриж — операція. При защемленні грижі — негайна операція. Слід обережно транспортувати хворого в лікарню. Не намагатися вправляти грижу. В тих випадках, коли грижа самостійно вправилась, операція теж необхідна, навіть тоді, коли пройшов більш-менш довгий час защемлення.

ЗАХВОРЮВАННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ. При найменшому підозрінні на можливість патологічних процесів в прямій кишці обов'язково треба запроваджувати дослідження її пальцем, дзеркалом. Це дає можливість розпізнати раковий опух, встановити наявність доброякісного звуження, пересвідчитися в наявності стороннього тіла і внутрішнього геморою і т. д. Добрий метод — ректоскопія. З допомогою ректоскопа вдається оглянути слизову оболонку кишки на протязі 20—30 см.

ТРІЩИНА ПРЯМОЇ КИШКИ (FISSURA ANI). При цьому утворюється поздовжня тріщина, яка розміщується звичайно по середній лінії на задній стінці кишки між гемороїдальними вузлами або складками слизової оболонки. Звичайні причини тріщини — геморой

і запори. Тріщини викликають сильні болі і спазму сфінктера. Хворі затримують дефекацію, у них виникають запори. Хвороба посилюється і стає тяжкою.

Лікування в лікарні—обережне насильне розтягнення сфінктера заднього проходу під місцевим обезболюванням. Застарілі тріщини треба вирізати і рану зашити. Не можна розтягувати сфінктер в передньо-задньому напрямі. Інші способи лікування майже завжди безрезультатні.

ГЕМОРОЙ (VARICES HAEMORRHOIDALES) — розширення вен, що належать до системи то нижнього (зовнішній геморой), то верхнього (внутрішній геморой) гемороїдальних сплетень. Зовнішні вузли розміщуються під шкірою або під слизовою оболонкою ділянки заднього проходу, внутрішні — вище.

Виникненню геморою сприяє застій крові у зазначених венозних сплетеннях.

Захворювання розвивається поволі. З'являються свербіння і паління. Вузли поступово збільшуються. З внутрішніх, рідше зовнішніх, вузлів під час дефекації виникають повторні кровотечі то у вигляді крапель, то значні.

Інфікування вузлів приводить до тромбофлебіту. Вузли запалюються, випадають за межі сфінктера і защемлюються останнім. Розвиваються найсильніші болі. Сфинктер спастично скорочується.

Лікування. Усунути запори. Фізична культура, рухи, ходьба. Звичайний спосіб — операція. При тромбофлебіті — постільний режим. Сидячі теплі ванни, свічки, 2—3 п'явки на випнуті і запалені вузли, впорскування коло вузлів 40—50 мл ½% розчину новокаїну з пеніциліном (50 000—100 000 одиниць).

ПАРАПРОКТИТ. Парапроктит — гостре гнійне запалення клітковини коло прямої кишки й заднього проходу — виникає в зв'язку з проникненням мікроорганізмів через пошкоджену слизову оболонку (запори, тріщини, геморой). Поверхневі абсцеси локалізуються під слизовою оболонкою або під шкірою коло анального отвору, глибокі — вище, в сіднично-прямокишковій клітковині (fossa ischiorectalis), нарешті, в окремих випадках — над м'язом, який піднімає пряму кишку.

Захворювання починається болями, які швидко стають дуже сильними. Дефекація стає неможливою. Підвищується температура.

Лікування — негайна операція в лікарні.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК, СЕЧОВОДІВ І СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

ПОШКОДЖЕННЯ НИРКИ у вигляді ушибу її, розриву або повного розміжчення настають під впливом травми ниркової ділянки (удар, падіння і т. д.).

Найважливіший симптом значного пошкодження нирки — домішка крові до сечі (гематурія). Коло нирки утворюється гематома.

Лікування в лікарні.

ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВИПУСКНОГО КАНАЛУ. Порушення цілості сечовипускного каналу настають, по-перше, зсередини при грубих маніпуляціях бужами, катетерами, цистоскопом (хибні ходи), по-друге, від зовнішнього насильства. Сильний прямий удар по промежині, удари промежиною об яке-небудь тверде тіло, падіння верхом на тверді тіла призводять до ушибу луковично-промежинної частини сечовипускного каналу з надривом або без надриву слизової

або до розриву каналу. Цілість каналу порушується також внаслідок перелому тазових кісток. При цьому пошкоджуються або слизова і підслизова оболонки, або шари, що лежать поблизу останньої, або, нарешті, всі шари стінки каналу. Нарешті, при переломах тазових кісток можуть виникати пошкодження простатичної та перетинчастої частини каналу.

До типових симптомів пошкодження всіх шарів уретри належать кровотеча з уретри, утруднення або повна затримка сечовипускання, гематома на промежині, яка поступово захоплює мошонку, статевий член. Сеча виливається в клітковину промежини, швидко просочує її. Виникає сечова флегмона, що поширюється на мошонку, пахвину, на нижню частину живота. Температура підвищується, розвиваються септичні явища. Якщо допомога запізнюється, хворий може загинути. В лікарні — спеціальні втручання, зокрема в першу чергу накладання фістули на сечовий міхур, спорожнення гематоми, розрізи при сечовій інфільтрації.

Лікування — тільки в лікарні. Катетера не вводити. При затриманні сечі, в разі крайньої необхідності, допустимий прокол міхура над симфізом по середній лінії. При транспортуванні — морфін, нижні кінцівки у напівзігнутому положенні, під коліна валок. При переломах таза міцно стягти його рушником.

ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА — ФІМОЗ. Фімоз виникає внаслідок звуження кільця на місці переходу внутрішнього листка крайньої плоті у зовнішній. Це звуження може довести до неможливості оголити головку статевого члена.

Фімоз — природжене захворювання. Набутий фімоз виникає внаслідок утворення рубців між крайньою плоттю і головкою.

Скупчувана між головкою і крайньою плоттю сеча та смегма розкладаються. Виникає запалення головки і внутрішнього листка плоті.

Крізь звужене кільце препуціального мішка може прослизнути і защемитися головка члена: настає парафімоз (удавка).

Лікування — операційне. При свіжому парафімозі удається вправити головку. Пізніше розсікається защемлююче кільце.

ЗАХВОРЮВАННЯ І ПОШКОДЖЕННЯ КІНЦІВОК

Варикозне розширення вен нижніх кінцівок

Первинні причини хвороби — природжена слабкість стінки вен і недостатність заслінок. Вторинні — побутові і професійні шкідливості, зв'язані з тяжкою фізичною працею і тривалим стоянням на ногах.

Розширюються переважно вени, які належать до системи великої підшкірної вени нижньої кінцівки (v. saphena magna). Розширені вени зміеподібно покручені або мають вигляд вузлуватомішкоподібних випинань. Нерідко спостерігаються циліндричні розширення вен.

Шкіра над вузлами стоншується і спаюється з ними. Внаслідок дрібних крововиливів вона зазнає пігментації. Тривалі порушення живлення шкіри ведуть до ульцерації її (вкривання виразками). Можливі ускладнення — тромбофлебіт і зовнішні кровотечі з варикозних вузлів після розриву їх на тих місцях, де різко стоншена шкіра.

Розпізнати захворювання неважко.

Допомога і лікування. Добрий спосіб — постійне бинтування кінцівки фланельовим або бумазейним бинтом. При стійких ульцераціях застосувати желатинову пов'язку Інна.

Gelatinae albae

Zinci oxydati aa 20,0

Glycerini

Aq. destillatae aa 80,0

Пасту розігріти у водяній бані. Користуючись малярською щіткою, змазати пастою стопу й голінку. Накласти широкий м'який марльовий бинт без *складок* і *перегинів*. Знову покласти пасту і знову бинтувати. Так робити 5—6 разів.

Радикальне лікування — операція або введення у вузли деяких склерозуючих речовин.

Врослий ніготь

Хронічне гнійне запалення нігтьового валка з утворенням виразки, яке виникає внаслідок вростання в нього переважно внутрішнього краю нігтьової пластинки. Спостерігається майже виключно на великому пальці ноги.

Причини — механічний тиск на ніготь і на палець, спричинюваний тісним взуттям. Важливі сприяючі причини—зрізування кутів нігтя і недостатній туалет стопи ноги. Захворювання починається болями, почервонінням, опуханням нігтьового валка. Минає деякий час, і виникає виразка. Вона інфікується. Розростаються грануляції. Виділяється в невеликій кількості гноєподібна зловонна рідина. Процес прогресує, болі посилюються.

Профілактика і лікування. Не зрізувати кутів нігтя. Щоденний старанний туалет стопи (мило й вода). На початку захворювання відсовувати запалений валок від бокового краю нігтьової пластинки і підводити під останній марльову смужку, просочену стрептоцидною або пеніциліновою маззю. В запущених випадках — операція в лікарні.

Клишоногість

Деформація стопи — у величезній більшості випадків природжена, частіше двобічна. Основні компоненти деформації — приведення, супінація і підошовне згинання стопи, виявлені різною мірою. Несвоєчасне лікування веде до тяжких наслідків.

Лікування. Направити в лікарню. Рання ручна редресація в поєднанні з корегуючими пов'язками, почата з перших днів життя дитини, забезпечує успіх.

Пошкодження пальців руки і кисті

Уколи осколками дерева, цвяхом, дротиною, склом, особливо голкою під час операції або перев'язування при гнійно-запальних процесах небезпечні. Інфікування вузького ранового каналу може

привести не тільки до тяжкого панариція, а й до зараження крові.

Перша допомога і лікування. Не спиняти кровотечі, поки не зсядеться кров. Не змазувати шкіри настойкою йоду, поки виливається кров. Старанно вимити кисть і пальці мильною теплою водою або $^1/_2$% теплим розчином нашатирного спирту. Покласти на палець ватньо-марльову пов'язку. По змозі на добу забезпечити спокій кінцівці. Косинка. Якщо виникнуть болі, негайно направити хворого до лікарні.

Гострі гнійні процеси пальців і кисті

ПАНАРИЦІЙ (PANARITIUM) — гнійне запалення пальців руки. До панариція належать такі хворобливі стани:

Паронихія (Paronichia). Гнійне запалення принігтьового валка.

Причина хвороби — надриви епідермісу принігтьового валка (задирки) або пошкодження його при манікюрі.

Уже на другий — третій день з'являється гноячок. Процес розвивається то швидко, то повзе повільно. Він може обійти весь ніготь. Гнояк прориває назовні, або, що буває частіше, поширюється під ніготь. Настає піднігтьовий панариція.

Лікування. Як тільки позначився гноячок (жовта точка під епідермісом валка або під краєм нігтя), треба негайно допомогти хворому.

Площиною скальпеля дуже обережно, не завдаючі болів, відшаровуємо принігтьовий валок від нігтя. Через 5—10—15 хвилин, іноді раніше, операція має успіх: з'являється крапелька гною. Іноді виникає потреба розкрити ледве помітне вогнище під краєм нігтя. Дуже обережно скальпелем, не поспішаючи, зрізують ніготь на обмеженій ділянці, здіймають пластинку за пластинкою доти, поки не з'явиться гній. Щоб дренувати порожнину, слід викроїти вузеньку смужку (0,5—1 мм) з тонкої гумової рукавички. Кінець її вкладають в ділянці розрізаного гнояка. Після операції — пов'язка з 5% розчином хлористого натрію, косинка.

Піднігтьовий панариція (panaritium subunguale). Звичайно виникає залежно від паронихії. Процес, якщо не запроваджується раціональне лікування, триває кілька місяців. Ніготь поступово відшаровується, частіше цілком, рідше частково. Гостра форма піднігтьового панариція спричиняється пораненнями ділянки кореня нігтя (уколи) і розвивається швидко.

Лікування — в лікарні. Під місцевим обезболюванням викроюють клапоть шкіри з підшкірною клітковиною, обернений основою до проксимальної частини пальця, і резектують основу нігтя. Решту не відокремленого ще нігтя не слід видаляти, щоб запобігти дуже неприємним гіперестезіям. Для швидшого одужання можна ввести в плечову артерію 50 000—100 000 одиниць пеніциліну, розчиненого в 10 мл фізіологічного розчину.

Шкірний панариція. Абсцес розвивається під роговим шаром епітелію — звичайно на долонній поверхні нігтьової фаланги. Процес може поширюватися то по поверхні, то в підшкірну клітковину.

Лікування. Вирізати роговий шар, спорожнити гнояк.

Підшкірний панариція. Запалення спалахує найчастіше в клітковині нігтьової фаланги. З'являється припухлість, палець набрякає

з долонної сторони, потім і на тильній. Шкіра спочатку не змінена. Через 3—4 дні і вона починає розтоплюватися. Виникає гнійна фістула (нориця), незабаром з'являються грибовидні грануляції.

Хворий відчуває найтяжчі болі, не спить, щадить палець. Увечері температура підвищується.

Лікування — в лікарні. Під бездоганним провідниковим місцевим обезболюванням або під ефірним наркозом з долонної сторони роблять розріз у формі невеликого овала. Пов'язка з 5% розчином хлористого натрію, косинка. Груба помилка — робити операцію лише після першої безсонної ночі. Введення пеніциліну в плечову артерію і тут доцільне. При сухожильному і кістковому панаріціях необхідно якнайшвидше направити хворого в лікарню. Вони небезпечні, лікування їх вимагає чимало вміння.

Гнійні процеси кисті

ШКІРНИЙ АБСЦЕС ДОЛОНІ. Гнояк розміщується під роговим шаром шкіри. Болі точно відповідають місцю, де відбувається процес.

Лікування. Розрізати пустулу, видалити змертвілий роговий шар, накласти пов'язку з стрептоцидною маззю.

НАГНОЄНА МОЗОЛЯ ДОЛОНІ. Гнояк локалізується під епідермісом, звичайно біля основи пальців, де часто виникають мозолі. Можливе поширення запалення на підшкірну клітковину.

Лікування. Розрізати гнояк, видалити мозолю.

ВИВИХИ І ПЕРЕЛОМИ КІНЦІВОК

Вивихи

ЗАДНІЙ ВИВИХ ВЕЛИКОГО ПАЛЬЦЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ. Під впливом діяння сили на долонну поверхню великого пальця може настати неповний або повний задній вивих його. При повному вивиху основна фаланга пальця, внаслідок насильного перерозгинання його у п'ястково-фаланговому зчленуванні, зміщується на тильну поверхню п'ясткової кістки, тягнучи за собою сесамовидну кісточку, і встановлюється у вертикальному положенні на більшому чи меншому віддаленні від переднього суглобового кінця цієї кістки. При цьому п'ясткова кістка натягує суглобову капсулу, прориває її, розриває бокові зв'язки суглоба і виходить в м'які тканини.

Клінічна картина типова: основна фаланга стоїть вертикально до п'ясткової кістки, нахилена в уявному напрямі, активні рухи в суглобі зовсім неможливі. Під шкірою промацується головка п'ясткової кістки.

Вправляння. Фіксувати передпліччя (помічник) над променево-зап'ясним суглобом. Захопити міцно основну фалангу. Ще більше посилити стан розгинання і просунути палець ззаду наперед так, щоб основа фаланги ковзала по тильній поверхні п'ясткової кістки. Сесамовидні кісточки і за ними фаланга зсковзують на своє місце. Операція провадиться під місцевим обезболюванням або під наркозом.

ВИВИХ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ. Майже як правило передпліччя виходить з суглоба назад (задній вивих обох кісток). Механізм вивиху: при падінні на долонну поверхню випрямленої руки настає перерозгинання в ліктьовому суглобі, олекранон упирається в ямку плечової кістки, яка лежить над блоком кістки, вінцевий відросток виходить із своєї ямки, капсула спереду розривається. Утворюється повний задній вивих.

Клінічна картина ясна.

На задній поверхні суглоба визначається виступ, утворений ліктьовим відростком, над ним помітно заглибину. Спереду в ділянці ліктьового згину промацується випнута під шкірою головка плечової кістки. Ділянка ліктьового суглоба збільшена в передньо-задньому напрямі. При пасивних рухах суглоб пружинить. Для точного діагнозу потрібна рентгенографія (перелом плечової кістки!).

Перша допомога — косинка. Для вправлення вивиху направити хворого в лікарню.

ВИВИХ ПЛЕЧА. На вивихи в плечовому суглобі припадає більше 50% всіх вивихів. Крім рідких випадків, плечова кістка вивихується вперед і всередину звичайно під дзьобовидний відросток лопатки, іноді всередину від нього.

Вимушене положення кінцівки, різке обмеження функцій, пружинний опір при пасивних рухах; контури суглоба не круглі, а кутасті; ямка під акроміальним відростком. Хворий підтримує здоровою рукою вивихнуту кінцівку, голова і тулуб нахилені в напрямі вивиху.

Допомога і лікування. Негайно вправити вивих. Амбулаторно рекомендується застосувати спосіб Джанелідзе. В порожнину плечового суглоба вводять 30—40 мл 1% розчину новокаїну. Техніка: укол роблять під суглоби між ключицею і акроміальним відростком. Напрям голки — до середини, донизу, наперед. Хворого кладуть на стіл тим боком, де виник вивих, а його голову — на маленький столик. Кінцівка звисає донизу. Під голову і під край лопатки підкладають невелікі тверді подушки (мішки з піском). Через 10 хвилин, сидячи спереду, згинають руку в ліктьовому суглобі, відтягують її донизу. Дві—три ротації кінцівки — і вивих майже завжди вправляється. Не пощастило — треба направити хворого в лікарню, фіксувавши руку косинкою.

ВИВИХ СТЕГНА. Вони трапляються рідко (5—7%). Переважають зміщення головки стегнової кістки назад і догори (клубовий вивих), назад і донизу (сідничний вивих). Насильствене раптове згинання в кульшовому суглобі, яке супроводиться приведенням і поворотом ноги всередину, приводить до розриву капсули суглоба. Головка виходить крізь утворену щілину і встановлюється над вертлужною западиною. У другий момент, під впливом дальшого діяння зовнішніх сил, вона пересувається на зовнішню поверхню клубової кістки (клубовий вивих), або вгору від сідничного горба (сідничний вивих). Для задніх вивихів стегна, особливо сідничного, характерні приведення поверхні всередину та згинання кінцівки. Великий вертел стоїть вище лінії, яка з'єднує передню ость клубової кістки з сідничним горбом. Активні рухи неможливі, пасивні — пружинисті. Для точного діагнозу потрібна рентгенографія.

Допомога і лікування. Хворого треба направити негайно в лікарню. Ніяка іммобілізація не потрібна. Транспортувати в лежачому положенні на м'якій підстилці.

ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦІ. Ключиця ламається звичайно в середній третині або на межі середньої третини з зовнішньою. Можливі переломи в кількох місцях.

Розпізнавання не становить особливих труднощів. Зміщення видно на око. Центральний уламок підтягнутий грудинно-ключично-сосковим м'язом вгору, кінець його промацується під шкірою, зовнішній відтягується вниз і не завжди промацується. Функція кінцівки порушена. Потрібне рентгенографічне дослідження.

Допомога і лікування. Косинка, направити хворого в лікарню. При незначному зміщенні і при переломах без зміщення — функціональне лікування поза лікарнею: на кілька днів косинка, потім активні рухи, обсяг яких поступово повинен збільшуватися.

ПЕРЕЛОМИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ. Типове місце центральних переломів (верхній відділ плечової кістки) — хірургічна шийка, що розміщується під горбками. Переломи над горбками (анатомічна шийка) трапляються дуже рідко. Виникають ці переломи переважно у людей похилого віку в зв'язку з непрямим насильством (падіння на плече, лікоть, кисть). Для точного діагнозу обов'язкова рентгенографія.

Лікування стаціонарне в лікарні. Фіксувати кінцівку. Транспортувати дуже обережно: якщо і немає зміщення уламків, воно може настати. Виникле зміщення може збільшитись.

На переломи діафіза припадає 50% усіх переломів плечової кістки. Деформація, ненормальна рухомість, крепітація, порушення активних рухів — звичайні ознаки переломів діафіза. Завжди треба перевірити, чи не пошкоджено променевий нерв (неможливість розігнути кисть і пальці).

Переломи нижнього кінця плечової кістки — важкі переломи. Найчастіше виникає надвиростковий перелом, особливо в дитячому віці.

Допомога і лікування. Транспортна іммобілізація. Шина Крамера або гіпсова лонгета від здорового надпліччя по спині до головки пошкодженої кістки і далі по тильній поверхні плеча, передпліччя і кисті до кінця пальців. У пахвову западину вмістити рушник або ватну подушку. Накласти на кінцівку бинтову пов'язку, передпліччя на косинку, прибинтувати кінцівку разом з косинкою до тулуба. В крайньому разі — косинка без шини.

Лікування в лікарні — скелетне витягання, інколи гіпсова пов'язка або операція (фіксація уламків пластинами лауреата Сталінської премії К. М. Климова).

ПЕРЕЛОМИ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ. Найбільш характерні переломи кісток передпліччя — це перелом ліктьового відростка, перелом діафіза обох кісток, перелом променевої кістки в нижньому кінці.

При переломі ліктьового відростка необхідна операція. Переломи обох кісток діафіза можуть завжди супроводитись значним зміщенням уламків. Репонувати їх нелегко, а утримати в правильному положенні ще важче. Отже, таких хворих доводиться оперувати з метою фіксування уламків, наприклад, пластинами Климова.

Променева кістка (типовий перелом) ламається на віддалі 10—25 (30) мм від нижнього кінця її при падінні на витягнуту руку.

Периферичний уламок разом з кистю зміщується в тильну сторону, центральний — у долонну, кисть — у сторону променевої кістки. При огляді передпліччя у профіль вісь передпліччя виявляється викривленою ніби виделка або багнет. При обмацуванні по лінії перелому хворий відчуває різкі болі.

Допомога і лікування. Накласти шину на передпліччя, застосувати косинку, направити хворого в лікарню для рентгенографії, репозиції уламків і накладання гіпсової лонгети.

Способи вправляння. Місцеве обезболювання. Руку зігнути в лікті під прямим кутом. Ручне витягання за пальці протягом 5 хвилин. Встановити кисть у положення долонного згинання, пронації і відведення вбік ліктьової кістки. Встановити в правильне положення периферичний уламок тисненням на нього. Не припиняючи витягання, накласти гіпсову лонгету від верхнього кінця передпліччя до головок п'ясткових кісток (для великого пальця зробити проріз). Моделювати шину і прикріпити марльовим бинтом. Витягання продовжувати, поки пов'язка не затвердіє. Косинка. Контрольна рентгенографія. Якщо уламки стоять в неправильному положенні, обов'язково необхідна повторна репозиція.

ПЕРЕЛОМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ. Відрізняють переломи верхнього кінця, переломи діафіза і переломи нижнього кінця стегнової кістки.

Переломи верхнього кінця стегна за рідкими винятками — це переломи шийки, що виникають звичайно у людей віком понад 50 років. Діафіз ламається частіше в середній третині, — рідше — у верхній третині, ще рідше — у нижній. В ділянці нижнього кінця стегна виникають надвиросткові переломи і переломи суглобового кінця кістки.

Ознаки переломів стегна залежать від локалізації їх. При переломах шийки хворий не може підняти стопу з ліжка, нога повернена під діянням сили ваги назовні, вкорочена на 2—3 см. Великий вертел стоїть вище від лінії, яка з'єднує верхню передню ость клубової кістки з сідничним горбом, а в нормі він стоїть на рівні і посередині між указаними точками.

Для точного діагнозу всіх видів переломів стегна необхідна рентгенографія.

Перша допомога і лікування. Виняткове значення має транспортна іммобілізація кінцівки, здійснювана фанерними, дерев'яними або дротяними драбинчастими шинами Крамера, гіпсовими лонгетами, шинами Дітеріхса, підручними планками, залежно від умов, де виник перелом. При фіксації кінцівки підручними планками, шинами Крамера одну пластину, обгорнуту ватою і обв'язану старанно широким бинтом, прикладають від стопи до пахви, другу — від стопи до промежини. Обидві пластини прикріплюються бинтами, смужками якої-небудь полотняної тканини, ременями до ноги; зовнішня, крім того, і до тулуба. Всі кісткові виступи прикрити (вата, м'яка трава, рушник і т. ін.). На стопу восьмиподібна пов'язка. Найкраща транспортна шина — шина радянського хірурга Дітеріхса. Її треба мати напоготові в медичних пунктах на виробництвах, в польових станах і на станціях швидкої допомоги. Транспортувати хворого треба надзвичайно обережно. Лікування тільки в лікарні. Найзадовільніші наслідки дають скелетне витягання і операція. Відкриті переломи поза лікарнею не вправляти! На рану накласти стерильну пов'язку, іммобілізувати, хворого транспортувати в лікарню.

ПЕРЕЛОМИ ГОЛІНКИ. Переломи діафіза обох кісток голінки займають щодо частоти друге місце після переломів передпліччя. Особливе значення мають надвиросткові переломи в ділянці метафіза і переломи кісточок, бо при неправильному лікуванні їх настають тяжкі наслідки.

Перша допомога і лікування. Бездоганна транспортна іммобілізація. Шинувати кінцівку обов'язково до середини стегна. Якомога швидше направити хворого в лікарню.

В разі неможливості забезпечити якнайшвидше лікарняне лікування, треба спробувати застосувати репозицію при переломах кісточок у позалікарняній обстановці. Впорснути в ділянку перелому 30—40 мл 1% розчину новокаїну, стиснути руками ділянку надп'ятково-гомілкового суглоба, поки не позначаться кісточки, зігнути коліно під прямим кутом (вигідніше посадити хворого на стіл із спущеними ногами); п'ятку супінувати, передню частину стопи пронувати, подати всередину зовнішню кісточку, а з нею і всю стопу; накласти шинно-гіпсову пов'язку і відправити хворого в лікарню для рентгенографії та лікування. Згадаймо, як розуміти поняття «супінувати» і «пронувати». Покладемо праву долоню на стіл. Вона лежить в положенні пронації. Будемо обертати передпліччя за ходом годинникової стрілки, і ми переведемо кисть у положення супінації. Це саме стосується і до стопи.

ПОШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА

ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ. Під впливом прямого насильства (удар, падіння на спину) можуть настати *ушиби хребта*. В зв'язку з надмірними згинанням і розгинанням, поворотами виникає дисторсія звичайно в шийному, рідше в поперековому відділі хребта з розривом зв'язок хребтових суглобів.

Лікування. Спокій. Впорскування $^1/_2$% розчину новокаїну в болючі місця, масаж, ранні активні рухи.

Сильні удари по остистих відростках можуть спричинитися до *переломів* цих *відростків* (сьомий, шийний, нижні й верхні грудні), до переломів дужок. Зрідка трапляються переломи поперечних відростків поперекового відділу хребта. Причина їх — прямий удар, швидке й сильне скорочення мускулів.

Лікування — в лікарні. Обов'язкові рентгенографія і дослідження стану спинного мозку.

Надмірне насильствене згинання хребта, тиснення по осі, інколи прямий удар можуть викликати перелом тіла одного або кількох хребців або перелом з вивихом. *Переломи хребців, переломи з вивихом* виникають звичайно при падінні з висоти на голову чи на ноги, під впливом діяння ваги на голову чи зігнуту спину. Можуть виникнути ізольовані переломи тіл хребців у грудинно-поперековому відділі хребта. Всі переломи хребта супроводяться тяжким шоком. Прогноз визначається в основному залежно від цілості чи пошкодження спинного мозку. Для точного розпізнавання характеру пошкодження необхідне ранне рентгенівське та неврологічне дослідження.

Перша допомога і лікування. Запровадити протишокові заходи. Уберегти хворого від можливої додаткової травматизації (зміщення уламків). При транспортуванні в лікарню покласти хворого на тверді носилки в положенні на животі, підклавши під груди подушку (розвантаження хребта). Якщо пошкоджена шийна

частина хребта, транспортувати в положенні на спині (валок під шию, тверді носилки).

Лікування — в лікарні.

ПЕРЕЛОМИ ТАЗА

При стисненні таза (груба травма) в передньо-задньому напрямі на рівні лобкового зрощення ламаються на одній або на обох сторонах гілки лобкової або лобкової і сідничних кісток. Сили, прикладені до таза в поперечно-боковому напрямі, спричиняють перелом передньої половини тазового кільця і навіть розрив зв'язок, що розміщуються ззаду між крижами і клубовими кістками; можливий також вертикальний перелом клубової кістки. Зустрічаються випадки ізольованих переломів кісток таза від прямого насильства.

Переломи таза супроводяться тяжким шоком. Можливі ускладнення — пошкодження сечовипускного каналу (повний або частковий розрив), інколи сечового міхура з наступним перитонітом, сечовою інфільтрацією тканин таза, стінки живота.

Перша допомога і лікування. Енергійні протишокові заходи. Транспортувати в лікарню на твердих носилках з напівзігнутими ногами. Під коліна — валок. Стягти міцно широким рушником таз і верхні третини стегон (див. *«Пошкодження сечовипускного каналу»*).

ДЕСМУРГІЯ

Десмургія — вчення про накладання пов'язок. Існують терміни: пов'язка і перев'язка. Вони вживаються то як синоніми, то їм надається різного значення. До поняття «пов'язка» входять: а) всі матеріали, що накладаються на рану з метою лікування її, б) лікувальні заходи щодо рани або виразки, в) технічні прийоми, г) способи вдержання матеріалу на місці. У вузькому значенні слова під пов'язкою розуміють зовнішній шар перев'язки. Слово «перев'язка» має подвійний зміст. По-перше, воно застосовується для позначення акту зміни пов'язки (перев'язування), по-друге, під назвою «перев'язка» розуміють лікувальний акт, для здійснення якого застосовується перев'язний матеріал, лікарські речовини і т. д.

Пов'язка звичайно складається з трьох шарів—глибокого, середнього і зовнішнього. До першого належать марльові салфетки і марльові тампони. До другого — гігроскопічна вата і лігнін, до третього — укріпний бинт. Залежно від особливостей глибокого шару відрізняють: сухі пов'язки, вологі асептичні або антисептичні, мазьові.

Основні види пов'язок такі: а) притискувальна, б) укріпна, в) підтримуюча, г) нерухома, д) нерухома з одночасним витяганням.

Механічні завдання пов'язки — захистити частину тіла від зовнішніх шкідливостей і укріпити перев'язний матеріал, накладений на рану. Пов'язка укріплюється липким пластиром, колодієм, клеолом, косинкою, пращею, бинтом.

Притискувальні пов'язки застосовуються для спинення кровотечі, для протидіяння венозному застоєві, а також з метою прискорення розсисання крововиливів і суглобових випотів. Так, після ушибу і розтягнень колінного суглоба в порожнині останнього іноді виникає крововилив або скупчується рідина. Негайне накладання притискувальної пов'язки, яка захоплює кінцівку до середини стегна, значно сприяє швидкому відновленню функції.

При розширенні вен голінки еластичне стиснення кінцівки також дає полегшення. Для цього застосовуються або спеціальні бинти, або навіть фланельові чи полотняні. Корисна пластирна пов'язка при хронічних виразках голінки. Викроюється 5—6 смужок пластиру — ширина 3 см, довжина повинна перевищувати цей розмір на одну третину кола голінки. Пов'язка накладається так: середина смуги вміщується на задній поверхні голінки трохи нижче виразки. Обидва кінці натягаються і накладаються на передньо-бокові поверхні голінки, перехрещуючись спереду. Після цього так само накладається друга смуга, за нею третя і т. д. Кожна дальша смуга повинна прикривати третину ширини попередньої. Пластир укріплюється бинтом, іноді легкою гіпсовою пов'язкою.

Як укріпний матеріал застосовуються: косинка, праща, бинти.

Косинка — трикутний кусок будь-якої тканини. Викроюється розрізуванням квадрата по діагоналі. Довжина основи трикутника 70—90 см.

Косинкову пов'язку можна успішно застосовувати для закриття рани голови, живота, грудей, сідниць, кисті і стопи.

Правильно накладена косинка дуже добре підтримує верхню кінцівку, зокрема передпліччя.

Праща являє собою смужку матерії або бинта, обидва кінці яких розрізані в поздовжньому напрямі так, щоб середня частина лишалася цілою. З допомогою пращі накладаються пов'язки на ніс, на підборіддя, на потилицю.

Т-подібна пов'язка накладається на ділянку промежини, при перев'язуваннях носа і замість суспензорія на мошонку.

Загальні правила бинтування:

а) головка бинта в правій руці, кінець у лівій;

б) бинтувати від периферії до центра;

в) стискати тканини рівномірно, не занадто туго і не занадто слабко;

г) подбати, щоб пов'язка була красива, не заважала хворому, не порушувала кровообігу, не спричиняла болю, не врізувалася в тіло;

д) не повертатися спиною до хворого;

е) не впускати бинта на підлогу, а впустивши, замінити іншим.

НЕРУХОМІ ПОВ'ЯЗКИ. Одні з них твердіючі, інші — шинні. До твердіючих належать гіпсові, крохмальні. Для шинних пов'язок застосовуються різної величини з різного матеріалу пластини або жолоби.

Нерухомі (затримні) пов'язки застосовуються для створення і забезпечення цілковитого спокою кінцівки при травмах і запальних процесах. Призначення їх подвійне:

1) забезпечення спокою під час транспортування пораненого або хворого (транспортна іммобілізація);

2) лікування в умовах стаціонару.

З твердіючих пов'язок перше місце по праву займає гіпсова пов'язка.

Застосував її вперше у нас Пірогов. Гіпс — чудовий матеріал для іммобілізації органів опори і руху.

Перед застосуванням гіпсу треба пересвідчитися в доброякісності його. Готують бинт, намочують його у воді і накладають 5—6 ходів на пляшку. Через 5—15 хвилин пов'язка повинна висохнути і після зняття зберігати свою форму. Кулька, скачана з гіпсової каші (5 частин гіпсу і 3 частини води), через 5—15 хвилин твердіє.

Для прискорення застигання треба користуватись гарячою водою (температура 40—50° Ц), або додати до води галуну (300,0 на відро).

Іноді поганий гіпс стає придатним після висушування в духовці або на плиті. При нагріванні до температури понад 200° Ц він втрачає здатність сполучатися з водою (перепалений гіпс).

Гіпсові бинти заготовляються напередодні або в день застосування їх. Довжина бинта не повинна перевищувати 3—3,5 м, ширина 15—18 см.

Широко застосовуються гіпсові лонгети. Ширина лонгети повинна відповідати двом третинам верхньої або нижньої кінцівки. Товщина—чотири шари марлі для верхньої кінцівки, шість—для нижньої.

З допомогою гіпсу накладаються циркулярні, лонгетні, вікончасті і мостовидні пов'язки. Перше місце займають циркулярні та циркулярно-лонгетні пов'язки.

Гіпсову пов'язку не закривати до повного висихання. Пальці прикрити ватою. Проти охолодження тіла застосовуються грілки, світлові ванни. Поставити ліжко біля груби, батареї.

Пильно стежити за пальцями. Коли пальці холодні, або мертвенно бліді, що є ознакою серйозного порушення кровообігу, негайно розрізують пов'язку на всьому протязі і потім скріплюють її марльовим бинтом. Якщо виникають сильні болі в ділянці кісткових виступів, треба негайно розрізати пов'язку й усунути тиск. *Не впорскувати розчину морфіну!* — в зв'язку із зменшенням болів можна не помітити небезпечні розлади кровообігу.

ШИННІ ПОВ'ЯЗКИ. Шинні пов'язки застосовуються для тимчасової, звичайно транспортної іммобілізації при поданні першої допомоги. Матеріал, з якого виготовляють шини, різноманітний. Необхідність може іноді, в позалікарняних умовах, змусити користуватися пучками соломи, лозою, комишем, підручною дерев'яною пластиною і т. д. Для подання першої допомоги на полі слід заздалегідь заготовляти стандартні шини з лубка, картону, дерева або дроту. Дротяні шини (крамерівські) легкі, гнучкі і легко можуть бути пристосовані довсякої частини тіла. Під час війни виправдала себе всім відома транспортна шина Дітеріхса. Вона повинна бути на постачанні тимчасових сезонних медичних пунктів, які організуються у весняно-літньо-осінній період під час польових робіт. Укріплюються шини бинтами або підручним матеріалом залежно від обстановки, в якій накладається шинна пов'язка. Як підручний матеріал можуть бути носові або головні хустки, косинки, рушники, ремені і т. д.

ПЕРЕЛИВАННЯ (ТРАНСФУЗІЯ) КРОВІ

ГРУПИ КРОВІ. Запровадженню цього способу лікування передувало тривале вивчення індивідуальних властивостей крові. Доведено, що еритроцити одного виду тварин у присутності кров'яної сироватки іншого виду тварин підпадають склеюванню і розчиненню. Ці явища названі *гетероаглютинацією* і *гетерогемолізом.* Згодом виявилося, що такі ж реакції можуть виникати між еритроцитами і сироватками, взятими від представників одного виду тварин (*ізоаглютинація і ізогемоліз,* тобто реакція в межах виду).

Наступні дослідження показали, що й при змішуванні еритроцитів однієї людини з сироваткою іншої нерідко настає аглютинація.

Кров людей можна розподілити за її ізоаглютинаційними властивостями на чотири групи. Реакція ізоаглютинації виникає при

зустрічі групових антигенів і антитіл. Групових антигенів, на які доводиться зважати при переливанні крові, два. Вони містяться в еритроцитах. Групових антитіл також два, але вони містяться в сироватці. Антигени прийнято позначати буквами А і В, називати ізоаглютиногенами, а групові антитіла позначати грецькими буквами α (альфа) і β (бета) і називати ізоаглютинінами.

Зустріч однойменних ізоаглютиногенів та ізоаглютинінів (наприклад, А і α, В і β неминуче веде до реакції ізоаглютинації, Отже, в крові кожної з чотирьох груп не можуть бути одночасно аглютиноген А і аглютинін α або аглютиноген В і аглютинін β. Навіть більше, якщо в крові є обидва аглютиногени (А і В), то в ній немає й обох аглютинінів (α і β). І, навпаки, при наявності обох аглютинінів (α і β), обидва аглютиногени (А і В) відсутні. На підставі сказаного неважко побудувати класифікацію груп. Запропоновано позначати групи, називаючи їх першою, другою, третьою і четвертою: I, II, III, IV.

Ізоаглютиногенів два. У застосуванні до чотирьох груп це означає: а) їх може не бути, б) вони можуть бути нарізно, в) вони можуть бути разом. Виходячи з відсутності або наявності в крові ізоаглютиногенів, прийнято позначати відповідно й групи. Отже, людей можна поділити за аглютинаційними властивостями їх крові на чотири групи:

Група	Аглютиногени	Аглютиніни
O(I)	O	$\alpha\beta$
A(II)	A	β
B(III)	B	α
AB(*IV*)	AB	0

Групи позначаємо так: перша — 0(I), друга — А(II), третя — В(III), четверта — АВ(IV). Це правило строго обов'язкове.

ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП КРОВІ. Визначення груп крові полягає в розпізнаванні наявних у ній невідомих антигенів і антитіл. Для цього треба мати або відомі антитіла (аглютиніни), або відомі антигени (еритроцити), або ті й інші. Звичайно невідомі групи крові визначаються за відомими сироватками, в яких є аглютинін.

Все викладене легко зрозуміти з нижченаведеної таблиці:

Невідомі еритроцити	Відома сироватка, яка містить аглютинін α (альфа)	Відома сироватка, яка містить аглютинін β (бета)	Група
	—	—	O(I)
	+	—	A(II)
	—	+	B(III)
	+	+	AB(*VI*)

Примітка: Мінус означає — аглютинація не настала, плюс — аглютинація настала.

Читаємо добуті результати:

а) Аглютинація невідомих еритроцитів не настала. Отже, вони не містять аглютиногенів. Висновок: група крові перша, тобто 0(I).

б) Невідомі еритроцити підпали аглютинації в присутності аглютиніну α (альфа). Аглютинін β (бета) на них не діяв. Отже, в даних еритроцитах є аглютиноген А, але не В. Висновок: група крові друга, тобто А(II).

в) Невідомі еритроцити аглютиновані аглютиніном β (бета). Аглютинін α (альфа) на них не діяв. Отже, в них немає аглютиногену А. Висновок: група крові третя, тобто В(III).

г) Нарешті, невідомі еритроцити аглютиновані обома аглютинінами — і α (альфа), і β (бета). Очевидно, в них є аглютиногени А і В. Висновок: група крові четверта, тобто АВ(IV).

Сироватки для визначення груп (стандартні) виготовляються в інститутах переливання крові. По суті нам потрібні сироватки другої і третьої груп. Проте для контролю діяння аглютинінів другої і третьої груп застосовується і сироватка першої групи.

Стандартні аглютинуючі сироватки прийнято позначати за аглютиногеном тієї крові, з якої вони виготовлені: сироватка першої групи, або 0(I), сироватка другої групи, або А(II), сироватка третьої групи, або В(III). Треба твердо пам'ятати, що сироватка А(II) містить аглютинін β (бета), а сироватка В(III) аглютинін α (альфа)

Для визначення груп крові застосовуються тільки *придатні сироватки,* обов'язково двох серій.

Ознаки придатності стандартних сироваток:

а) аглютинація відповідних еритроцитів стає помітною через 20—30 секунд, виразною — через 2 хвилини;

б) сироватки не аглютинують еритроцитів групи 0(I) і своєї групи;

в) титр сироватки повинен бути не нижче 1 : 32 [1].

Техніка визначення груп. На штативі в ампулах сироватки — 0(I), А(II) і В(III). У кожну з ампул опущена очна піпетка, на якій позначена група сироватки. На предметному склі пишуть зліва 0(нуль), справа В, посередині, ближче до нижнього краю скла — А.

Наносять на скло біля знака 0 краплю сироватки 0, біля знака В — краплю сироватки В, біля знака А — краплю сироватки А.

Голку Франка вколюють у м'якуш обробленого пальця і видавлюють з нього кров. З допомогою кутів предметного скла або скляної палички переносять по маленькій краплі крові (не більшій за головку шпильки) у краплі сироватки — 0, А і В. Змішують сироватки з еритроцитами, похитуючи скло, уникаючи розтікання крапель.

Реакція починається вже протягом перших 20—30 секунд. Еритроцити склеюються, з'являються червоні зернятка, а то й великі пластівці. Сироватка знебарвлюється. Через 5 хвилин результати дослідження стають цілком виразними. Якщо реакція затягається, якщо результати викликають найменший сумнів, треба її повторити, нерідко застосовуючи інші сироватки. *Сумнівів бути не повинно.*

Результати: а) відсутність реакції в усіх краплях; *кров групи* 0(I); б) реакція позитивна з сироваткою 0(I) і з сироваткою А(II), негативна з сироваткою В(III): *кров групи* В(III); в) реакція позитивна з сироваткою 0(I) і сироваткою В(III), негативна з сироваткою А(II): *кров групи* А(II); реакція позитивна з усіма сироватками: *кров групи* АВ(IV).

Детально про можливі помилки при визначенні груп крові сказано в спеціальних підручниках.

---

[1] Титр—граничне розведення сироватки, при якому наприкінці 3—4 хвилин виникає цілком виразна аглютинація.

ЗДІЙСНЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ. Існують два способи переливання крові — прямий і непрямий, або посередній. Перший спосіб полягає в тому, що кров з підшкірної вени ліктьового згину донора переливають в підшкірну вену ліктьового згину реципієнта спеціальними апаратами. Пряме переливання крові роблять тепер дуже рідко. Основне значення має непрямий спосіб. Суть його така.

Російський вчений Сутугін ще в 1865 році висловив думку, що заздалегідь заготовлену кров можна переливати хворим і пораненим. Але кров, як відомо, поза судинами зсідається. Як же запобігти цьому? Досліди показали, що після додавання до 100 мл крові 10 мл 4% розчину цитрату натрію вона не зсідається (стабілізується) протягом 8 — 10 днів. Дальше вивчення цього питання в Радянському Союзі показало, що стабілізовану цитратом натрію кров можна консервувати на довший час — до 20 і навіть 30 днів. Для цього кров донора змішують, додержуючись особливих правил, звичайно в ампулах або стандартних скляних банках з консервуючим розчином (консерванти). Для консервування 100 мл крові беруть 10 мл 5% розчину нейтрального (середнього) цитрату натрію, змішаного з 1 мл 25% розчину глюкози, підкисленого соляною кислотою. В останні роки до 100 мл консерванта додають ще антисептичні препарати — 1,0 натрій-сульфатіазолу або натрій-альбуциду.

Хворим і пораненим переливають кров від здорових людей (донорів), яких попереду детально обслідують в інститутах і на станціях переливання крові, що заготовляють консервовану кров. Донорські осередки можна організувати і в лікувальному закладі.

Щоб запобігти небезпечним ускладненням, користуються одногрупною сумісною кров'ю або кров'ю групи 0(I). Виняток становлять реципієнти групи AB(IV), бо їм можна переливати кров будь-якої групи. Як бачимо, кров групи 0(I) і групи AB(IV) займають у цьому відношенні особливе місце. Перелита від донора кров змішується з кров'ю реципієнта. Якщо кров донора і реципієнта сумісні, то ні аглютинація, ні гемоліз еритроцитів не настануть. При трансфузії крові групи 0(I), в якій існують аглютиніни α (альфа) та β (бета), сироватка донора розводиться кров'ю реципієнта, і аглютиніни її, титр яких взагалі невисокий (1 : 16, 1 : 32), втрачають здатність аглютинувати еритроцити реципієнта. Отже, кров першої групи можна переливати всім групам, незалежно від групової приналежності останніх. Звідси назва донора першої групи: «універсальний донор».

Реципієнт четвертої групи називається «універсальним реципієнтом», бо в крові групи AB(IV) немає аглютинінів, і аглютинація перелитих еритроцитів неможлива. Отже, хворому групи AB(IV) можна переливати кров будь-якої групи.

Виходячи із сказаного, неважко побудувати схему сумісності крові:

Донор	Реципієнт	Реципієнт	Донор
O (I) →	O(I), A(II), B(III), AB(IV)	O(I) ←	O(I)
A (II) →	A(II), AB(IV)	A(II) ←	O(I), A(II)
B (III) →	B(III), AB(IV)	B(III) ←	O(I), B(III)
AB(IV) →	AB(IV)	AB(IV) ←	O(I), A(II), B(III), AB(IV)

Перед переливанням крові треба не тільки визначати групу крові донора та реципієнта, а й застосовувати, по-перше, *реакцію на сумісність*, по-друге, *трикратну біологічну пробу*.

Реакція на сумісність. А) Треба взяти у реципієнта з вени або з пальця 3—5 мл крові, додати до неї 0,5 мл 4% розчину цитрату натрію. Після центрофугування або устоювання цієї суміші матимемо потрібну для нас цитратну плазму. Щоб одержати сироватку, а не плазму, до взятої крові цитрат натрію не додається. Після зсідання крові в пробірці над згустком утвориться сироватка. Тепер переходимо до реакції на сумісність. На предметне скло або на тарілку наливаємо 1—2 краплі плазми або сироватки і додаємо сюди в десять разів меншу краплю крові донора. Якщо на протязі 3—5 хвилин не виникне аглютинація, досліджувану кров переливати можна.

В) В екстрених випадках дозволяється вдаватися до другого способу визначення сумісності — до проби Клеменса. Добре змішати на тарілці або на склі одну краплю 4% розчину цитрату натрію з 1—2 краплями крові реципієнта. Щоб зруйнувати взяті еритроцити, треба додати до названої суміші 1—2 краплі хлороформу. Після того як хлороформ цілком випариться (підкреслюємо — *цілком*), а в цьому легко пересвідчитися на підставі зникнення запаху його, додати сюди в десять разів меншу краплю крові донора і стежити за результатами. Якщо *аглютинації безумовно немає*, переливати кров від даного донора можна.

Біологічна проба. Вливають 5—10—25 мл крові, залежно від тяжкості стану хворого; переривають трансфузію на 2 хвилини і спостерігають, чи не виникла підозріла або виразна реакція — болі в грудях та попереці, блювання, ціаноз, неспокій. Якщо все йде благополучно, вливають ще 25 мл крові і знову чекають 2—3 хвилини. Коли ніяких ознак несумісності немає, вливають ще 25 мл і чекають 2—3 хвилини. Потім продовжують переливання. При переливанні крові дітям вводять, здійснюючи біологічну пробу, три рази по 10 мл крові донора.

Техніка переливання крові. Як сказано вище, є два способи трансфузії: а) переливання незміненої крові з вен донора у вени реципієнта (пряме переливання), б) переливання свіжої цитратної крові або крові консервованої, заготовлених на станції переливання крові (посередне, або непряме, переливання).

В добре організованому хірургічному відділі лікарні можна стабілізувати цитратом натрію і перелити кров, взяту від обслідуваного донора. Стабілізовану в лікарні кров необхідно переливати, не гаючи часу, в зв'язку з відсутністю повної гарантії в тому, що вона в такій же мірі стерильна, як кров стабілізована і консервована на станції переливання крові. Кров від донора можна взяти в склянку, колбу, циліндр, пляшку і перелити шприцом, апаратом Боброва. Проте треба віддати перевагу таким способам, коли взята кров переливається з тієї самої посудини, в яку вона була взята. Це в більшій мірі забезпечує можливість уникнути забруднення крові мікроорганізмами. Отже, раціональніше мати в своєму розпорядженні апарат Боброва, стандартну банку або стандартну ампулу Центрального інституту переливання крові. Перед стерилізацією в автоклаві всі ці скляні резервуари обмивають водопровідною водою, очищають йоржами, обезжирюють 1% розчином соди, поки вода не буде стікати з них безперервним шаром без розриву на окремі краплі (явище

обтічності), знову обполіскують водопровідною водою і, нарешті, висушують.

Гумові трубки, добре промиті, і гумові корки, добре відмиті струменем водопровідної води, стерилізуються кип'ятінням в дестильованій воді протягом 30 хвилин. Голки промиваються водопровідною водою, прочищаються мандреном з ватою, змоченою 1/2% розчином нашатирного спирту, обезжирюються зовні тим самим розчином і теж стерилізуються кип'ятінням в дестильованій воді.

Свіжий 4% розчин хімічно чистого цитрату натрію, профільтрований кілька разів через ватний або паперовий фільтр, теж стерилізують в автоклаві протягом 30 хвилин. Якщо кров вирішено взяти у відкриту посудину — циліндр, склянку, пляшку, колбу, а переливання здійснити апаратом Боброва або навіть через звичайну скляну лійку, то стерилізований цитрат натрію наливають в ту чи іншу з названих посудин з розрахунку 10 мл на 100 мл крові. Необхідно пам'ятати, що у первинного донора можна взяти тільки 250 мл, а у вторинного не більше 450 мл крові при умові, що покажчик гемоглобіну не менший 65% у жінок і 70% у чоловіків.

Доцільніше змонтувати таку систему, щоб її можна було використати для взяття і для переливання крові. Для цього беруть апарат Боброва або стандартну банку чи ампулу. Монтаж апарата Боброва, стандартної банки здійснюється так. Через гумову пробку, що закриває шийку, проходять дві скляні трубки — одна довга, трохи зігнута, друга коротка. Перша несе на собі гумову трубку довжиною 40—50 см з насадкою та голкою з мандреном. На другу теж надіваємо коротку гумову трубку з ватним фільтром. Монтаж ампули: на верхній тубус надіваємо гумову трубку довжиною 40—50 см, на вільному кінці якої фіксована насадка з голкою, в каналі якої знаходиться мандрен. Кінець трубки з голкою фіксується ватним тампоном в пробірці. На нижній тубус надіваємо коротку гумову трубку (10 см), яка закінчується скляною трубкою з ватним фільтром всередині.

В ці резервуари наливається приготовлений 4% розчин цитрату натрію. Вміщуємо їх в полотняний мішечок і стерилізуємо в автоклаві протягом 30 хвилин при 1,5 атмосфері.

Добування крові. Донор входить в операційний блок в стерильному халаті, масці, яка закриває все обличчя, голову, крім очей. На ногах довгі, до колін, полотняні панчохи. Персонал готується до здобування крові, як до операції. Для створення венозного застою на плече донора, який лежить на столі, накладається джгут. Хірург робить пункцію підшкірної вени ліктьового згину, не знімаючи голки з насадки. Кров повинна текти рівною струминою, а не краплями. Для рівномірного змішування крові з стабілізатором стандартну банку чи апарат Боброва необхідно злегка похитувати.

Кров переливається звичайно у вени ліктьового згину або будь-яку підшкірну вену кінцівок. Для створення венозного застою накладається джгут. Частіше застосовують пункцію вени, рідше оголення вени та розріз її і лише після цього введення голки. Останнім часом в Радянському Союзі часто переливають кров у кістки — п'яткову, велику гомілкову (tuberositas), клубову кістку (верхня ость), інколи в грудинну кістку. Цей спосіб особливо раціональний в дитячій практиці.

Трансфузія провадиться звичайно самопливом, рідше під тиском.

Застосовуючи останній спосіб, треба передбачити можливість попадання повітря в кров реципієнта.

Переливання крові самопливом здійснюється так. З довгої скляної трубки [1] знімаємо гумову трубку, через яку кров із вени донора виливалась в резервуар. На коротку скляну трубку натягуємо заздалегідь простерилізовану таку саму довгу гумову трубку з голкою. На протязі цієї простої системи необхідно включити контрольну коротку скляну трубочку [2]. Перемішуємо кров (легке похитування), фіксуємо гумову пробку, повертаємо апарат догори дном. Можна приступати до трансфузії.

Резервуар з кров'ю встановлюється на 30—40 см вище від тіла хворого, голка вводиться в ту чи іншу вену, операція здійснюється.

Самопливом же просто перелити кров з допомогою лійки або із стандартної ампули. Переливання лійкою дозволяється у виняткових випадках, бо кров забруднюється, можливе попадання в вену реципієнта згустків крові, повітря.

Переливання крові під тиском провадиться так само, як і вливання фізіологічного розчину з апарата Боброва. Для переливання крові за принципом сифона треба мати скляну трубку 20—30 см довжиною, зігнуту на одному з кінців під кутом 45°, і гумову трубку 60—70 см довжиною з голкою на кінці. Все це стерилізується кип'ятінням або в автоклаві. Прямий кінець скляної трубки вводимо в резервуар з кров'ю, шприцом відсисаємо або пальцями витискуємо повітря з гумової трубки, поки не встановиться струмина крові. Голка вводиться в вену. Швидкість течії крові регулюється підніманням резервуара з кров'ю на той чи інший рівень.

При найменшій змозі переливається кров, заготовлена на станції в Інституті переливання крові. Зберігається консервована кров при температурі плюс 4, плюс 8° Ц в електричному рефрижераторі, в льодовні. Стан крові щодня перевіряється на прозорість плазми, відсутність каламуті та пластівців, на наявність виразної межі між плазмою і форменими елементами крові, на відсутність великих згустків. Інфікована кров стає каламутною, містить пластівці. В ній з'являється стійка сірувато-брудна плівка. Плазма стає рожевою (гемоліз).

Перед переливанням консервовану кров слід старанно оглянути. В разі найменших сумнівів треба відмовитись від її переливання.

Після трансфузії необхідно уважно стежити за реципієнтом, вимірювати на протязі 8 годин 4 рази температуру, стежити за пульсом і диханням, дізнаватись, чи не виникли болі в ділянці нирок, відчуття недостачі повітря. Перед і після трансфузії обов'язково треба робити аналіз сечі і крові. Переливання крові документується у відповідному журналі.

Діяння перелитої крові на реципієнта полягає в заміщуванні втраченої хворим крові, в посилюванні обміну речовин, в підвищенні зсідання крові. Крім того, переливання крові посилює функцію органів кровотворення, зміцнює опірність організму. Залежно від взаємодіяння білків крові донора і реципієнта організм стає стійкішим. Перелита кров стимулює зокрема центральну нервову систему. При переливанні крові відбувається подразнення закінчень доцентрових

---

[1] апарата Боброва або стандартної банки.

[2] на довгу скляну трубку натягуємо коротку гумову трубку з ватним фільтром.

(чутливих) нервів, судинної системи, яке веде до складних рефлекторних реакцій.

Щодо *показань до переливання крові*, то воно застосовується при багатьох хворобах: хірургічних, внутрішніх, дитячих, інфекційних, гінекологічних і т. д. Найважливіше значення має трансфузія, яка здійснюється в порядку невідкладної допомоги при гострій анемії після значної крововтрати, при шоку, при великих опіках.

Дуже корисні повторні переливання 150—200 мл при кровотечах із шлунка (виразка), з кишок (черевний тиф), при кровоточивості (гемофілія). Необхідно в ряді випадків переливати кров і при гнійно-запальних процесах.

Найважливіші помилки, небезпеки та ускладнення при переливанні крові:

1. *Повітряна емболія* внаслідок попадання повітря у вену. Причина полягає в грубому порушенні техніки: а) при переливанні самопливом система не була заповнена кров'ю, б) при переливанні під тиском недогляділи, що вся кров вийшла з посудини; в) не застосовано проміжної контрольної трубки. Введення невеликої кількості повітря майже безпечне. Велика кількість швидко спричиняє смерть.

2. *Гостре розширення серця* внаслідок швидкого введення крові. Причина: недозволені порушення правил переливання.

3. *Зараження реципієнта гнійними мікробами.* Причина: перелито інфіковану кров. Не забраковано підозрілої крові перед переливанням.

4. *Перелито несумісну кров.* Причина: а) неправильне визначення групи крові реципієнта; б) неуважне читання паспорта переливаної крові; в) незастосування проб на сумісність крові (реагування еритроцитів донора на сироватку реципієнта, біологічна проба); г) не взято до уваги реагування хворого на переливану кров.

На підставі численних досліджень радянських учених тепер широко використовується переливання плазми крові, а також еритроцитарної маси. Плазма особливо потрібна при значних опіках, при шокових станах без значної крововтрати. Еритроцитарна маса ефективно діє при гострій анемії після крововтрати, а також при геморагічних діатезах (гемофілія).

АКУШЕРСТВО І ЖІНОЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ

АКУШЕРСТВО

НОРМАЛЬНЕ АКУШЕРСТВО

Діагностика вагітності

Діагноз вагітності ставиться на підставі сумнівних, імовірних і певних ознак.

В першу половину вагітності діагноз може бути встановлений тільки на підставі сукупної наявності сумнівних і імовірних ознак, в другу половину вагітності (з 18—20 тижня) — на підставі певних ознак.

Сумнівні ознаки: нудота, блювання, втрата апетиту, зіпсуття смаку, непереносність деяких запахів, слинотеча, сонливість, невелике головокружіння, блідість обличчя, нагрубання грудних залоз, відчуття колоття в них, виділення молозива з них (при натискуванні), синюшність слизової оболонки входу у вагіну і слизової вагіни.

Імовірні ознаки: відсутність місячного, пігментація обличчя («плями вагітних»), пігментація навкологрудного соска і середньої лінії живота (особливо у брюнеток), поява додаткових залозок навколо соска, розпушеність і набряклість стінок вагіни і шийки матки, збільшення і закруглення матки, форма якої з грушовидної перетворюється на кулясту, зміна консистенції матки з твердої на м'якувату, здатність її до скорочення, коли її масажувати (ознака Снегірьова), розм'якшення матки на місці переходу шийки в тіло (ознака Гегара), неоднакове випинання трубних кутів матки: той кут, де імплантується яйце, випинає більше, і матка видається несиметричною (ознака Піскачека).

Певні ознаки: промацування частин плоду, відчуття рухів плоду, що їх виявляє інша особа (*не сама вагітна!*), вислухування серцебиття плода, а також визначення кісток скелета плода з допомогою рентгенівського проміння.

В сумнівних випадках (особливо це буває в ранні строки вагітності) в пригоді можуть стати біологічні реакції на вагітність: реакція Ашгейм-Цондека і сперматозоїдна реакція на безхвостих самцях — амфібіях.

Реакція Ашгейм-Цондека. Ранішню сечу, зібрану в чисту пляшку, впорскують під шкіру 3—4 білим мишкам двотижневого віку (вагою 6—7 г). Впорскують 3 дні підряд: першого дня — тричі на

день по 0,2 мл сечі, другого дня — два рази на день по 0,2 мл, третій день — один раз 0,2 мл. На четвертий день (через 96—100 годин) після першого впорскування мишу вбивають, розрізують черево і оглядають статеві органи. Під впливом сечі вагітної жінки роги матки збільшуються, червоніють від припливу крові, яєчники збільшуються, на їх поверхні з'являються *крововиливи у вигляді чорних крапок,* завбільшки з просяне зерно (це крововиливи у фолікули). Від впорскування сечі невагітних жінок таких змін в яєчниках не буде. Реакція ця залежить від наявності в сечі вагітної жінки гормона передньої частки гіпофіза — пролану, який спричиняє швидке дозрівання статевих залоз.

Сперматозоїдна реакція на безхвостих амфібіях. Останніми роками в літературі з'явилось повідомлення про новий біологічний метод визначення вагітності. Метод цей надто простий і зручний і може бути застосований скрізь в умовах сільської дільниці.

Техніка цієї реакції полягає в тому, що двом—чотирьом *самцям-жабам* вводять під шкіру по 5 мл сечі досліджуваної жінки, далі через годину, а потім через 2 беруть піпеткою з клоаки жаби 2—3 краплі рідини і досліджують її під мікроскопом. *Якщо жінка вагітна, то в досліджуваній з клоаки жаби рідині виразно видно багато рухливих сперматозоїдів; коли вагітності немає — сперматозоїдів не буде.*

Дальше вивчення цієї реакції показало, що дослідження можна провадити на будь-яких жабах-самцях (rana esculenta, rana temporaria, rana ridibunda), що краще вводити 2,5—3 мл сечі і що жабу, після введення сечі, краще садовити в банку з водою температури + 25°. Відповідь можна дістати через 25—40—90 хвилин.

Жаб можна використовувати повторно: в разі негативної реакції — через 2—3 дні, а позитивної — через 7 днів (але перед ін'єкцією сечі такій жабі обов'язково треба дослідити зміст клоаки на наявність сперматозоїдів).

Практично жаб-самців від жаб-самиць можна відрізнити тим, що у самців є чорні мозолі на 1 пальці передніх лап і є кулясті резонатори на шиї.

Визначення строку вагітності і строку родів

Способів для визначення точного строку вагітності і родів немає. Залежить це від того, що наука ще не знає способів, як встановити точно час запліднення.

Для встановлення строків вагітності і родів з приблизною точністю велике значення має *спостереження над ростом матки протягом всієї вагітності,* починаючи від першого місяця її (через 1—2 тижні після затримки місячного) і до кінця вагітності.

Крім цього, в практичному житті треба орієнтуватись: а) на дані анамнезу (строк останнього місячного, строк, коли вагітна вперше відчула рух плода) і б) дані об'єктивного дослідження (величину матки і висоту стояння дна її над лоном, окружності живота, а також довжину плода і величину голівки його).

Використання анамнестичних даних. *Строк вагітності* визначають, вираховуючи час, який минув з часу останнього місячного. *Строк родів* визначають так: від першого дня останньої менструації віднімають 3 місяці і додають 7 днів; наприклад: останнє місячне було

15 січня 1951 року. Віднявши 3 місяці, дістаємо дату 15 жовтня, а додавши 7 днів маємо 22 жовтня, отже, строк родів — 22 жовтня 1951 року.

Строк родів можна також визначити, виходячи з дати першого руху плоду.

Звичайно первородящі відчувають перший рух плоду на 20—21-му тижні, а повторнородящі раніше — на 19, або 20-му тижні *Перший рух плоду в більшості випадків відповідає середині вагітності.*

Використання об'єктивних даних. а) *Визначення величини матки.* На 4-му—5-му тижні вагітності матка буває завбільшки з куряче яйце, на кінець 2-го акушерського місяця (8 тижнів) вона збільшується до розмірів гусячого яйця, на кінець 3-го акушерського місяця (12 тижнів) — голівці новонародженої дитини, на кінець 4-го акушерського місяця (16 тижнів) її можна промацати вже над симфізом, бо дно її стоїть на 3 поперечних пальці вище від лона, на кінець 5-го акушерського місяця вагітності (20 тижнів) матка доходить до середини відстані між лоном і пупком (або трохи вище), на 6-акушерському місяці (24 тижні) — дно матки стає на рівні пупка, на 7-му акушерському місяці (28 тижнів) дно матки можна знайти на відстані 3 поперечних пальців над пупком, на 8-му акушерському місяці (32 тижні) дно матки стає посередині між пупком і мечовидним відростком, на 9-му акушерському місяці (36 тижнів) дно її доходить до мечовидного відростка, підпираючи вгору діафрагму, і на кінець 10-го акушерського місяця (40 тижнів) дно матки опускається донизу, *стаючи на тому рівні, на якому воно стояло на 8-му місяці.*

Висоту стояння дна матки над лоном можна визначити і в сантиметрах. На 5-му акушерському місяці віддаль від верхнього краю симфізу до дна матки дорівнює 16—17 см, на 6-му — 20—24, на 7-му — 24—28, на 8-му — 28—30, на 9-му — 33—34, на 10-му акушерському місяці — 28—30 см.

б) *Визначення окружності живота.* Окружність живота на 8-му місяці дорівнює 80 см, на 9-му — 90, на 10-му місяці — 95—100 см.

в) *Визначення довжини плода.* Довжину плода в утробі матері вимірюють тазоміром, одну ніжку якого ставлять на нижній полюс голівки плода (через черевні стінки), а другу — на верхню частину сідниць. Довжина плода, виміряного таким способом, дорівнює половині його справжньої довжини, бо він лежить зігнувшись удвоє. Від одержаної цифри треба відняти 2 см (товщина черевних стінок і стінок матки) і поділити на 5. Одержана цифра і буде свідчити про строк вагітності. Наприклад: віддаль між голівкою і сідницями дорівнює 21 см, отже $\frac{(21\text{ см} \times 2) - 2\text{ см}}{5} = 8$ (вагітність на 8-му місяці).

Довжину плода на кожному місяці його розвитку запам'ятати досить легко: до 6-го місяця число місяців вагітності підноситься в квадрат, а з 6-го місяця множиться на 5 (наприклад, довжина плода на 3-му місяці дорівнює: $3 \times 3 = 9$ (см), на 7-му: $7 \times 5 = 35$ (см), на 10-му: $10 \times 5 = 50$ (см).

г) *Визначення величини голівки.* Через черевну стінку тазоміром можна виміряти прямий розмір голівки (віддаль між лобом і потилицею) і на підставі цього скласти уявлення про величину голівки. Наприклад, на 32-му тижні вагітності (8-й акушерський місяць) розмір цей в середньому дорівнює 9,5 см, а при 35 тижнях вагіт-

ності — 11 см, на 40-му тижні (10-й акушерський місяць) — 11—12 см.

Щодо 10-го місяця тут, крім зазначених вище даних, можуть допомогти також і такі дані, як наявність випнутого пупка, чого не буває на 8-му місяці, і заява вагітної, що живіт у неї опустився і їй стало легше дихати.

Визначення декретної відпустки

Декретна відпустка складається з відпустки до родів і відпустки після родів.

Для робітниць і жінок-службовок дородова відпустка дорівнює 35 дням, післяродова — 42 дням; *при ненормальному перебігові родів або народженні двійнят післяродова відпустка збільшується до 56 днів.* (Указ Президії Верховної Ради СРСР від 8.VII. 1944 р.).

Для колгоспниць дородова відпустка дорівнює 1 місяцю і післяродова — 1 місяцю (Рішення 2 Всесоюзного з'їзду колгоспників-ударників).

Для визначення 35—36-тижневої вагітності потрібно, крім орієнтації на останній строк місячного і на перший рух плода, орієнтуватись також на висоту стояння матки, стояння і розміри голівки.

Дно матки на 35-му тижні вагітності стоїть на 2—3 поперечних пальці нижче від мечовидного відростка, або на віддалі 31 см від симфізу, коли його вимірювати сантиметровою стрічкою, або на віддалі 23 см при вимірюванні тазоміром.

На 36-му тижні вагітності дно матки доходить до мечовидного відростка, віддаль від симфізу дорівнює 33—34 см (сантиметровою стрічкою) або 25 см (тазоміром). Голівка плода на цей строк у більшості первородящих з нормальним тазом щільно притиснута до входу в таз, а у повторнородящих обмежено рухома і стоїть низько над входом в таз.

Прямий розмір голівки дорівнює 11 см, голівка тверда.

Гігієна і дієтетика вагітності

Під гігієною вагітності розуміють ті правила, яких повинна додержуватись жінка під час вагітності для того, щоб зберегти своє здоров'я, виносити плід і нормально його народити. Додержання цих правил сприятиме також нормальному розвиткові плода в утробі матері.

Загальний режим вагітної. Протягом першої половини вагітності жінка може виконувати ту роботу, до якої вона звикла, шкоди від цього ніякої не буде. *Проте важкої фізичної роботи протягом всієї вагітності виконувати не слід,* а саме: піднімати або переносити важкі речі, носити на руках старших дітей, шити на ножній швейній машині, надто перевтомлюватись. Шкодить робота в гарячих цехах на заводі, а також робота, зв'язана з струсанням всього тіла.

Після роботи вагітна повинна відпочивати або спати протягом години.

Корисно робити прогулянки не менше 2—3 годин на день.

Фізкультурні вправи, від застосування яких кращає діяльність найважливіших органів, рекомендуються протягом всієї вагітності.

Не слід: брати участь у спортивних змаганнях, кататись на ковзанах або лижах, їздити верхи або на велосипеді після 6-го місяця вагітності; купатись у річці або морі, коли немає вітру, *при температурі не менше* 20° можна, але далеко запливати не слід; далекі переїзди кіньми або на тряській машині забороняються.

Приміщення має бути світле й сухе. Провітрювати його треба не менш як 2 рази на день зимою, а літом краще, щоб воно провітрювалось увесь час: і вдень і вночі. Підлогу щодня треба витирати чистою ганчіркою.

Одяг і взуття вагітної. Одяг не повинен заважати диханню і кровообігові, в ньому вагітна повинна почувати себе легко і вільно; найкраще під час вагітності носити капот або сарафан. Треба, щоб плаття трималось на плечах, а не на талії. Круглі гумові підв'язки носити забороняється, бо вони утруднюють кровообіг і сприяють розширенню вен на ногах, а також спричиняють набряки на ногах. Панчохи треба прикріпити довгими підв'язками до ліфчика або бандажа. Треба носити бюстгальтер. Взуття повинно бути на низькому каблуці, зручне, не муляти ніг.

В другій половині вагітності рекомендується носити бандаж, притримуючи ним живіт. Шиють його з товстого полотна або парусини завширшки 35—40 см, по боках роблять виточки по фігурі. Бандаж треба робити на зав'язках, щоб в міру збільшення живота можна було регулювати ширину його. Надягають його на сорочку, одягаючи і застібуючи лежачи. Якщо бандажа немає, треба з 7-го місяця вагітності підв'язувати живіт широким рушником.

Особиста гігієна вагітної. Протягом всієї вагітності корисно щодня обмивати тіло під душем або у ванні (t° води 36—37°); тривалість ванни 15 хвилин. За 6—8 тижнів до родів сідати у ванну не рекомендується, а треба митись тільки стоячи чи сидячи під душем або поливаючи воду з глечика. Один раз на тиждень треба митись теплою водою з милом (t° 36°) у ванні або під душем.

Зовнішні статеві органи треба щодня обмивати теплою перевареною водою з милом, помивши попереду добре руки. *Спринцюватись можна тільки за дозволом лікаря.*

Білизну треба змінювати не менш як 1 раз на тиждень, а постільну білизну — не менш як 2—3 рази на місяць.

Спати вагітна повинна в окремому ліжку.

Нігті треба коротко стригти, особливо перед родами.

Для профілактики післяродових захворювань вагітна, особливо в останні місяці, не повинна мати ніякого зв'язку з пошесними хворими.

Статеве життя. Статеве життя забороняється зовсім протягом перших 2—3 місяців і протягом останніх 2 місяців вагітності; при загрозі ж переривання вагітності або при звичних передчасних родах — забороняється протягом усієї вагітності.

Догляд порожнини рота і зубів. Порожнину рота після їди треба обов'язково полоскати теплуватою водою. Зуби слід щодня чистити зубним порошком. Якщо зуби починають кришитись, треба призначити вітаміни (див. далі «*Харчування вагітної*») і 10% розчин кальцій-хлориду по 1 столовій ложці 3 рази на день. *Каріозні зуби* (вогнище інфекції) треба обов'язково лікувати, пеньки зубів повивирати.

Харчування вагітної. Харчування здорової вагітної жінки в першу половину вагітності повинно лишатись таким, яким воно було до

вагітності: *їжа може бути мішана, включаючи м'ясо.* Слід рекомендувати якнайбільше вживати свіжих і варених овочів, кислої капусти, ягід, фруктів і молочних продуктів. Особливо можна рекомендувати свіжий сир (творог), який має в собі кальцій, потрібний організмові вагітної. Їсти треба потроху, але часто. *Протягом всієї вагітності забороняється вживати горілку, вино і пиво.* Пити можна звичайну перевареную воду, фруктові води, молоко, неміцний чай, мінеральні води (боржомі, ессентуки № 20).

В другій половині вагітності м'ясо відварене слід вживати 2 рази на тиждень, а протягом останніх 2 місяців — 1 раз на тиждень.

Протягом другої половини вагітності треба обмежити кількість солі, вживаної з їжею, а в останні місяці обмежити її до мінімуму. *Безсольова або малосольова дієта сприяє тому, що роди проходять швидше і менш болісно.*

Особливо слід звернути увагу на вживання їжі, багатої на вітаміни А, Б, С, Д і Е. Такою їжею буде їжа рослинно-молочна. Вітамін С, конче потрібний для вагітної, є в укропі, шпінаті, петрушці, капусті (свіжій і квашеній), томатах, лимонах, апельсинах, шипшині, чорній смородині, в голках сосни.

Якщо достатньої кількості вітаміну С в їжі немає, треба приймати аскорбінову кислоту (Acidi ascorbinici 0,2, Sacchari albi 0,3 3 рази на день по 1 порошку), або вітамін С у вигляді драже, конфет, пілюль і т. ін.

Вітамін B_1 є в дріжджах, чорному хлібі і бобах. Можна також приймати його в пілюлях (кожна пілюля має в собі 2,5 мг вітаміну B_1). Вагітній слід давати на добу 10—20 мг вітаміну B_1.

Вітамін А є в печінці деяких риб, у моркві, морелях, кропиві. Продається він і в пілюлях (2—4 пілюлі на день, добре розжовувати) або у вигляді густої олієподібної рідини, що пахне рибою (1—2 краплі 2 рази на день під час їди).

Вітамін Д є в риб'ячому жирі. Призначають його по 1 столовій ложці 2 рази на день.

При запорах слід вживати рослинну їжу, кисле молоко, фрукти, боржомі (2 рази на день: півсклянки вранці і ввечері) або ж пити щодня склянку перевареної води з сіллю натщесерце. Можна рекомендувати також гречану кашу з молоком, узвар із слив і яблук і чорний хліб. Якщо ж це не допомагає, призначають Pulvis Liquiritiae compositus по пів-одній чайній ложці або Extract. Cascarae Sagradae fluid. по 25—30 крапель, клізму з 2—3 склянок перевареної води кімнатної температури. В разі виникнення геморою, що часом буває в зв'язку з запорами, рекомендують прохолодні сидячі ванни, душ на промежину, обмивання заднього проходу перевареною водою після акту дефекації і прикладання холодних свинцевих примочок.

Догляд за молочними залозами вагітної

Грудні залози щодня треба мити холодною водою, витираючи їх грубим рушником; ліфчики (бюстгальтери) треба часто міняти; під ліфчик треба підшити кусок звичайного селянського полотна; від тертя полотна шкіра грубшає і менш тріскається.

Якщо на сосках утворюються корки, можна щодня змазувати їх рициновим маслом або стерильним вазеліном.

Якщо соски плоскі, їх слід щодня протягом 3—5 хвилин витягати чистими руками.

Корисно протягом вагітності провести 2—3 курси опромінення сосків ультрафіолетовим промінням.

Асептика й антисептика в акушерстві

Асептика й антисептика в акушерстві має дуже велике значення, отже *якнайстаранніше додержання правил асептики й антисептики є однією з найголовніших умов успішного закінчення родового акту.*

Особа, яка веде роди, повинна весь час додержувати правил особистої гігієни, стежити за чистотою тіла, шкіри, чистотою рук, зубів тощо.

Руки треба оберігати від будь-якого забруднення, нігті низько зрізувати, під нігтями не повинно бути бруду. Треба уникати такої роботи, від якої може грубшати шкіра, утворюватись тріщини і мозолі (прання білизни з порошком, що роз'їдає шкіру, миття підлоги, робота на городі і т. ін.). Якщо шкіра грубшає і тріскається, слід щодня на ніч втирати борний гліцерин або суміш: гліцерину 20,0, чистого спирту 4,0, нашатирного спирту 4 краплі.

Тіло також слід тримати в чистоті: купатись у лазні, ванні або під душем не менше одного разу на тиждень.

Особливо треба пам'ятати, що особа, яка веде роди, може сама сприяти поширенню інфекції, якщо вона хворіє на грип, нежить, ангіну, фурункульоз, бешиху або якщо в неї хворі зуби або йде гній з вуха, вагіни тощо, а також тоді, коли вона порпалась у гною, калі або в землі і т. д.

Отже, *відвідування хворих на скарлатину, грип або бешиху, будь-які маніпуляції з вогнищем інфекції:* (розрізування абсцеса, видавлювання чиряка) *або догляд за хворими на післяродові септичні захворювання* може інфікувати руки, а це *загрожує великою небезпекою для роділлі. Після такого відвідування або маніпуляції роди вести не можна.* Коли ж іншого виходу немає, треба вжити всіх запобіжних заходів: вимитись добре з милом у лазні, у ванні чи під душем, переодягти білизну і плаття, змінити взуття або провітрити і протерти його розчином сулеми. Для ведення родів надіти прокип'ячені гумові рукавички.

Роди ведуть у чистому одягу й халаті з бавовняної матерії; шерстяного одягу одягати не слід. Під час роботи рот треба закривати спеціальною маскою з двох або трьох шарів марлі з ватною прокладкою між ними (щоб запобігти інфекції з рота); таку маску змінювати кожні 6 годин і перед кожними родами.

Руки якнайстаранніше миють за способом Фюрбрінгера або Спасокукоцького (див. розділ «*Хірургія*»), а найкраще користуватись при родах стерильними гумовими рукавичками.

Крім зазначених правил гігієни, потрібно дбати також і про гігієну приміщення.

Всі приміщення родильного будинку треба 2—3 рази на день провітрювати по 15—20 хвилин, добре закутуючи на цей час роділь, а дітей виносячи в іншу кімнату.

Влітку тримати вікна відкритими протягом цілого дня (у вікна вставити рами з сітками або затягти їх марлею); температура приміщень + 18-20°.

Дитячу білизну і білизну матерів прати окремо, прогладжуючи білизну після прання гарячим утюгом. Білизну роділь з температурою треба обов'язково прати зовсім окремо!

Кожна роділля повинна мати окреме судно, яке добре треба мити і дезинфікувати: для цього судна або кипятять, або занурюють на 25—30 хвилин в спеціальний бачок з розчином хлорного вапна (сухе хлорне вапно розчиняють у воді: 1 кг на 10 л води, потім відстоюють протягом 2—3 годин, зливають і фільтрують через вату). Для дезинфекції суден беруть 10 г (2 чайні ложки) приготовленого хлорного вапна на 1 л гарячої води.

Прибирати приміщення треба вологим способом: підлогу в палатах і допоміжних приміщеннях мити 2 рази на добу, а в родовій кімнаті — після кожних родів. Двері, вікна, панелі і меблі витирати вологою ганчіркою. В родовій кімнаті підлогу мити 0,5% розчином хлорного вапна або 1% розчином хлораміну.

Один раз на тиждень вологою ганчіркою треба обмітати порох і павутиння.

Палати треба мити, довго провітрювати, меблі протирати розчином сулеми 1 : 1000, матраци набивати свіжою соломою, насипки міняти, подушки і ковдри провітрювати.

2 рази на рік приміщення треба білити.

Після виписування роділлі матрац, ковдру і подушку треба провітрити, солому в матраці замінити на свіжу, а стару спалити. Ліжко необхідно обмити сулемою; підкладне судно вимити і прокип'ятити або обробити розчином хлорного вапна, підкладну клейонку помити гарячою водою з милом і щіткою і промити розчином сулеми 1 : 1000.

Якщо після родів у роділлі температура підвищується до 37,5° і більше, то до такої роділлі треба негайно викликати лікаря; таку роділлю треба ізолювати або перевести до іншої лікарні, а в палаті якнайстаранніше зробити дезинфекцію; інших роділь негайно вивести, двері, вікна і ліжка вимити розчином сулеми 1 : 1000, ковдри, подушку і матрац (якщо він не з соломи), а також усю постіль продезинфікувати в дезинфекційній камері. І тільки в крайньому разі, *якщо камери поблизу немає,* подушку та ковдру провітрити на свіжому повітрі протягом 3—4 годин. Ковдру, крім того, вигладити гарячим утюгом, солому з матраца спалити, наволочку виварити в окропі, випрати і вигладити. Білизну спочатку намочити в розчині сулеми 1 : 1000 або в розчині лізолу (2 столові ложки лізолу на 1 л води), потім випрати.

Підготовка роділлі до родів

Кожну роділлю, яка вступає до родильного будинку на роди, потрібно відповідним чином підготувати до них. Підготовка ця полягає головне в тому, щоб провести старанну санітарну обробку вагітної.

Верхній одяг роділлі, яка приходить до родильного будинку, залишають у вестибюлі, а саму роділлю направляють в санпропускник.

В санпропускнику роділлю оглядають і, констатувавши наявність початку родів, вимірюють температуру, підраховують пульс і виявляють, чи немає у неї дома в сім'ї будь-яких інфекційних за-

хворювань, чи не хворіє вона на грип, ангіну, чи немає в неї наривів на шкірі, фурункулів, висипок, сифілісу в I або II стадії.

Коли у роділлі t° буде 37,5 і більше, або коли є одно з перелічених захворювань, то таку роділлю треба ізолювати від інших роділь або в спеціальному ізоляторі, або, якщо ізолятора немає, переправити до іншої лікарні, де можуть бути створені всі умови для ізоляції її від інших роділь, або, в крайньому разі, обслужити її дома. Все це робиться для того, щоб не занести інфекції до родильного будинку.

Речі роділлі, яку приймають до родильного будинку, або передають родичам, або переписують і, склавши в чистий мішок, відправляють на дезинфекцію і зберігають при будинку.

Далі на кожну роділлю заводять історію родів і, заповнивши паспортну частину, а також зібравши анамнез, приступають до санітарної обробки роділлі.

Роділлі ставлять очисну клізму, причому при акті дефекації треба, щоб обов'язково була присутньою санітарка або акушерка. Після того як відбудеться випорожнення, роділлю садовлять на гінекологічне крісло або кладуть на тапчан, покритий простинею і клейонкою (якщо обробку провадять на тапчані, під роділлю підкладають судно) і добре вимитими руками намилюють з допомогою стерильної щіточки або мочалки зовнішні статеві органи і далі обережно зголюють на них волосся звичайною або безпечною бритвою в напрямі від стегон до статевої щілини, згори донизу, а також з ділянки навколо anus'a.

Бритви зберігають: звичайну — в напівроскритому вигляді, безпечну ж — в розібраному вигляді в 95° спирті або, в крайньому разі, в 12% розчині лізолу.

Вимивши і продезинфікувавши руки, беруть стерильним пінцетом жмуток стерильної вати (або дерев'яну паличку з ватою) і обливають теплою перевареною водою з стерильним рідким милом (або розчином калій-перманганату 1 : 1000) зовнішні статеві органи (згори донизу), суміжну ділянку стегон і шкіру навколо заднього проходу. Далі поливають розчином сулеми 1 : 1000 і вже після цього змазують 5% настойкою йоду. Перевіряють, чи немає вошей або гнид, зрізують нігті на руках і ногах.

Коли на голові є воші або гниди, змочують волосся розчином сабадили і туго зав'язують голову хусткою. Якщо сабадили немає, треба голову добре вимити водою з лугом та милом, намочити волосся гасом, а потім столовим оцтом (2 столових ложки); після цього волосся вимити, висушити і надіти косинку.

Далі *роділлю миють під душем (тільки не у ванні)*, а коли душа немає, то обмивають, поливаючи з глечика водою; руки й ноги миють щіткою з милом.

Вимивши роділлю, витирають її чистою простинею, надягають чисту сорочку, косинку і чисті нитяні бавовняні панчохи, зважують її, вимірюють зріст, надягають халат і переводять до передродової кімнати, де провадять детальне загальне і спеціальне акушерське дослідження.

Одночасно з прийманням роділлі треба провести ще такі дослідження: 1) зробити аналіз сечі з тим, щоб виявити наявність або відсутність білка в сечі, 2) виміряти тиск крові, 3) визначити групу крові, 4) зробити аналіз виділень з вагіни.

Методи дослідження вагітних і роділь

Методи дослідження вагітних і роділь складаються *з збирання анамнезу та об'єктивного дослідження: загального і спеціального акушерського.*

Анамнез складається з таких даних:

1. *Вік.* Це питання має особливе значення для вагітних вперше віком понад 30 років, бо роди проходять у них іноді важче.

2. *Перенесені хвороби.* Особливо скарлатина, дифтерія, які можуть відбитися на стані серця і нирок, рахіт, що може привести до звуження таза (слід спитати, на якому році життя вперше жінка почала ходити, — якщо близько 2-х років або пізніше, то, очевидно, був рахіт). Треба спитати і про такі хвороби, як тиф, туберкульоз, сифіліс, гонорея.

3. *Місячне.* Коли вперше в житті з'явилось місячне, через скільки днів приходить, по скільки днів триває і чи багато буває крові (чи йде кров кусками), строк останнього місячного. Там, де воно почалось пізно, та до того ще й надто мало крові, можна думати про недостатність функції яєчників, а значить недорозвинення матки, отже, можна чекати слабості родових перейм.

4. *Статеве життя.* Скільки разів жінка була вагітною, чим саме закінчилась кожна вагітність (родами чи абортом). Якщо родами, то як проходили вони, — нормально чи ні, чи не хворіла після родів, а якщо хворіла, то як довго. Коли вагітність закінчилась викиднем, з'ясувати, чому він стався і чи не хворіла після нього.

5. *Спадковість.* Треба з'ясувати, чи не було в родині психічних захворювань, сифілісу, випадків багатоплідної вагітності.

6. *Перебіг цієї вагітності.* Чи були нудота, блювання, білі, кровотеча, головні болі, чи не відходили води. Коли вперше роділля або вагітна відчула рух плода.

7. *Коли був останній* coitus. Це має особливе значення, бо під час coitus'у, якщо він був напередодні або за кілька днів до родів, може бути внесена до родових шляхів інфекція і виникнути післяродове захворювання.

Об'єктивне дослідження: загальне і спеціальне. Загальне об'єктивне дослідження складається: із *загального огляду, аускультації і перкусії серця і легень, пальпації* живота, *лабораторних досліджень.*

Оглядати жінку краще в стоячому положенні. При огляді слід звертати особливу увагу на обличчя, на форму грудей і стан сосків, на будову грудної клітки (наявність рахітичних чоток), на форму живота, пігментацію його, на викривлення хребта, на форму поперекового ромба (Міхаеліса), на стан кінцівок і на порушення функції суглобів.

Аускультація і перкусія серця і легень проводяться як звичайно (див. розділ «*Внутрішні хвороби*»).

Спеціальне акушерське дослідження — зовнішнє і внутрішнє.

Зовнішнє акушерське дослідження складається з *пальпації і аускультації живота, вимірювання його і розмірів таза.*

Пальпація. Пальпують живіт за методом Леопольда. Цей метод складається з 4 способів. *Перший спосіб:* долоні обох рук розміщують по обидва боки матки так, щоб кінці пальців зійшлись на дні матки (визначення висоти стояння дна матки). *Другий спосіб:* долоні рук розміщують тільки на бокових поверхнях матки. Нати-

скуючи долонями, промацують тверду довгасту поверхню спинки плоду, обернену ліворуч (перша позиція) або праворуч (друга позиція), більше наперед (передній вид) або назад (задній вид), визначають також наявність дрібних частин плода.

Третій спосіб: великим та вказівним пальцями однієї руки натискають на матку просто над симфізом. Здебільшого при цьому способі можна промацати тверде кулясте тіло — голівку, або взагалі визначити передлеглу частину. При першому, другому і третьому способі Леопольда стають, обличчям повернувшись до обличчя вагітної. При *четвертому способі* повертаються спиною до обличчя вагітної і намагаються кінцями пальців обох рук пройти над симфізом вглиб таза. Визначають передлеглу частину, її відношення до стінок таза: рухома вона чи нерухома, чи пройшла вже в таз, і якщо пройшла, то тільки частково, чи вся.

Аускультацію живота провадять з допомогою акушерського стетоскопа, а коли його немає, то вислухують вухом.

Вислухують: *серцебиття плоду, матковий шум, рухи плоду.* При вислуховуванні серцебиття плоду треба одночасно промацувати й пульс у матері, бо пульс матері (80 ударів за 1 хвилину) і пульс плода (120 за 1 хвилину) не збігаються. При передлежанні голівкою — серцебиття чути *нижче від пупка,* при першій позиції зліва, при другій справа, *при тазових передлежаннях* — так само справа або зліва, але вже *вище від пупка. При поперечних і косих положеннях плоду — здебільшого на пупку.*

Живіт (*найбільшу* окружність його) вимірюють сантиметровою стрічкою.

Вимірювання таза провадиться тазоміром Мартіна. Взявши кінці тазоміра пучками пальців, вимірюють: 1) віддаль між остями клубової кістки (distantia spinarum), 2) віддаль між найдальшими точками гребінців тієї ж кістки (distantia cristarum), 3) віддаль між трохантерами стегнових кісток (distantia trochanterica), 4) віддаль від ямки під п'ятим поперековим хребцем до верхнього краю симфізу (Conjugata externa), 5) віддаль від промонторіума до нижнього краю симфізу (Conjugata diagonalis).

Для вимірювання d. spinarum (у нормі 25—26 см) кінці тазоміра ставлять з зовнішньої сторони остей клубової кістки. Віддаль показує спеціальна стрілка на шкалі між ніжками тазоміра. Переставляючи кінці тазоміра по гребінцю клубової кістки, визначають найбільшу віддаль між гребінцями, це й буде d. cristarum (у нормі — 28—29 см). Потім кінці тазоміра ставлять на трохантерах стегнових кісток (їх легше знайти, коли вагітна зігне ногу в кульшовому суглобі, а потім випростає її), d. trochanterica дорівнює 30—31 см.

Conjugata externa (20—21 см) вимірюють, поклавши вагітну на лівий бік і зігнувши ліву ногу їй у коліні. Кінці тазоміра ставлять: один на ямку під п'ятим поперековим хребцем (якщо провести пальцем по хребту згори вниз, палець обов'язково попаде в заглибину під п'ятим поперековим хребцем), а другий — на верхній край симфізу.

Conjugata diagonalis (у нормі 13 см) вимірюють, *ввівши пальці руки у вагіну.* Розвівши зовнішні статеві органи, вводять два пальці — вказівний і середній — у вагіну і, дійшовши ними до промонторіума, пальцем другої руки відмічають те місце на кисті введеної у вагіну руки, в яке впирається нижній край симфізу. Вийнявши з вагіни руку, вимірюють віддаль між кінцем пальця, що торкався

промонторіума і, тією точкою, в яку впирався нижній край симфізу. C. diagonalis дає уявлення про розміри *справжньої кон'югати* — Conjugata vera (в нормі 10—11 см), для цього треба від розміру con. diagonalis відняти 2 см.

Внутрішнє акушерське дослідження: вагінальне і ректальне.

Вагінальне дослідження можна і треба робити: 1) при вступі роділлі до лікувальної установи, 2) неясності положення і передлежання плода, 3) неправильному положенні плода, 4) підозрінні на невідповідність між тазом і голівкою, 5) відходженні вод тоді, коли голівка стоїть ще високо над тазом (при відходженні вод може випасти пуповина або кінцівки плода), 6) затримці поступового руху голівки після відходження вод *при наявності хороших перейм* (задній вид, розігнуте передлежання), 7) припиненні родової діяльності, 8) затяжному перебігу періоду зганяння, 9) кровотечі під час родів, 10) надзвичайній болючості перейм після відходження вод (защемлення передньої губи шийки матки), 11) ознаках передчасного відшарування посліду (збільшення, напруження і різка болючість матки, наявність ознак внутрішньої кровотечі), 12) еклампсії, 13) раптовому погіршанні серцебиття плода (щоб з'ясувати умови для негайного закінчення родів), 14) затримці більше 2-х годин в порожнині матки 2-го плода при двійнятах, 15) потребі відправити роділлю до лікарні.

Для дослідження зовнішні статеві органи, суміжні частини стегон і ділянку шкіри навколо anus'a треба підготувати: поголити і помити. Мити треба кульками з вати, беручи їх корнцангом або пінцетом. Кульки з вати під час миття треба кілька разів міняти. Рідиною для миття може бути: або розчин сулеми 1 : 1000, або 2% лізол, або розчин калій-перманганату (кілька кристаликів на 1 л води). Зазначені місця треба обливати (згори донизу) теплою перевареною водою з стерильним рідким милом. Далі стерильною марлею або ватою всі помиті місця треба висушити і змазати 5% розчином йоду або 1% розчином брильянтової зелені на 70% спирті. Руки, якнайкраще будь-яким способом вимиті, змазати *настойкою йоду* і, широко розкривши однією рукою зовнішні статеві органи, ввести два пальці другої змазаної йодом руки у вагіну. При такому дослідженні виявляють: 1) стан вагіни (чи немає якихось перетинок, звужень, опухів тощо), 2) наявність на стінках таза будь-яких кісткових виступів, які можуть зменшити порожнину таза або зменшити розміри входу в таз, 3) стан шийки матки: її форму, величину, її вкорочення, потоншання країв, наявність розрощень, ступінь відкриття шийки матки (на скільки поперечних пальців), 4) наявність плодового міхура, його цілість, напруження при переймах, 5) передлеглу частину, рухомість її і відношення до таза: стояння при вході в таз, у порожнині, при виході з таза. Коли це голівка, то треба з'ясувати щільність кісток її, розміщення швів (в поперечному чи в косому напрямах), наявність малого і великого тім'ячка, куди вони більше звернені — праворуч чи ліворуч, більше наперед чи назад, яке з них стоїть нижче, а яке вище. Роблячи внутрішнє дослідження, *обов'язково треба виміряти діагональну кон'югату.*

Ректальне дослідження роблять тоді, коли передлегла частина позначається невиразно або коли треба дізнатись, де саме передлегла частина: при вході в таз чи нижче, виявити ступінь розкриття шийки матки.

Ректальне дослідження роблять, надівши на руку гумову рукавичку (прокипілою зберігається в розчині сулеми 1 : 1000). Палець, який вводять в ректум, змазують стерильним вазеліном. Навколо anus'a протирають розчином сулеми 1 : 1000.

Ведення нормальних родів

Для успішного ведення нормальних родів необхідно: 1) додержувати правил найсуворішої асептики й антисептики, 2) знати і розуміти родовий акт в усіх його деталях, 3) своєчасно виявляти ускладнення, можливі навіть при нормальних родах, і швидко сигналізувати про це лікареві, 4) досконало володіти рядом технічних способів, які входять до компетенції фельдшера і в застосуванні яких може виникнути потреба під час родового акту, 5) винятково сумлінно ставитись до своїх обов'язків під час родів, бо йдеться тут про життя і матері і плода.

ПРИ ВЕДЕННІ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ РОДІВ (ПЕРІОД ВІДКРИТТЯ) треба стежити: 1) за загальним станом роділлі, її пульсом, диханням, функцією сечового міхура та кишок, 2) за родовою діяльністю: силою і тривалістю переймів, 3) за серцебиттям дитини (числом ударів, ритмом та ін.).

Якщо болі невеликі і води не відійшли, а голівка — над тазом, можна дозволити роділлі ходити, але зайві й непотрібні рухи слід заборонити.

Сечовий міхур треба періодично спорожнювати, нагадуючи про це роділлі. Якщо роділля сама помочитись не може, то, додержуючи всіх правил асептики, випускають сечу катетером.

Кожні 24 години клізмою спорожняють кишки.

За серцебиттям дитини треба стежити особливо: перевіряти його щогодини, а коли відійшли води, то й частіше.

Статеві органи *систематично* обмивають розчином сулеми 1 : 1000, очищаючи їх за допомогою жмутка стерильної вати на корнцангу.

Дієта роділлі — молочно-рослинна, корисно давати фрукти, компот, кисіль, цукор з чаєм, кофе. Дуже корисний цукор, коли роділля стомлена і виснажена.

ПРИ ВЕДЕННІ ДРУГОГО ПЕРІОДУ (ПЕРІОД ЗГАНЯННЯ ПЛОДА), який починається першими потугами, треба стежити за загальним самопочуттям роділлі, серцебиттям дитини, тривалістю потуг і рухом передлеглої частини.

Серцебиття плода вислухувати кожні 15 хвилин, а коли воно гіршає, то й частіше (кожні 5 хвилин)!

Роділлю треба навчити тужитись: при потугах вона повинна впиратись ногами в ліжко, тримаючись руками за край ліжка або за спеціально влаштовані для цього віжки, рота закрити, дихання затримати.

Коли починається врізування голівки, треба, помивши і добре продезинфікувавши руки (а краще одягши стерильні рукавички), стати з правого боку роділлі і *закрити задній прохід жмутком стерильної вати,* змоченої в розчині сулеми 1 : 1000. Притримуючи правою рукою жмуток вати на анусі, пальці правої руки треба розмістити так, щоб великий палець був на правій великій статевій губі, інші пальці на лівій. При прорізуванні голівки цією рукою стягують назад (вниз) до задньої спайки зайвину тканин великих губ

для того, щоб при проходженні над спайкою голівки мати деякий запас тканини, ліву ж руку кладуть на лобок так, щоб зігнуті кінці пальців впирались у тім'яну частину голівки і *не давали їй розгинатись доти, поки проріжуться тім'яні горби.*

Як тільки тім'яні горби проріжуться, всією кистю лівої руки захоплюють голівку і *в паузі між потугами повільно виводять її, розгинаючи наперед.*

Виводячи голівку, пропонують роділлі покласти руки на груди і «рахувати».

Якщо навколо шиї плода обвилась пуповина, обережно здіймають її через голівку, а коли затяглась так туго, що зняти її не можна, швидко між двома пінцетами перерізують її.

При задньому виді потиличного передлежання голівка спочатку підходить і фіксується під симфізом переднім краєм волосистої частини, отже, треба лівою рукою, яка лежить на голівці, *подати її вперед (максимально загнути її).* Це робиться для того, щоб через промежину перекотити потилицю до підпотиличної ямки. *Коли народиться підпотилична ямка,* захоплюють кистю лівої руки голівку і *подають її назад, тобто розгинають її.*

Під час наступних потуг голівка повертається обличчям до правого стегна матері (при першій позиції) і до лівого стегна (при другій позиції), а плічко стає у прямий розмір виходу.

Голівку захоплюють обома руками так, щоб обидві долоні лягли на вуха плода і *обережно подають її назад,* в результаті чого *передне плічко підходить під симфіз і там фіксується.* Далі праву руку знову кладуть на промежину, *всією ж кистю лівої руки* захоплюють голівку, *подаючи її наперед,* в результаті цього *над промежиною народжується задне плічко,* а за ним весь тулуб дитини.

Зразу ж після народження дитини гумовим катетером, введеним обережно, *під контролем пальця,* в горло, очищають верхню частину горла і ротик дитини від слизу.

Коли пульсація пуповини припинилась, її перев'язують стерильною тасьмою або накладають пінцети-затискачі в обох місцях: на віддалі 2—2,5 см від пупкового кільця і 4—5 см від статевих органів.

Материнський кінець пуповини загортають у стерильну марльову салфетку і кладуть у пахвину матері. З решти пуповини витискають кров, змазують кінець її настойкою йоду і, присипавши білим стрептоцидом, обгортають кількома шарами стерильної марлі у вигляді ковпачка. Ковпачок з марлі зав'язують.

Перед відокремленням дитини від матері *вводять у кон'юктиву очей дитини очною піпеткою по 1—2 краплі 2% розчину ляпісу* (спосіб Матвєєва). Через 5—10 сек. змивають ляпіс 2—3 краплями стерильного фізіологічного розчину.

Дівчаткам, крім очей, *закапують також і вульву,* але фізіологічним розчином не змивають.

Відокремивши плід від матері, його оглядають, вимірюють, зважують, записуючи добуті дані в історію розвитку дитини. На грудях новонародженої дитини *хімічним олівцем пишуть прізвище матері.* На зап'ястка обох рук дитини *одягають браслетики* з білої клейонки, на яких записують прізвище та ініціали матері, стать плода, дату народження.

Сповивши дитину, на неї чіпляють номер, який відповідає номерові того ліжка в дитячій кімнаті, на якому лежатиме дитина. Цей

самий номер пишуть також хімічним олівцем на стегні матері, зазначаючи стать дитини.

ВЕДЕННЯ ТРЕТЬОГО ПЕРІОДУ РОДІВ (ПЕРІОД ВІДОКРЕМЛЕННЯ І НАРОДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТИ). *Третій період — найвідповідальніший для життя роділлі. В цьому періоді треба, не відходячи від родиллі, уважно стежити за загальним станом її, пульсом, кровотечею із статевих органів.*

Відокремлення плаценти відбувається за Шультце, коли вона народжується своїм центром, або за Дунканом, коли вона виділяється з краю.

Через 30 хвилин після народження дитини, якщо плацента *ще не народилась, перевіряють,* чи вона вже *відокремилась від стінки матки чи ні.* Перевіряти можна за Альфельдом або за Кюстнером.

Ознака Альфельда. Після народження дитини перевіряють, чи опустилась зав'язка (або пінцет), накладена на пуповину. Якщо опустилась, тобто віддаль між зав'язкою і статевими органами збільшилась, значить плацента відокремилась, і навпаки, коли віддаль не збільшилась, плацента не відокремилась.

Ознака Кюстнера. Ребром долоні натискають через черевну стінку на матку зразу ж над симфізом. Коли плацента відокремилась, то пуповина не втягається всередину, а якщо плацента не відокремилась, то пуповина буде втягатися.

Якщо плацента не відокремилась, треба спокійно чекати, не чіпаючи матки. Через 15 хвилин знову перевірити ознаки відокремлення плаценти.

Якщо плацента відокремилась, роділлі пропонують потужитись, потім потужитись, зігнувши ноги в колінах і пригнувши їх до живота. Далі можна взяти в складку черевну стінку і знов таки запропонувати роділлі потужитись (спосіб Абуладзе) або ж поставити два кулаки над дном матки і, притиснувши в цьому місці черевну стінку, запропонувати роділлі потужитись (спосіб Савицького), *але матки не чіпати!*

Якщо плацента відокремилась, то від застосування цих способів *вона безумовно вийде. Коли ж ознак відокремлення плаценти ще немає і немає кровотечі, треба спокійно чекати, і тільки через 2—3 години, знов таки при відсутності цих ознак, можна втрутитись* і витиснути її способом Лазаревича-Креде (див. розділ *«Акушерські операції»*). *Застосувати спосіб Лазаревича-Креде раніше можна тільки тоді, коли почалась кровотеча.*

Коли після застосування способу Лазаревича-Креде плацента не народжується, треба повторити цей спосіб під наркозом, і, *в разі невдачі, зробити ручне відокремлення плаценти.*

Після народження плаценти її звільняють від крові, а потім вивертають так, щоб маткова сторона була назовні. Зробивши це, якнайстаранніше оглядають її. Для цього кладуть плаценту на щось рівне і оглядають всю поверхню її.

Поверхня має бути гладенька і вкрита блискучою, сірувато-жовтого кольору оболонкою.

Всі часточки плаценти повинні *щільно одна до одної прилягати.*

Оболонки треба оглядати, піднявши плаценту за пуповину вгору; *найкраще розглядати їх проти світла;* оглядаючи, виявляють, чи всі вони, і *чи не йдуть по оболонках судини від плаценти; коли вони йдуть і обриваються, значить часточка плаценти лишилася в порожнині матки.*

Коли невистачає частини плаценти, або додаткової часточки, або виникав сумнів — все вийшло чи ні, треба негайно запросити лікаря. Якщо лікаря *викликати не можна* (це треба записати обов'язково в історії родів), або почалася кровотеча, дозволяється акушерці, а коли її немає, фельдшерові, зробити ручне обслідування порожнини матки (див. розділ *«Акушерські операції»*).

Якщо тільки оболонки залишилися в матці, за роділлею встановлюють спостереження: за кілька днів вони можуть вийти самі.

Після народження плаценти оглядають уважно промежину та вхід у вагіну (розводячи для цього двома стерильними тупферами малі статеві губи). *Кожний, навіть незначний розрив тканин або наявну тріщину треба зашити*, садно ж можна замазати 5% розчином йоду.

Після народження дитини породілля *протягом 2-х годин має бути ще під доглядом медичного персоналу (можливість кровотечі!).*

Обезболювання родів

Обезболювання родів до останнього часу базувалось здебільшого на застосуванні під час родів тих чи інших медикаментозних речовин або ж комбінацій цих речовин.

Речовини ці в основному заспокійливо впливали або на нервову систему статевого апарата, або на нервову систему взагалі.

Останнього часу доц. І. З. Вельвовський запропонував новий метод обезболювання родів, який базується на вченні акад. І. П. Павлова про вищу нервову діяльність.

Метод цей, названий *психопрофілактичним,* полягає в тому, що процес обезболювання відбувається з допомогою активізації кори головного мозку, від функції якої залежить і початок родової діяльності, і дальший перебіг родів.

Психопрофілактичний метод обезболювання за І. З. Вельвовським складається:

1) з обов'язкової дородової підготовки жінки;

2) проведення родів в умовах родильного будинку або лікарні, персонал яких добре обізнаний з методами психопрофілактичної підготовки.

Психопрофілактична підготовка полягає ось у чому:

1) вагітну треба ознайомити якнайдетальніше з перебігом нормального родового акту;

2) навчити її тих заходів обезболювання, якими вона повинна користуватись під час родів;

Підготовка починається за 30—35 днів до родів і складається з 6 занять.

У виняткових випадках підготовку можна починати і пізніше, але все ж треба намагатись закінчити її не пізніше, як за 7—10 днів до родів.

Психопрофілактичний метод обезболювання може бути застосований в усіх тих випадках, *де немає акушерської патології* і *де не передбачається оперативне втручання.*

Перше заняття починається з того, що вагітну треба проінформувати докладно про зміст занять, які вона має відвідувати. Вона

повинна дізнатись про те, що її будуть готувати родити без болю, що в разі будь-якого відхилення від норми їй завжди допоможуть.

Її треба переконати в тому, що успіх обезболювання залежатиме від її поведінки, від того, як вона буде виконувати поради лікаря чи акушерки.

На першому занятті її треба попередити також, що її познайомлять з перебігом родового акту, з методами обезболювання.

Далі потрібно якнайдетальніше обслідувати вагітну як з погляду акушерського, так і з погляду загального.

З погляду акушерського потрібно звернути особливу увагу і на вік вагітної, і на менструальну функцію, і на статеве життя, і на перенесені хвороби за дитинства і в дорослому віці.

Поява першого місячного, кількість крові під час місячного, регулярність його, перебіг вагітності і родів, ускладнення, що були під час родів, больова реакція на роди, перебіг абортів, особливо кримінальних, перенесені захворювання — все це разом з об'єктивними даними, що стосуються загального розвитку вагітної, розмірів таза і даних про відповідність між голівкою і тазом, а також даних про аномалії встановлення голівки — допомагають дати оцінку *щодо повноцінності вагітної, допомагають передбачити ту патологію, яка може виявитись під час родів. Ці ж дані дають можливість передбачити результати обезболювання і належно оцінити ці результати.*

Особливу увагу слід звернути на тих, що родять вперше, бо саме їх роди лякають найбільше.

Зробивши об'єктивне дослідження, потрібно в розмові з вагітною виявити наявність або відсутність страхів і побоювань в зв'язку з майбутнім родовим актом.

Потрібно виявити ті переживання, які можуть непокоїти вагітну і які можуть на неї впливати, потрібно обережно виявити її ставлення до майбутньої дитини, пам'ятаючи, що ставлення це в зв'язку з сімейним становищем або з побутовими умовами може бути і негативним. Потрібно також виявити і її ставлення до акту родів взагалі, пам'ятаючи, що страх перед родами може виникнути в зв'язку з ускладненнями під час вагітності, в зв'язку з висловлюваннями родичів або знайомих (наявність так званих негативних емоцій).

Все це може посилювати больові переживання під час родів, може порушувати спокій вагітної і тим самим знижувати життєдіяльність організму.

Виявляючи особливості емоціональної сфери вагітної, потрібно пам'ятати, що різні особи по-різному можуть реагувати на навколишні обставини: є особи, які мало реагують або зовсім не реагують на ті чи інші події, і, навпаки, є особи, які на будь-яку дрібницю відповідають піднесенням або зниженням емоціонального тонусу.

Головне завдання полягає в тому, щоб неодмінно переконати вагітну в тому, що її страхи і побоювання не мають ніяких підстав. Тут доводиться звертатись і до логічних протидоказів, і до порівнянь, і до аналізу лабораторних даних.

Друге заняття. Починаючи з другого, всі заняття можна провадити групами.

Протягом другого заняття вагітну треба переконати в тому, що

роди — це нормальний фізіологічний акт, а також в тому, що роди можуть и повинні проходити без болю.

Тут до речі буде розповісти вагітній, що в 10% випадків роди взагалі проходять зовсім без болю, а в 30% — біль буває дуже незначний.

Вагітну треба познайомити з розмірами таза, розмірами окружності голівки плода, зазначити, що малий косий розмір голівки, яким плід проходить через таз, дорівнює 32 см, тоді як найменша окружність тазового кільця дорівнює 36 см. Потрібно звернути увагу вагітної на невелике розходження кісток таза під час родів, на соковитість і еластичність м'язів родового шляху під час родів.

Далі треба докладно розповісти про самий родовий акт, розповісти про плодовмістище, про родові шляхи, про положення плода перед родами. Все це бажано продемонструвати на малюнках, на фантомі, на кістковому тазі.

На 3 і 4 заняттях вагітну знов таки знайомлять з фізіологією родового акту. Тут їй потрібно розповісти на які періоди поділяється родовий акт, як проходить перший період. Потрібно пояснити вагітній, що таке болі-провісники, коли вони починаються, що таке родові болі, регулярність болів і тривалість, пояснити механізм відкриття шийки матки. Потрібно вказати на те, що в результаті скорочення м'язів матки вона відчуватиме стиснення і скорочення.

Вагітна повинна знати, що в періоді розкриття відходить слизова пробка, яка закриває цервікальний канал і що наприкінці 1-го періоду відходять води.

Вагітну також треба познайомити з тим, що на шкірі існують ділянки, зв'язані з внутрішніми органами; ділянки ці реагують підвищеною чутливістю на той процес, який відбувається у внутрішніх органах, припустимо в матці (знайомство з так званими зонами Снегірьова—Хеда). Наприклад, для тіла матки такою ділянкою буде шкіра нижнього відділу живота, шкіра пахвинних ділянок, для шийки матки — шкіра промежини і шкіра навколо заднього проходу, зовнішні статеві частини і задньоверхня поверхня стегон (Петченко).

Далі потрібно навчити вагітну таких способів обезболювання, що ними сама вагітна повинна користуватись в 1-му періоді (способи обезболювання рекомендовані доц. Вельвовським). Способи ці такі:

1. Одиночний повільний глибокий вдих з початком кожних перейм; іноді цей вдих може бути спареним.

2. Масаж ділянок шкіри з підвищеною чутливістю (зон Снегірьова—Хеда). Масаж полягає в тому, що роділля кінцями всіх пальців обох рук погладжує шкіру нижньої частини живота, відповідно до зон Снегірьова—Хеда. Погладжує вона себе від центра, тобто від середньої лінії живота, назовні і назад до рівня аксилярної лінії, 12—14 разів на хвилину.

Погладжування робити треба плавно і ритмічно в такт диханню: вдих відповідає рухові рук від центра до периферії, видих — від периферії до центра. Масаж робиться по колу, так щоб пальці рук віялом охопили деяку територію шкіри.

Інтенсивність погладжування зростає в міру того, як посилюються перейми.

3. Якщо другий спосіб не дає відчутних наслідків, слід перей-

ти до третього способу — притискування під час перейм точок знеболювання: а) спереду у передньо-верхніх остей (spina iliaca anterior superior), б) ззаду в зовнішніх кутах ромба Міхаеліса. Точки ці притискує сама роділля, розміщуючи долоню і решту пальців вздовж стегна.

Притискуючи великими пальцями передню черевну стінку, вона проходить на внутрішню поверхню ості і притискує це місце.

Точки в зовнішніх кутах ромба Михаеліса вона притискує таким чином, що руки, стиснуті в кулаки, тильною поверхнею підкладає під себе.

Можна також під крижову кістку підкласти валок з простині, тоді у роділлі руки лишаються вільними, і вона може робити масаж шкіри.

Можна також рекомендувати і переривчастий масаж, який робить акушерка або сестра. Масаж цей треба робити, поклавши роділлю на бік. Акушерка, припудривши долоні рук, погладжує зверху донизу навперемінно то праву, то ліву частину попереку.

Всі ці способи обов'язково треба показати на самій вагітній, щоб вона добре їх засвоїла.

Далі треба сказати вагітній, як вона повинна поводитися під час 1-го періоду: не витрачати сил на крик, слухатись в усьому медперсоналу.

5 заняття. Вагітну треба ознайомити з фізіологічними особливостями другого періоду родів.

Вагітній треба розповісти про ті суб'єктивні відчуття, які в неї будуть під час потуг, що ці відчуття будуть схожі на ті, які бувають під час дефекації, і що залежать вони від того, що голівка натискує на нервові закінчення прямої кишки.

Потрібно також розповісти вагітній, як саме виникають потуги, як просовується голівка, яку участь у потугах бере черевний прес.

Вагітну треба познайомити з правильним положенням тіла під час родів: положення на спині з трохи піднятим плечовим поясом, під таз треба покласти напівтвердий польстер, ноги зігнути в колінах, ступнями—впиратись у ліжко, а коліна широко розвести. В момент потуг підборіддя треба притиснути до грудей, руками взятись за борт родильного ліжка або за віжки, або взятись за нижню частину стегон біля підколінної ямки.

Далі потрібно розповісти роділлі, як дихати під час потуг: треба довести їй, що під час потуг вона повинна затримувати дихання і перебувати в такому стані доти, поки триватимуть потуги, що надто погано «зривати потуги». Якщо вагітна не може затримувати дихання більше як 15—20 секунд, то під час натуги треба тричі набирати повітря, не зриваючи потуг.

Треба, щоб вагітна усвідомила, що крик під час родів не тільки не допомагає родам, а, навпаки, гальмує їх, бо роділля від крику тільки виснажується і втомлюється.

Треба, щоб вона усвідомила, що під час потуг треба закрити ротову щілину і тужитись. Щодо затримки дихання, то тут треба рекомендувати вагітній заздалегідь, ще до родів потренуватися в цьому.

Далі треба рекомендувати вагітній під час родів не зважати на оточення, розслабити всі сфінктери і не стримувати ні газів, ні фекалій. Так само, як і під час дефекації, м'язи тазового дна не повинні чинити будь-якого опору. В перервах між потугами роділля

повинна цілком відпочивати: м'язи рук і ніг треба розслабити, очі заплющити.

Наприкінці другого періоду при врізуванні і прорізуванні голівки м'язи живота треба ослабити, глибоко дихати і голосно рахувати, вимовляючи цифри під час видиху.

Вагітній слід розповісти про те, як народжуються плічка і тулуб дитини, як дитина відокремлюється від матері, як обробляють пупок і проводять профілактику можливого захворювання очей, які зміни відбуваються в матці після народження дитини і після родів.

Вагітна повинна знати, що після родів її обов'язково треба оглянути, що для цього або розводять статеві губи, або вводять дзеркала. Огляд цей робиться для того, щоб виявити, чи немає будь-яких травматичних пошкоджень м'яких родових шляхів.

Тут таки треба попередити, що коли буде виявлений розрив, його треба обов'язково зашити, що в цьому нічого страшного немає, і що зашивання, якщо воно буде потрібне, не викличе в неї болю.

Треба також познайомити вагітну з тими заходами щодо асептики й антисептики, яких вживають під час родів: як стерилізується матеріал, інструменти, білизна, як миють руки, для чого носять маски, як обробляють зовнішні статеві органи, і тут же довести вагітній, що від її спокійної поведінки набагато залежить успіх родів, і що вона не повинна порушувати правил стерильності.

6 заняття. На початку заняття дається настанова на те, що роди—це радісна подія в житті кожної жінки, що вагітна повинна гордитись своїм материнством, що Радянська влада виявляє особливе піклування про матір і дітей, що для родів побудовано спеціальні родильні будинки з кваліфікованим персоналом.

Треба яскравими фарбами змалювати картину материнства.

Цей радісний тон повинен проймати все єство вагітної, він повинен бути в неї також і під час родів.

Вагітній говориться про те, що під час родів вона буде себе добре почувати, що ті забобони, які лишалися в народі (обов'язково треба родити з болем!), не мають ніякої наукової підстави. Добре навести кілька прикладів родів, які пройшли без болю.

Треба розповісти вагітній, що харчуватись під час родів треба як слід 4 рази на день, споживаючи висококалорійні продукти, як-от бульйон, масло, молоко, фрукти, печиво, каву тощо; мочитись треба регулярно, бо затримка сечі затримує роди; газів і фекальних мас затримувати також не можна.

Слід познайомити вагітну і з тими маніпуляціями, які будуть робити їй в родильному будинку: санітарну обробку, вимірювання, вислухування, а коли буде потрібно, то й внутрішнє дослідження, і не тільки перелічити, а й докладно розповісти, для чого все це робиться. Ще раз треба нагадати, щоб вагітна під час родів заощаджувала свої сили, які їй потрібні на якнайшвидше зігнання плода.

В тих випадках, коли підготовлена роділля попаде в родильний будинок серед роділь непідготовлених, які будуть поводитися неспокійно, треба попередити вагітну, що нехай це її не турбує, нехай вона на них не зважає, бо підготовки вони не проходили.

Отже, *головна суть психопрофілактичного методу полягає в тому, щоб, пройшовши певну підготовку, роділля, яка вступає на роди, була цілком обізнана з родовим актом, щоб роди для неї не являли собою чогось невідомого, а були процесом відомим, і щоб*

все, що може трапитись під час родів, вона сприймала свідомо і спокійно, будучи переконаною в тому, що їй завжди допоможуть.

Суть психопрофілактичного методу ще і в тому, що з допомогою його можна зняти ті страхи і побоювання, які можуть бути у роділлі, особливо в тієї, яка родить вперше, бо про роди вона знає з оповідань близьких їй людей, оповідань, в яких на 90% домішуються суб'єктивні відчуття.

З допомогою психопрофілактичного методу можна витіснити упередження, яке існує ще з біблейських часів «в муках родиш ти чадо своє», і які вважають за щось неодмінне, властиве родовому актові.

Разом з тим психопрофілактичний метод накладає і серйозні обов'язки на персонал родильних будинків, який насамперед повинен бути добре обізнаний з методами обезболювання, який своєю поведінкою від вступу роділлі на роди і до їх закінчення повинен зробити все, щоб роди пройшли без болю. Тут важить все: і привітне звертання до роділлі, і відсутність шуму, і ласкаве, заспокійливе слово. Метод цей накладає відповідальний обов'язок і на лікаря чи акушерку, які ведуть роди: неослабне стеження за перебігом родового акту, своєчасне, там де треба, втручання, «керування родами» в тому розумінні, як це говорить проф. Ількевич, — все це неодмінні умови для успішного проведення обезболювання. «Дирігувати родами, — говорить проф. Ількевич, — це значить не тільки розірвати міхур: це значить своєчасно зробити внутрішнє дослідження, зігнути голівку, зробити з неправильних перейм правильні, своєчасно закінчити роди».

З метою обезболювання одночасно з психопрофілактичним методом можна застосовувати і окремі медикаментозні способи.

Ефект від застосування цих речовин буде звичайно більшим, якщо вагітна буде заздалегідь попереджена про діяння цих засобів під час родів.

Щодо медикаментозного способу обезболювання родів, то родопомічні заклади поділяються на 3 категорії, відповідно до наявності в штаті чергового лікаря, а саме:

1) заклади, в яких протягом цілої доби чергує лікар-акушер;

2) заклади, які не мають чергового лікаря, але він може бути швидко викликаний;

3) заклади, які обслуговує акушерка без лікаря (колгоспні родильні будинки).

Обезболюючі засоби, що можуть бути рекомендовані для закладів I категорії, такі:

А. Початок періоду відкриття.

Застосовується один з таких засобів:

1. Вводять в пряму кишку свічку такого складу:

Rp. Extr. Belladonnae 0,03
Pantoponi 0,02
Antipyrini 0,5
Butyr. Cacao 1,5

Примітка: а) Антипірін може бути замінений в тій самій дозировці пірамідоном, фенацетином, аспірином.

б) Повторювати введення свічок не слід.

Техніка введення: пальцем в гумовій рукавичці вводять свічку в пряму кишку глибоко, обов'язково за сфінктер.

2. Впорскують розчин пантопону і сіркокислої магнезії.

Rp. Sol. Pantoponi 2% — 1,0
Sol. Magnes. sulfur. 20% — 5,0

Суміш набирають в один шприц і вводять в м'язи у верхньозовнішній квадрант сідниць.

3. Вводять паральдегід:

Rp. Paraldehydi 15,0
Spiritus vini rectif. 10,0
Chinini muriatici 0,3
Ol. Helianthini 35,0

Вводити треба ректально, через глибоко введений катетер.

Б. Кінець періоду відкриття (відкриття шийки матки більше як на 3 пальці) і під час періоду зганяння.

Застосовують один із таких засобів:

1) дають вдихати закис азоту спеціальним апаратом;

2) пудендальне обезболювання 1/4% розчином новокаїну (застосовують його на початку періоду зганяння плода).

Техніка пудендального обезболювання: роділлю кладуть на спину, стегна розводять, шкіру зовнішніх статевих органів, промежини і шкіру стегон навколо зовнішніх статевих органів змазують настойкою йоду, потім вколюють голку в промежину, на 2 см медіальніше від сідничного горба; одночасно з цим вводять анестезуючу речовину.

Голку ведуть в напрямі до ості сідничного горба, а потім переміщають її, вводячи анестезуючу речовину віялоподібно (відповідно до напряму нервових волокон) і наперед під великі статеві губи (включаючи і передню третину). Додатково анестезують клубово-пахвинний нерв, вводячи анестезуючу речовину в ділянку лобкового горбка. В кожний бік вводять по 50,0 1/4% новокаїну.

3. Дають лікер (на 1 прийом):

Rp. Papaverini 0,02
Extr. Belladonnae 0,02
Spiritus vini 15,0
Sirupus simplex 20,0

В. Момент врізування і прорізування.

Роділлі через маску дають невеликі дози ефіру доти, поки вона

заспокоїться, поки настане поверхнева аналгезія; якщо анестезія настала, наркоз припиняють, даючи ефір тільки на початку кожних потуг, щоб роділлю весь час тримати в дрімотному стані.

На кожну роділлю йде в середньому 15—20 г ефіру.

Обезболюючі засоби, що можуть бути рекомендовані для родильних закладів 2-ої категорії, такі:

А. Початок періоду відкриття.

Застосовують всі ті засоби, що й для закладів 1-ої категорії, за винятком паральдегіду.

Б. Кінець періоду відкриття і період зганяння.

Обезболювання тільки лікером, склад якого зазначений вище.

В. Момент врізування і прорізування.

Дають ефір в малих дозах через маску (спосіб вживання див. вище).

Примітка: Наркоз провадиться лікарем або акушеркою, але в присутності лікаря.

Обезболюючі засоби, що можуть бути рекомендовані для родильних закладів 3-ої категорії, такі:

А. Період відкриття.

1. Вводять в пряму кишку свічки такого складу:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Pantoponi 0,02
Antipyrini 0,5
Butyrum Cacao 1,5

Примітка: 1) Антипірин може бути замінений в тій самій дозировці фенацетином, пірамідоном, аспірином.

2) Коли треба, свічку можна ввести повторно, але не раніше як через 2 години після введення першої свічки і не більше одного разу.

Б. Період зганяння.

1. Дають per os лікер, повторюючи, коли це потрібно, через 2 години (не раніше) і не більше, як один раз.

Склад лікеру:

Rp. Antipyrini 0,5
Spiritus vini 15,0
Sirupus simplex 15,0

на один раз або:

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Extract. Belladonnae 0,02
Spiritus vini 15,0
Sirupus simplex 20,0

на один раз.

2. Застосовують ментоловий олівець:

Ментол — 20%
Парафін — 70%

або карболовий олівець:

Rp. Acidi carbolici liquef. 1,0
Paraffini solidi 20,0

Техніка застосування: олівець втирають протягом 3 хвилин в шкіру нижньої частини живота і ділянки ромба Міхаеліса.

У другому періоді родів рекомендується пульверизатором, з'єднаним з гумовим балоном від апарата Боброва, розпилювати ефір на шкірі нижньої частини живота (50—100 г на роди). *Коли горить вогонь, застосовувати ефір не можна.* Можна також ставити сухі банки на низ живота і ділянку ромба Міхаеліса, застосовувати ефірний або зогрівальний компрес на низ живота, або змазати низ живота маззю:

Rp. Mentholi 20,0
Spiritus vini 100,0

Дати люмінал 0,1, покласти пузир з льодом на низ живота або грілку.

Рекомендується також метод обезболювання за проф. В. М. Хмелевським.

При появі болів під час родової діяльності дати роділлі випити порошок такого складу:

Glucosae 50,0
Calcii chlorati 2,0
Acidi ascorbinici 0,5
Vitamini B_1 0,03
Acidi muriatici diluti gtt. 8

Випити за 1 раз, розмішавши його з 100—150 мл гарячої води. Повторювати кожні 2 години 3 рази.

В разі потреби — дати знов випити роділлі:

Rp. Glucosae 50,0
Calcii chlorati 1,0
Acidi ascorbinici 0,3
Vitamini B_1 0,01
Acidi muriatici diluti gtt. 5

Випити, розмішавши так само в 100—150 мл гарячої води. Повторювати кожні 2 години 3 рази.

Коли немає глюкози, можна вживати цукор і мед.

Треба пам'ятати: *обезболювати можна тільки нормальні роди. В разі будь-якого ускладнення обезболювання припинити.*

Спосіб медикаментозного обезболювання на сучасному етапі науки треба розглядати як спосіб допоміжний. Головне ж треба намагатись оволодіти психопрофілактичним методом обезболювання і його в першу чергу і якнайширше треба застосовувати.

Асфіксія плода

Асфіксія або мнима смерть плода в більшості випадків виникає тоді, коли плід перебуває в утробі матері, і продовжується вона після народження його.

В зв'язку з цим розрізняють: *утробну асфіксію* і *асфіксію новонароджених.*

Ознаки утробної асфіксії: серцебиття плода спочатку прискорюється до 160 і більше ударів за 1 хвилину, а далі знижується до 100 і навіть менше, тони серця плода стають неправильними, голосними або стають глухішими, неясними, плід починає надто енергійно рухатись, починає відходити меконій при головному передлежанні, що свідчить про настаючу асфіксію.

Етіологія: довгочасні роди, роди з довгим безводним періодом, часткове притиснення пуповини, обвинення її навколо шиї, передчасне відшарування посліду, спазматичний характер перейм, внутрішньочерепна травма, запалення легень і декомпенсований порок серця у роділлі.

Лікування. Залежно від випадку: накладання щипців, витягання плода, кесарів розтин.

В таких випадках негайно викликати лікаря, але до прибуття його слід вжити таких заходів:

а) давати роділлі дихати кисень протягом 10 хвилин з перервами 5 хвилин доти, поки серцебиття плода не дійде норми;

б) одночасно ввести роділлі в вену 50 мл 40% стерильного розчину глюкози або дати роділлі випити склянку гарячої води, розчинивши в ній 50 г сухої глюкози або 4 чайні ложки цукру-піску;

в) одночасно впорснути роділлі в м'язи 2 мл 20% або 4 мл 10% камфорного масла, а ще краще ввести в вену 1 мл 10% розчину кардіозолу (корозолу).

Асфіксія новонароджених має дві форми: *синю і білу.*

При синій асфіксії (Asphixia livida) шкіра плода ціанотична, плід не дихає, тони серця *сповільнені,* але виразні, рефлекси і м'язовий тонус збережені.

При білій асфіксії (Asphixia pallida): шкіра біла, плід не дихає, тонусу м'язів і рефлексів немає, серцебиття дуже глухе, з неправильним ритмом, з перебоями.

Лікування: як при синій, так і при білій асфіксії не треба дуже поспішати відокремлювати від матері дитину і охолоджувати її. *Протягом 2—3 хвилин після народження плід повинен діставати через пуповину кров і кисень.* Отже, роділлі треба в цей час давати дихати кисень. Зразу після народження, коли дитина ще не від-

окремлена від матері, слід загорнути її в теплі пелюшки і тут же на родильному столі гумовим катетером звільнити дихальні шляхи від слизу (для цього вводять мізинець у рот дитині і відсовують язик наперед, другою ж рукою, під контролем введеного мізинця, вводять катетер у дихальне горло і відсмоктують слиз).

Після відокремлення дитини від матері, дитину слід перенести на сповивальний стіл і, поклавши на велику загорнену в пелюшку гумову грілку з теплою, але не гарячою водою, взятись до оживлення її.

Для цього *при синій асфіксії* після відсмоктування слизу можна потерти шкіру дитини, дати ляпаса по сідницях, оббризкати водою, занурювати тіло дитини попеременно то в теплу (40°), то в холодну (20°) воду. Вжити способу подразнення дихального центра за Лаборда: захопивши обережно язик, почати ритмічно його витягати.

При білій асфіксії: після відсмоктування слизу треба *зразу ж застосувати штучне дихання* (найкраще за Сільвестром, або стискуючи і відпускаючи грудну клітку). Штучне дихання краще робити, зануривши тіло дитини в теплу (40° Ц) воду. Одночасно під шкіру треба ввести 0,3 мл лобеліну або 0,5 мл кардіозолу, або 1 мл 10% камфори, 0,2—0,3 мл 10% розчину кофеїну і 0,3 мл лобеліну.

Спосіб Сільвестра: дитину кладуть на щось тверде так, щоб голівка звисала з краю подушки. Ручки дитини відводять спочатку вгору, а потім опускають до грудної клітки, разом з тим згинаючи їх у ліктьовому суглобі. Можна також одночасно згинати ноги, притискуючи їх до живота, і випрямляти їх; притискування ніг до живота і рук до грудей дитини роблять одночасно; коли дитина починає синіти і з'являються рефлекси, застосовують способи, рекомендовані при синій асфіксії.

Після того як дитина почала дихати, треба загорнути її в теплу ковдру, обкласти теплими грілками і протягом кількох годин уважно стежити за нею, пам'ятаючи, що приступ асфіксії може повторитись.

Ведення післяродового періоду

Післяродовий період починається зразу після народження плода і триває звичайно 6 тижнів. Протягом цих 6 тижнів організм жінки в цілому і особливо органи статевого апарата поступово приходять до відносної норми.

Головне при веденні післяродового періоду — це знати нормальний перебіг післяродового періоду і знати, як боротися з тими ускладненнями, які можуть виникнути, а також оберігати породіллю від будь-якої зовнішньої інфекції, яка може бути занесена в її організм або нею самою, або обслуговуючим персоналом.

Отже, потрібно щодня стежити *за загальним станом породіллі, температурою, пульсом, функцією молочних залоз, зворотним розвитком матки, виділеннями* (лохіями), *функцією сечового міхура і кишок*; потрібно також знати правила догляду за породіллями.

Температура і пульс. При нормальному перебігові післяродового періоду температура не повинна бути більше 37°, а пульс 60—70 ударів за 1 хвилину.

Отже, підвищення температури і прискорення пульсу понад 90—100 ударів за хвилину (якщо до цього було менше) майже завжди

свідчить про якесь захворювання. *Прискорення самого пульсу протягом перших 2 днів уже потребує виклику лікаря.* Вимірювати температуру і рахувати пульс треба 2 рази на день — о 7 годині ранку і о 7 годині вечора.

Функція молочних залоз. Після родів зовнішній вигляд і функція молочних залоз змінюються: вони збільшуються, часом при різкому нагрубанні стають болючими. Протягом перших 2 днів з залоз виділяється молозиво, а починаючи з третього-четвертого дня виділяється молоко.

Іноді на сосках утворюються тріщини, які вкриваються гнійним нальотом і починають кровоточити.

Тріщини на сосках лікують так: після кожного годування обмивають сосок 2% розчином борної кислоти, а потім, обсушивши його, прикладають мазь: Rp. Bismuthi subnitrici 2,0, Lanolini, Vaselini aa 10,0 або Bismuthi subnitrici або Xeroformi 1,0, Anaesthesini — 0,5, Vaselini albi 10,0, або змазують 5% розчином ляпісу або 3% настойкою йоду.

Перед годуванням мазь треба змити перевареною водою.

Від попадання в тріщинки інфекції може також виникнути запалення молочної залози (мастит).

Ознаки маститу: затвердіння і болючість певної ділянки грудної залози, підвищення температури, озноб. *В таких випадках негайно треба викликати лікаря,* а до прибуття його застосувати таке лікування: зцідити молоко, забинтувати грудь. Поверх пов'язки покласти на 12 годин холод — пузир з льодом; через 12 годин грудь розбинтувати, зцідити молоко, знов забинтувати і знов покласти холод. Замість прикладання льоду можна застосувати тугий маслянобальзамічний компрес за Вишневським: замість води беруть мазь: Rp. Xeroformi 3,0, Ol. cadini 5,0, Ol. Ricini 100,0. Дитину годують через віконце, зроблене в компресі. Якщо мастит не проходить і є нагноєння, то необхідно зробити розріз (робить лікар).

При недостатній функції молочної залози (гіполактація) дати багато пити — чай з молоком, посилити харчування, прикладати дитину через 2—4 години.

При надмірній функції (гіперлактація) дати проносне: 2 столових ложки сіркокислої магнезії на півсклянки перевареної води; крім цього, можна дати: Rp. Camphorae tritae, Sacchari albi aa 0,2 по 1 порошку 2 рази на день; або диетилстильбестроль по 0,001 2 рази на день і забинтувати міцно грудь.

Скорочення матки. Зразу після родів матка дном своїм стоїть на 2 пальці нижче від пупка; через 10—12 годин, коли м'язи тазового дна і вагіни наберуть тонусу, дно матки доходить до рівня пупка; на 2-й день — на 1 поперечний палець нижче від пупка, на 3-й день — на 2 пальці, на 4-й день на 3 пальці, на 5-й день — посередині між пупком і симфізом, на 6-й день — на 4 пальці над симфізом, на 7-й день — на 3 пальці, на 8-й день — на 2 пальці, на 9-й день — на 1 палець і на 10-й день — на рівні верхнього краю симфізу.

Висоту дна матки визначають з допомогою руки, покладеної плазом на живіт. Треба, щоб породілля перед цим спорожнила сечовий міхур.

Формування шийки матки після родів іде поступово: спочатку відновлюється внутрішнє вічко, а потім зовнішнє; через добу після родів через зовнішнє вічко можуть пройти тільки 2—3 пальці, че-

рез 3 доби — тільки один, а на 10-й день внутрішнє вічко закривається зовсім. Щождо зовнішнього вічка, то на 10-й день через нього проходить 1 палець, і тільки в кінці 3-го тижня зовнішнє вічко закривається зовсім. Добре скорочена матка свідчить про нормальний перебіг післяродового періоду.

Затримка в зворотному розвитку матки (післяродова субінволюція) може бути: від перерозтягнення матки під час родів (багатовіддя та багатоплідця), переповнення сечового міхура або прямої кишки, наявності залишків плодового яйця або згустків крові в матці або наявність ендометриту (див. розділ *«Післяродові захворювання»*).

Симптоми: помітне збільшення матки проти норми, тривалі кров'янисті виділення, іноді субфебрильна температура.

Лікування: хінін 0,3 3 рази на день, холод на низ живота, через тиждень після родів — спринцювання щодня розчином Kalii hypermanganici, при температурі 45° Ц *(якщо є виразки, спринцювати не можна)*.

Іноді в зв'язку з енергійним скороченням матки можуть виникнути сильні післяродові болі. В цих випадках призначають свічку з белладонною: Rp. Extr. Bellad. 0,02, Butyr. Cacao 1,5 або опійну клізму: з 10 крапель t-rae Opii на 1/4 склянки води температури тіла.

Сечовиділення після родів іноді буває утрудненим, частіше буває затримка сечі, яка залежить здебільшого від травми сечового міхура.

Треба домагатись всіма засобами, щоб породілля мочилася сама; для цього треба підкласти під породіллю судно з гарячою водою, на низ живота (над симфізом) покласти грілку, дозволити їй присісти (якщо на промежині немає швів), дати випити 2 столових ложки Liquor Kalii acetici 15 : 200, або Decocti fol. Uvae ursi ex 6,0 на 200 — по 1 столовій ложці через 1 годину, в м'язи ввести 3 мл 25—30% Magnes. sulfuric. *І тільки після того, як це все не допоможе, можна випустити сечу прокип'яченим гумовим катетером,* додержуючи правил найсуворішої асептики.

Нетримання сечі часто буває в результаті парезу сечового міхура. В таких випадках призначають: Rp. T-rae strichnini 5,0, T-rae Valerian. aethereae 20,0 по 15 крапель 2—3 рази на день.

Лохії (післяродові виділення). Протягом перших 2—3 днів кількість лохій велика, вони кров'янисті, рідкі (lochia rubra); далі, оскільки кількість крові зменшується, вони стають блідокров'янистими (lochia alba) і на 10-й день, коли домішки крові немає, вони стають рідкими і серозними (lochia serosa); наприкінці післяродового періоду лохії зовсім перестають виділятись. Лохії з смердючим запахом при наявності хоч би невеликої температури свідчать про ускладнення післяродового періоду (погане скорочення матки, затримка частин посліду) і потребують виклику лікаря.

Якщо кров'янисті виділення тривають і після 7-го — 8-го дня після родів і кров виділяється згустками, матка збільшена і вічко матки (внутрішнє) розкрите, температура нормальна, — треба думати про затримку частин плаценти.

Лікування: протягом 3 днів лід на низ живота, хінін по 0,3 3 рази на день, гарячі спринцювання (t° 45—50° Ц) з t-rae jodi 35 крапель на 4 склянки води.

Коли це не допомагає — зробити вискрібання порожнини матки (робить лікар).

Функція кишок. Здебільшого протягом перших 2-х днів після родів випорожнення, в зв'язку з атонією кишок, не буває, і тільки на 3-й день, коли випорожнення немає, треба очистити кишки, поставивши очисну клізму з 3—4 склянок перевареної води кімнатної температури. Якщо клізма не подіє — можна дати проносне: Magnesiae sulfuricae або Natrii sulfurici 15,0 прийняти за 1 раз, або дати 1 столову ложку рицинового масла.

Якщо у породіллі на промежині є шви (після розриву другого ступеня), треба з випорожненням чекати до 5-го—6-го дня, призначаючи на 5-й—6-й день проносне. З першого ж дня після родів в таких випадках слід давати салол по 0,5 3 рази на день.

При наявності гемороїдальних шишок можна призначати холодні примочки з бурівської рідини (1 чайна ложка на $^1/_2$ склянки води), примочки з свинцевої води, лід на промежину, свічки з белладонною, теплуваті примочки з ромашки, послабну дієту.

Догляд за породіллею

Кожна породілля повинна мати окреме ліжко з матрацом і чистою простинею; зверху простині кладуть клейонку, ширина якої дорівнює ширині ліжка, довжина — 1 метру. Зверху клейонки кладуть стерильну або прогладжену пелюшку.

Кожна породілля повинна мати окреме судно.

Породілля повинна мити руки з милом перед їдою і перед кожним годуванням дитини, ранком мити обличчя і чистити зуби. Білизну (сорочку, косинку і рушник) міняти що 3 дні, з 5-го дня породіллі дають халат. Палати 2 рази на день треба провітрювати протягом 15—20 хвилин. Підлогу мити 2 рази на день.

Два рази на день (о 6 годині ранку і о 4—5 годині дня), а також після дефекації треба *робити туалет статевих органів.* Туалет роблять на підкладному судні, яке закріплене за породіллею.

Для туалету беруть велику кружку Есмарха з гумовою трубкою, наливають туди дезинфекційний розчин: 0,1% розчин калій-перманганату, або 1% розчин лізолу, або розчин формаліну (1 чайну ложку на 4 склянки води) і поливають розчином через наконечник *(для кожної породіллі береться окремий прокип'ячений наконечник)* статеві органи згори вниз. Вода стікає в підкладене під породіллю судно. Разом з тим жмутком стерильної вати, взятої стерильним корнцангом *(для кожної породіллі береться окремий корнцанг),* очищають статеві органи.

Обмивши статеві органи, висушують їх (анус висушують останнім) і під породіллю підкладають стерильну підстилку.

Судно після цього треба добре промити, сполоснути розчином сулеми 1 : 1000 і поставити під ліжко на підставку.

Спринцювати породіль можна тільки з дозволу лікаря.

Шви на промежині після обмивання висушують окремо стерильними жмутками вати на пінцеті, після висушування змазують їх 5% настойкою йоду.

Харчування породіллі. Їжа переважно молочно-рослинна. Протягом перших 3 днів можна давати бульйон, молочні супи з рисом або з вівсяними крупами, манну кашу на молоці, суп з овочів, білий або сірий хліб, масло, яйця рідкі, сир, сметану, котлети з овочів, соус з моркви, картопляне пюре, лапшу з молоком, кисіль, компот, чай з молоком і цукром, печиво.

Після випорожнення (на 3-й день) можна давати гречану і пшоняну кашу з молоком або маслом, м'ясні котлети, варене м'ясо, яєчню, борщ із свіжих овочів, жарену картоплю, кислу капусту і обов'язково давати молоко 0,5—1 л на добу. *Жирне м'ясо, горох, ковбасу, консерви, огірки, цибулю і сало давати не слід. Алкоголь забороняється.*

Корисно вживати свіжі овочі і фрукти, які мають вітаміни: моркву, свіжу і кислу капусту, червоні помідори, яблука, мандарини, апельсини. Бажано щодня давати вітамін С (аскорбінову кислоту) по 200 мг 2—3 рази на день, B_1 — по 10 мг 2—3 рази на день, вітамін А — 3 краплі 1 раз на день або по 1 таблетці 2 рази на день.

Годування дитини. Перед кожним годуванням породілля повинна добре помити руки з милом, соски і шкіру навколо них перед прикладанням до грудей дитини треба обмити перевареною водою або 2% розчином борної кислоти (жмуточками стерильної вати); перші краплі молока обов'язково треба зцідити; сосок після годування обмити перевареною водою і обсушити кусочком стерильної марлі або вати, молоко, що лишилось у грудях після годування, зцідити. Під час годування дитини породіллі обов'язково треба одягати маску з марлі. Годують дитину що 3 години з перервою вночі на 6 годин.

При плоских сосках, при наявності тріщин або втягнутих сосків годувати треба через накладку з гумовою соскою.

Молочні залози треба завжди тримати трохи піднятими, для чого треба або носити ліфчик, або підв'язувати їх рушником.

Повертання. Вставання. Виписування. Після нормальних родів можна дозволити породіллі через 10—12 годин повертатись, на 4-й—6-й день при нормальній температурі і пульсі — сидіти, на 5-й—6-й день — ходити, на 8-й—9-й день породіллю можна виписати. Після зашивання розриву промежини вставати можна не раніше 7-го дня, а виписати не раніше 9-го—10-го дня.

Шви з промежини знімати на 5-й день.

Поради при виписуванні. При виписуванні породіллі додому треба їй порадити:

1) не жити статевим життям протягом 6 тижнів;

2) перші три дні менше ходити і більше лежати, а далі більше бувати на свіжому повітрі;

3) важко фізично не працювати протягом 6 тижнів;

4) два рази на день підмиватись теплою перевареною водою з милом, вимивши перед цим добре руки;

5) не купатись протягом місяця у ванні; купатись можна і треба тільки під душем;

6) міняти частіше білизну постільну і натільну;

7) стежити за чистотою зубів і рук;

8) вживати більше молока, масла, овочів і фруктів; гострої їжі і алкоголю не вживати;

9) годувати дитину що 3 години, з перервою вночі протягом 6 годин;

10) на той випадок, як захворіє породілля або її дитина, негайно звертатись до консультації.

Тазові передлежання

Тазові передлежання поділяються на сідничні, ножні і колінні. Сідничні передлежання бувають: повне, або мішане, коли разом з

сідницями йдуть також і ніжки, і неповне, або чисте сідничне передлежання — коли йдуть тільки сідниці.

Причиною можуть бути — інфантилізм, однорогість або дворогість матки, багатовіддя.

Ознаки: наявність округлої частини плода (голівки) коло дна матки і м'якої, меншої за голівку частини над тазом, вислухування серцебиття плода вище пупка. При внутрішньому дослідженні — промацування anus'a плода і гребінця крижової кістки.

При тазовому передлежанні плода, визначеному під час вагітності, має бути догляд лікаря, *взагалі ж таку вагітну слід за тиждень або два до родів покласти в лікарню,* бо передлежання тазовим кінцем хоч і належить до правильних положень плода, але досвід показує, що при такому передлежанні частіше виникають ускладнення, більшого пошкодження зазнає плід, частіше, ніж при головному передлежанні, виникає смерть плода. *При виявленні тазового передлежання під час родів треба викликати лікаря.*

Тазове передлежання проводять консервативно. Спокійно чекати і стежити за станом матері, за серцебиттям дитини!

Перший і другий період затягуються, *але треба вміти чекати — бути весь час напоготові допомогти!* Особлива потреба в допомозі настає тоді, коли плід народиться до пупка: голівка, просуваючись вперед, може притиснути пуповину. Отже, *коли після народження пупка плід за 3—5 хвилин не народився,* то обов'язково *треба допомогти: треба звільнити ручки і голівку* (див. розділ *«Акушерські операції»*), тобто подати так звану *ручну допомогу,* бо коли загаятись, плід може загинути. Часом же буває, що плід може за однудві натуги народитись самостійно без ніякої допомоги.

Щоб запобігти утробній асфіксії плода, яка часто буває при народженні плода сідницями, проф. Ніколаєв рекомендує: тільки-но почнеться прорізування сідниць, впорснути роділлі міжм'язово 2 мл (2 ампули) кардіозолу і дати випити склянку гарячої води з 50 г глюкози, або 4 грудками цукру. Разом з тим треба дати їй можливість дихати киснем (по 10 хвилин з проміжками в 5 хвилин), під шкіру впорснути 1 мл розчину сіркокислого атропіну 1 : 1000 і 1 мл 2% розчину папаверину. Обидва розчини набирають в один шприц (див. також стор. 249 *«Асфіксія плода»*).

Багатоплідна вагітність і багатоплідні роди

Найчастіше трапляються випадки двійнят (1 : 80). Розрізняють: *однояйцеві двійнята,* коли одна яйцеклітина має в собі два зародкові міхурці і запліднюється двома сперматозоїдами одразу і *двояйцеві двійнята,* коли одночасно відбулось запліднення двох яйцевих клітин. Однояйцеві двійнята завжди бувають однієї статі.

Під час вагітності жінка відчуває задишку, бо дно матки стоїть ненормально високо, кінцівки часто набрякають, більше трапляється випадків токсикозів, аж до еклампсії включно. Частіше буває передчасне переривання вагітності (35% випадків). Діагноз у першу половину вагітності поставити досить важко. Надмірна величина матки, сильна нудота, блювання, скарги на особливу тяжкість внизу живота — можуть дати підставу припускати багатопліддя.

У другу половину вагітності: промацування трьох великих частин плода, іноді ж наявність малої голівки, вставленої у вхід у

таз, і якоїсь великої частини, розміщеної на дні матки, промацування багатьох дрібних частин, вислухування двох серцебиттів різного ритму і різної частоти, особливо коли між ними є проміжна ділянка, де нічого не вислухується, розміри живота понад 110 см, нерівномірність форми матки, рентгендослідження — дають можливість поставити діагноз.

Роди ведуться консервативно. В першому періоді, в зв'язку з перерозтягненням м'язів матки, може бути слабість переймів (докладно дивись розділ *«Аномалії згаяючих сил»*). Після народження першого плода, як правило, родова діяльність на деякий час (15—20 хвилин) припиняється зовсім з тим, щоб відновитись знов. *Коли народиться перший плід, особлива небезпека загрожує другому плодові,* бо скорочення матки може викликати відшарування не тільки плаценти першого плода, але й відшарування плаценти другого плода; крім того, другий плід може набрати неправильного положення. *Отже, після народження першого плода треба особливо стежити за серцебиттям другого плода,* перев'язавши якнайстаранніше пуповину першого, бо виникає небезпека, що другий плід може зійти кров'ю через пуповину першого, якщо вона погано зав'язана.

Через 30 хвилин після народження першого плода, якщо родова діяльність не починається, *слід розірвати плодовий міхур,* і, в разі тазового передлежання, звести донизу ніжку другого плода, а коли плід лежить неправильно, зробити поворот і витягти плід. Треба пам'ятати, що в *третьому періоді може бути атонічна кровотеча* (перерозтягнення матки!).

Всяка багатоплідна вагітність, діагностована під час вагітності, має бути під спостереженням лікаря, *а ще краще за тиждень до родів треба відправити вагітну до лікарні.* Слід пам'ятати, що двійнята можуть також зростатись одне з одним або розміщуватись так, що одночасно вступають у таз, тоді виникає загроза для життя матері, і це потребує вже якнайкваліфікованішої допомоги.

ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО

Токсикози вагітності

Під токсикозами вагітності розуміють ряд захворювань, які виникають під час вагітності, в зв'язку з вагітністю і проходять здебільшого з закінченням вагітності.

Етіологія: отрутні речовини, які виникають в організмі вагітної через порушення обміну речовин або внаслідок того, що в організм матері надходять продукти обміну речовин плода, викликають захворювання.

Токсикози *першої половини вагітності: слинотеча, блювання вагітних, невпинне блювання вагітних; другої половини вагітності: водянка вагітних, нефропатія, еклампсизм і еклампсія.*

СЛИНОТЕЧА (PTYALISMUS). Кількість виділюваної слини при слинотечі набагато перевищує звичайні норми і може доходити навіть до одного літра за добу. Такі хворі втрачають апетит, худнуть і стають кволими.

Лікування. Зменшити кількість їжі, вливати фізіологічний

розчин, рекомендувати пити ковтками льодовуї воду, полоскати рот настойкою шалфею або ромашки, всередину давати:

Rp. Atropini sulfurici 0,01,
Aq. menthae 10,0
по 2—10 крапель 3 рази на день.

БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ (EMESIS GRAVIDARUM). У 40—50% вагітних буває блювання, яке настає *здебільшого вранці, натще-серце,* 1—2 рази на добу, *виникає раптом без будь-яких блювотних рухів.* Загальному станові вагітності воно не загрожує і на 10-му—12-му тижні вагітності в переважній більшості випадків припиняється.

Лікування. Особливого якогось лікування не потребує. Вагітна може виконувати свою звичайну роботу. В окремих випадках, коли блювання повторюється кілька разів на день і виснажує хвору, треба сповістити лікаря, а до його прибуття можна рекомендувати: споживання їжі малими порціями в холодному вигляді, застосування брому в клізмі (1 столову ложку 3% брому на $^1/_2$ склянки води з метою вплинути на кору головного мозку); клізми з 10% розчину кальцій-хлориду (1 столова ложка на $^1/_2$ склянки води). Давати настойку йоду і м'яти: 1 крапля настойки йоду і 5 крапель настойки з м'яти (м'ятних крапель) на холодній воді 2—3 рази на день; вливання 50 мл 40% глюкози у вену щодня.

Кімнату треба провітрювати: літом протягом цілої доби, а взимку відкриваючи вікна 3 рази на день. Статеве життя забороняється.

НЕВПИННЕ БЛЮВАННЯ (HYPEREMESIS GRAVIDARUM) — така форма токсикозу, яка надто виснажує вагітну і часом приводить до смерті. Розвивається поступово, становлячи ніби продовження звичайного блювання. Блювання в таких випадках *настає не тільки натщесерце, але й після їди,* вдень, увечері і навіть вночі, *багато разів на добу;* далі хвора взагалі перестає утримувати їжу, навіть воду, починає блювати шлунковим соком і навіть кров'ю, настає велика печія, *добова кількість сечі* знижується до 200—300 мл; питома вага її збільшується до 1020—1025, *у сечі з'являється ацетон, ацето-ацетатна кислота, циліндри,* пульс прискорюється, кров'яний тиск знижується, язик стає сухим, обкладеним, шкіра стає сухою, склера жовтою, вага тіла зменшується, настрій у хворої пригнічений.

При перших ознаках справді невпинного блювання хвору треба *негайно відправити до стаціонару,* де може постати питання про переривання вагітності, якщо лікування не дасть позитивних наслідків.

ВОДЯНКА ВАГІТНИХ (HYDROPS GRAVIDARUM) — захворювання, яке характеризується набряками на ногах (набрякають кісточки ніг, ступні, голінки), на передній черевній стінці, на обличчі, зовнішніх статевих органах. Набряки ці виникають як результат порушення водно-сольового обміну. Виділення води нирками зменшується, і вода затримується в тканинах.

В результаті затримки води вага тіла збільшується. *В сечі ніяких патологічних змін немає,* кров'яний тиск — в межах норми.

Лікування: постільний режим, обмежити споживання рідини, дієта безсольова; один раз на 4 дні призначають голодний день: дають 100 г цукру, некислі яблука, моркву сиру або варену; в інші дні дають сир, трохи сметани, фруктовий кисіль, небагато гречаної каші, трохи молочного супу, 1—2 склянки молока. Добре діє ванна (36°) через день. Призначають вітамін С, тиреоїдин по 0,06 3 рази на день 3—4 дні підряд, діуретин 0,3 3 рази на день.

НЕФРОПАТІЯ (NEPHROPATHIA GRAVIDARUM) — токсикоз, при якому в процес втягуються нирки, виникають явища нефрозу. Для захворювання характерний набряк, *у сечі — білок, зернисті й гіалінові циліндри,* кров'яний тиск зрідка збільшується.

Лікування: таке саме, як і при водянці вагітних.

При виявленні захворювання треба обов'язково сповістити лікаря.

ЕКЛАМПСИЗМ. Симптоми: крім набряку, білка й циліндрів у сечі, *підвищення кров'яного тиску, стійкі головні болі,* болі «під ложечкою», хвора погано бачить («мигтить» перед очима), виникає особлива сонливість, іноді безсоння.

Лікування. *Хвору негайно треба відвезти до стаціонару!* Відправляючи хвору, на дорогу треба *сбов'язково впорснути міжм'язово 20 мл 30% стерильного розчину Magnes. sulfuric. або 1 мл (одну ампулу) 1% розчину морфіну.* Хвору треба тепло закутати і особисто відвезти до лікарні

В лікарні призначають постільний режим і застосовують таке саме лікування, як і при нефропатії, а крім того вводять міжм'язово 3—4 рази на добу по 15 мл 20% розчину Magnes. sulfuric., роблять кровопускання, іноді люмбальну пункцію.

ЕКЛАМПСІЯ — токсикоз вагітних, роділь і породіль; *характеризується приступами клонічних судорог поперечної мускулатури всього тіла.*

Здебільшого задовго до початку хвороби виникають явища водянки вагітних і нефропатії, а безпосередньо перед еклампсією — ознаки еклампсизму.

Приступ судорог при еклампсії (найхарактерніша ознака еклампсії) виявляється в тому, що жінка одразу втрачає притомність, ніби уражена блискавкою; тіло її напружується, обличчя стає блідим, хвора фіксує очима одну точку, очі підводить догори, починається легке сіпання м'язів обличчя, яке швидко з обличчя переходить на тулуб і кінцівки. Дихання припиняється, обличчя стає з блідого синім, зіниці розширюються, кисті рук стискаються в кулаки, зуби зціплені, іноді хвора може прикусити язик.

Судорога звичайно триває 10—20 секунд, потім починаються і швидко йдуть один за одним клонічні, кидаючі і сіпаючі рухи всіх м'язів тіла. Через кілька секунд судороги стають не такі часті, потім настає переривчастий хропучий вдих і разом з шумним видихом між губами з'являється біла піна, забарвлена кров'ю, хвора заспокоюється і засипає. Припадки ці можуть повторюватись, іноді вони йдуть один за одним, і в проміжках між ними притомність не повертається *Повернення притомності — сприятлива ознака.* Діурез зменшується.

Лікування. *Хвору негайно відправити до лікарні,* тепло одягши її, *впорснувши 1—1,5 мл 1% морфіну або 2% пантопону під шкіру,* супроводити її має обов'язково медичний працівник, який повинен захопити з собою ложку, обгорнуту марлею (ложка під час приступу судорог вводиться між зубами, щоб хвора не прикусила язика).

Якщо немає ніякої можливості відправити хвору до лікарні, *треба неодмінно викликати лікаря,* а до приїзду лікаря почати лікування за В. В. Строгановим або Бровкіним.

Насамперед ізолювати хвору в окремій кімнаті, світло денне чи штучне затінити, щоб воно не впливало на хвору, вкрити її теплою

легкою ковдрою; хтось з медичного персоналу має стежити за тим, щоб хвора не впала і не прикусила собі язика (заготовити ложку!). Одночасно з цим вводять по черзі морфін і хлорал-гідрат (пропозиція проф. Строганова) або магній-сульфат (пропозиція лікаря Бровкіна).

Метод Строганова: ін'єкція під шкіру 1,5 мл 1% морфіну, *через 1 годину від початку лікування* ставлять клізму з 2 г хлорал-гідрату, розчиненого в 75 мл молока або 5% розчині глюкози, *через 3 години від початку лікування* повторити ін'єкцію морфіну в тій самій дозі. *Через 7 годин від початку лікування* — клізма з хлорал-гідрату, доза та сама, через 13 годин — клізма з 1,5 г хлорал-гідрату, через 21 годину від початку лікування — 1,5 г хлорал-гідрату в клізмі.

Метод Бровкіна: вводять внутрішньом'язово кожні 4 години по 6,0 магній-сульфату (20% 30,0 або 30% 20,0 або 3% 200,0); на другу добу вводиться магній-сульфат 20% 20,0, 2—3 рази на добу. В тяжких випадках еклампсії роблять кровопускання 400—600 мл.

Пітуїтрину вводити не можна!

Післяродова еклампсія лікується так само.

Дієта. Під час припадків — голодна дієта, внутрішньовенно вводять 40% розчин глюкози з 1% розчином аскорбінової кислоти 40—50 мл 3—4 рази на день. Після припинення припадків призначають голодну дієту, але дають 200—300,0 цукру протягом доби, теплий чай, фрукти, аскорбінову кислоту. На другу добу після припинення припадків дають 300,0 цукру, чай, кашу з рису, гречану кашу, манну кашу, гарбузову на воді з цукром, печені яблука, пюре з картоплі, а далі переходять на молочно-рослинну їжу.

Захворювання, спричинені неправильним розвитком плодового яйця

ПУХИРНИЙ ЗАНЕСОК (MOLA HYDATIDOSA) — захворювання ворсинок хоріона. Ворсинки перетворюються в різної величини пухирці, завбільшки від малої горошини до вишні, наповнені прозорою рідиною; конгломерат пухирців нагадує собою гроно винограду. Переродження або тільки частина плаценти, або вся плацента, тоді харчування плода порушується, і він гине і розсмоктується, ворсинки ж ростуть далі, проростаючи іноді не тільки м'язову, але й серозну оболонку матки.

Етіологія невідома.

Симптоми: поява кров'янистих виділень, в яких *можна виявити характерні пухирці; невідповідність між строком вагітності і величиною матки:* розміри матки далеко більші, ніж це відповідає строкові вагітності, *консистенція матки туго-еластична,* в другій половині вагітності в більшості випадків вагітна не відчуває рухів плода і серцебиття плода не чути. Можуть бути і інші симптоми, характерні для токсикозів: білок в сечі, блювота, набряки на ногах, значне схуднення.

Лікування. *Хвору треба негайно відправити до лікарні* або викликати лікаря. В 50—70% матка сама викидає плід. Щоб прискорити зігнання переродженого плодового яйця, дають проносне, хінін, пітуїтрин.

В тих випадках, де сталася кровотеча і канал шийки досить

відкритий, найкраще виділити пухирний занесок пальцьовим способом, не вдаючись до вискрібання матки *(загроза перфорації матки)*..

ХОРІОНЕПІТЕЛІОМА (CHORIONEPITHELIOMA). В 15% випадків пухирний занесок перероджується в злоякісний новотвір—хоріонепітеліому, коли елементи пухирців починають необмежено розвиватись, проростають кровоносні судини і течією крові заносяться в печінку, легені і мозок. *Хоріонепітеліома може з'явитись на 6—8 тижні після усунення або народження пухирного заносу, а то й через рік і пізніше.* Належить вона до найбільш злоякісних опухів.

Етіологія невідома.

Симптоми: характерне збільшення матки, довготривалі кров'янисті виділення, які не піддаються лікуванню (навіть вискрібанню), різко позитивна реакція Ашгейм-Цондека.

Лікування: *хвору відправити негайно в стаціонар.* Лікування — оперативне (екстирпація матки разом з додатками) або консервативне — проміння Рентгена чи радію.

Якщо після родів або аборту, особливо ж після пухирного заносу триває кровотеча, яка не піддається лікуванню, хвору неодмінно і не гаючись повинен оглянути лікар.

БАГАТОВІДДЯ (HYDRAMNION). Наприкінці вагітності кількість навколоплідних вод дорівнює 1 л; якщо ж кількість навколоплідних вод доходить до 5 л і більше, то це ознака захворювання, яке називається гідрамніон, або багатоводдя.

Етіологія не з'ясована.

Симптоми: скарги на утруднене дихання, тиснення на шлунок, тяжкість при ходьбі. Живіт надто збільшений (проти норми), черевні стінки напружені, частини плода позначаються невиразно, серцебиття або зовсім не чути, або ж чути неясно.

Під час родів часто буває первинна слабість родових болів, неправильне положення плода або тазове передлежання, при відходженні вод часом випадає пуповина або дрібні частини плода. В третьому періоді може бути кровотеча.

Така вагітна має бути передана до рук лікаря, за тиждень або два до родів її треба покласти в лікарню.

Передчасне переривання вагітності. Протизаплідні засоби

Переривання вагітності до 7 місяців (28 тижнів) називається *викиднем, або абортом,* а після 7 місяців — *передчасними родами.*

Переривання вагітності до 3-х місяців називається *раннім викиднем,* а переривання вагітності понад 3 місяці — *пізнім викиднем.*

АБОРТ (ABORTUS) поділяється на *штучний* і *самовільний* (спонтанний). Самовільний викидень, який повторюється двічі і більше, називається «звичним» викиднем.

ШТУЧНИЙ АБОРТ — це викидень, зроблений медикаментозним або будь-яким інструментальним способом. Він поділяється на *медичний,* зроблений в лікувальному закладі за медичними показаннями (дозвіл на це дає спеціальна абортна комісія) і *кримінальний* (злочинний аборт), зроблений не в лікарні або зроблений хоч і в лікарні, але без дозволу абортної комісії.

Показаннями до медичного аборту будуть:[1]

1) тяжкі і стійкі органічні пошкодження серця і кровоносних судин: ендокардити; анатомічні ураження клапанів серця і ураження м'язів серця при явищах недостатнього кровообігу (набряк, застійна печінка, ціаноз, задишка), мітральні стенози декомпенсовані, субкомпенсовані, компенсовані) і стійка гіпертонія, яка не залежить від вагітності;

2) стійкі форми запальних, дегенеративних і склеротичних змін нирок з обмеженням функції їх;

3) двобічний нефролітіазис (встановлений рентгенологічно);

4) відкриті форми легеневого туберкульозу, а також закриті туберкульозні зміни легенів і плеври з стійкими інтоксикаціями;

5) туберкульоз сечових шляхів, очеревини, кишок, кісток, сурлобів, горлянки;

6) хронічні паренхіматозні ураження печінки з виявленим порушенням функцій;

7) базедова хвороба з виявленою недостатністю серцевосудинної системи або іншими стійкими інтоксикаціями;

8) злоякісне недокрів'я (бірмерівська форма) і злоякісна анемія вагітних;

9) лейкози (білокрів'я);

10) хворі, які хворіють або хворіли на злоякісні опухи;

11) епілепсія, засвідчена лікувальним закладом;

12) ретиніти або неврози зорового нерва, спричинені вагітністю, або ураження периферичної судинної системи;

13) тяжкі захворювання рогівки, внаслідок виснаження організму або ендокринних розладів, спричинених вагітністю;

14) звуження таза із справжньою кон'югатою в 7,5 см і менше, значні деформації таза різного походження, а також значні рубцеві зміни вагіни, які заважають родорозв'язанню через природні родові шляхи;

15) допускається аборт, коли у матері, батька або у одного з дітей є або було одне з таких захворювань, що можуть переходити в спадок: гемофілія, ідіотія, генуїнна епілепсія, тяжкі форми шизофренії або маніакально-депресивного психозу, які вже лікували; тяжкі спадкові хвороби очей, що спричиняють сліпоту; спадкова глухонімота; спадкові прогресуючі системні захворювання нервової системи (прогресивна м'язова атрофія, спадкова атоксія).

Протипоказання до штучного викидня: 1) гонорея гостра і підгостра, 2) гострі і підгострі вульвовагініти, бартолініти будь-якого походження, а також фурункули на статевих органах, 3) ерозії при наявності гнійних виділень із шийки матки, 4) наявність запальних процесів у додатках і навкружній клітковині, 5) всі місцеві гноетворні і загальні гострі інфекційні захворювання.

САМОВІЛЬНИЙ АБОРТ виникає в зв'язку з запальним процесом матки (слизової, м'язової або серозної оболонки її), в результаті глибоких розривів шийки матки, недорозвинення матки, при наявності загину матки або опуху її, в зв'язку з розладами серцевосудинної системи в стадії декомпенсації, в зв'язку з гострими кишковими захворюваннями і апендицитом, гострими інфекційними захворюваннями (скарлатина, дифтерія, грип, тиф, малярія, сифі-

[1] Див. також спеціальну інструкцію додану до наказу М. О. З. УРСР № 678 від 5. XI—1951 р.

ліс), від недостачі вітамінів і гормона жовтого тіла, нервових зворушень і травми.

Перебіг аборту. Аборт за своїм перебігом поділяється на: 1) *загрозливий або початковий* (abortus imminens, incipiens), 2) аборт *в ході* (прогресуючий (abortus progrediens), 3) *аборт неповний, незакінчений* (abortus incompletus), 4) *аборт повний, закінчений* (abortus completus).

При загрозливому аборті відмічають скарги на незначне виділення крові з статевих органів, іноді незначні переймисті болі. Шийка матки не змінена, вічко матки закрите.

При аборті в ході — скарги на чималу кровотечу і переймисті болі. Форма шийки матки не змінена, але *вічко пропускає палець або два,* іноді над внутрішнім вічком можна промацати нижній полюс плодового яйця.

Аборт неповний буває, коли частина плодового яйця вийшла з порожнини матки, а частина ще лишилася в ній (звичайно затримується плацента й оболонка). В цих випадках — скарги на велику кровотечу, переймисті болі; шийка матки відкрита, матка збільшена, але менше, ніж це відповідає строкові вагітності.

Аборт повний, коли все плодове яйце (плід і оболонки) вийшло. Хвора при цьому скаржиться на велику кровотечу, що останніми днями зменшилась, на переймисті болі, які вже пройшли, і часом на виходження плодового яйця. Матка добре скорочена, хоч зовнішнє вічко і пропускає палець, вона збільшена, але не відповідає строкові вагітності, відмічаються невеликі кров'янисті виділення, проте їх може і не бути.

Лікування. *При загрозливому або початковому аборті вагітність можна і треба зберегти!* Вагітній в таких випадках треба рекомендувати повний фізичний, психічний і статевий спокій, а найкраще покласти її в лікарню. *Спринцювання, тепло і холод на низ живота призначати не можна!* Треба стежити за тим, щоб щодня було випорожнення. Якщо випорожнення немає, можна давати ніжно послаблюючі речовини: фенолфталеїн, ревінь, пурген, клізми з ромашки або олії (через 1—2 дні), призначають також лікувальні клізми з настойкою опію (Т-гае opii simplicis — 10 крапель на $^1/_4$ склянки води температури 37° у клізмі, 2 клізми на день) або per rectum: кодеїн, пантопон, папаверин (доза 0,03—0,02 на свічку), екстракт белладонни по 0,015 (в свічках) до 3 разів на день.

З кровоспинних призначають: 10% розчин хлористого кальцію по 3—4 столових ложки на день або краще Extract. Viburni prunifoli по 20 крапель 3 рази на день.

З гормональних препаратів можна рекомендувати препарати жовтого тіла, які зменшують збудливість матки: пролютон, прогестерон, прегнін. Пролютон або прогестерон впорскують в м'язи по 3—5 мг щодня або через день, а на початку лікування — до 10 мг на день. В середньому вводять від 75 до 200—300 мг прогестерону в першу половину вагітності. Прегнін призначають в дозах від 16 до 30 мг на день (по 1—2 таблетки 3 рази на день, під язик). Всього за курс лікування дають 200—500 мг прегніну.

Препарати жовтого тіла слід давати на 8-му — 10-му тижні вагітності, а також на 20-му тижні вагітності. За три тижні до родів приймання цих препаратів треба припинити.

Одночасно з гормоном жовтого тіла призначають внутрішньовенно ін'єкції глюкози з аскорбіновою кислотою.

Замість препаратів жовтого тіла можна вводити внутрішньом'язово стерильно взяту плацентарну кров по 10 мл через 7—10 днів до четвертого місяця вагітності.

Разом з препаратом жовтого тіла слід давати вітаміни, особливо С, Е і Д. Вітамін С призначають жінкам з перших місяців вагітності або у вигляді натуральних препаратів (сиропи, настойка з шипшини, фрукти і свіжі ягоди, овочі), або у вигляді аскорбінової кислоти (по 0,05 3 рази на день). Вітамін С дається в кількості 150 мг на добу (за 20—30 хвилин до їди).

Вітамін Е дається в дозі 1,2—2,5 мг на добу.

Вітамін Д дається у вигляді риб'ячого жиру.

При аборті в ходу негайно відправити хвору в стаціонар, де має бути зроблена, коли не буде протипоказань, операція вискрібання порожнини матки.

При неповному аборті хвору треба відправити в стаціонар, де має бути зроблена операція вискрібання порожнини матки.

У випадку повного аборту хвору обов'язково показати лікареві. Коли є певність, що все плодове яйце вийшло, хвору треба покласти в ліжко, призначити холод на низ живота і дати речовини, які викликають скорочення матки: Extract. Secalis cornuti — по 15 крапель 3 рази на день, Extract. Polygonii hydropiperis fl по 50 крапель 3 рази на день, Pulvis Secalis cornuti 0,5 по 1 порошку 3 рази на день. *Здебільшого ж доводиться перевіряти порожнину матки за допомогою вискрібання.*

ВИКИДЕНЬ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ (MISSED ABORTION).

Викидень, що не відбувся, — захворювання, зв'язане з загибеллю плода в ранні строки вагітності, внаслідок тих чи інших причин (обвинення пуповини, утворення справжнього вузла її), причому плід лишається в матці (і іноді довгий час), незважаючи на кровотечу, яка свідчить про початок викидня.

Симптоми: сумнівні ознаки вагітності (нудота, блювання) припиняються, груді спадають, починають виділяти молоко. Загальний стан хворої пригнічений, починаються головні болі, нездужання, безсилля. *Матка перестає рости і поступово починає зменшуватись в розмірах; своєю величиною вона не відповідає строкові вагітності* (менша ніж треба), шийка м'яка, вічко закрите. Кровотеча і біль з'являються тоді, коли плодове яйце починає відокремлюватись від стінок матки.

Лікування. *Така вагітна має бути негайно передана під догляд лікаря.* Вагітній треба роз'яснити її захворювання і вести за нею систематичне спостереження. *Ніяких активних дій!* В більшості випадків *матка сама зганяє плід* і іноді в строк нормальних родів. *Тільки велика кровотеча, біль і підвищення температури може змусити активно втрутитись!* Отже, при появі цих симптомів вагітну слід *негайно відправити до лікарні.*

РОДИ, ЩО НЕ ВІДБУЛИСЯ (MISSED LABOUR) — це тривала затримка мертвого доношеного плода в утробі матері. Мертвий плід може затриматись в утробі матері від кількох тижнів до кількох років.

Лікування. Негайно сповістити лікаря. Перевезти вагітну до лікарні, де з метою збудження діяльності матки може бути введений фолікулін, пітуїтрин, хінін, гарячий вагінальний душ (45—46°) і т. інш., або подана оперативна допомога.

ПРОТИЗАПЛІДНІ ЗАСОБИ. Рекомендовані протизаплідні засо-

би: 1) механічні: а) застосування чоловічих презервативів (кондомів), які чоловік одягає на статевий орган перед коїтусом; б) застосування жіночих ковпачків, які одягають на певний час на шийку матки або вводять просто у вагіну, поділяючи її цим на дві частини так, щоб верхня частина вагіни і шийка були закриті. Ковпачки на шийку матки є гумові і металеві; підібрати їх треба по шийці матки. Ковпачки вагінальні є під назвою КР (від № 60 до 80). Перед місячним ковпачки треба знімати.

Можна рекомендувати також: 1) вводити в вагіну за кілька хвилин перед коїтусом тампони, перев'язані тасьмою, змочені розчином оцту (1 столова ложка оцту на склянку води); після коїтусу, потягуючи за тасьму, виймають тампон; 2) спринцювання після коїтусу.

Позаматкова вагітність (Graviditas extrauterina)

Якщо запліднена яйцеклітина прикріпилася десь поза маткою (частіше в трубі, рідко в черевній порожнині), то говорять про позаматкову вагітність.

Етіологія: недорозвинення труб матки, утворення в результаті запалення різних зрощень, перетяжок у трубі.

Позаматкова вагітність здебільшого порушується протягом перших місяців вагітності і тільки в дуже рідких випадках може бути виношена до кінця.

Порушення вагітності може відбуватися за типом трубного викидня або за типом розриву труби.

При трубному аборті яйце, розтягаючи стінку труби, викликає скорочення труби, через що плодове яйце відокремлюється від стінки і виштовхується в черевну порожнину.

При розриві труби плодове яйце, не зустрічаючи опору в децидуальній оболонці, як це буває при нормальній вагітності, вростає в м'язову оболонку матки, «роз'їдає» її до серозного покриву, і тоді досить буває невеликого напруження (дефекація, підіймання чогось важкого), щоб труба розірвалась.

Симптоми непорушеної вагітності: затримка місячного, наявність сумнівних ознак вагітності, зрідка болі внизу живота з відповідної сторони. Матка менша, ніж це відповідає строкові вагітності, при тонких черевних стінках (при вагінальному дослідженні) можна промацати збільшену тугоеластичної консистенції трубу, температура нормальна, невелике прискорення реакції осідання еритроцитів, лейкоцитоз у межах норми або трохи збільшений.

При трубному аборті, крім зазначених вище симптомів, приєднуються нові: *переймисті болі внизу живота, запаморочення, іноді непритомність, кров'янисті виділення* і часом виходження з матки якоїсь ворсистої тканини, трикутної форми; температура трохи підвищена, кількість лейкоцитів нормальна або трохи збільшена, кількість еритроцитів зменшена. При внутрішньому дослідженні іноді можна виявити неправильної форми тістоподібний опух, зв'язаний з маткою або поза маткою. Але трубний аборт не завжди проходить так характерно, іноді затримки місячного нема або воно затримується на зовсім короткий строк, або ж ненормальність щодо місячного буває в попередньому місяці.

При розриві труби виявляються явища шоку: *гострі різкі болі у животі, хвора непритомніє, стає блідою, обливається холодним*

потом, пульс прискорюється до 120 ударів і більше, напруження його мале, слизові оболонки бліді, обличчя перелякане, зіниці розширені, дихання часте, уривчасте, поверхневе, з'являється біль в плечі (френікуссимптом), язик вологий, необкладений, температура в більшості випадків нормальна, але може бути і збільшена. Симптом Щоткіна позитивний. При перкусії можна виявити притуплення перкуторного звука, яке змінюється при зміні положення тіла. Реакція осідання прискорена. При внутрішньому дослідженні можна визначити наявність тістуватості в склепінні, іноді наявність невиразного опуху на місці додатків, збільшення матки, незвичайну болючість заднього склепіння. *В діагностиці порушеної позаматкової вагітності у великій пригоді може стати пункція заднього склепіння вагіни,* яку робить лікар, і реакція Ашгейм-Цондека, або сперматозоїдна реакція, які стверджують факт вагітності, незалежно від місця її локалізації.

Пункцією заднього склепіння можна добути стару змінену кров (наявність змінених еритроцитів, які нагадують ягоди шовковиці), що свідчить про наявність старої крові в черевній порожнині.

Лікування. *Хвору з найменшою підозрою на позаматкову вагітність або з виявленою позаматковою вагітністю негайно, якнайшвидше, якнайобережніше (краще літаком) переправити* в такий лікувальний заклад, де може бути встановлений остаточний діагноз і подана відповідна допомога, допомога тільки оперативна і при тому без зволікання. При розриві труби найкраще подати оперативну допомогу на місці, створивши для цього відповідні умови.

Передлежання плаценти

Передлежання плаценти — тяжке ускладнення, яке може трапитись під час вагітності або родів. Про передлежання плаценти говорять тоді, коли плацента прикріплюється не до верхньо-бокової стінки матки, як звичайно, а в нижньому матковому сегменті або безпосередньо над внутрішнім вічком матки.

Етіологія: зміни слизової оболонки матки, що відбуваються під впливом багатьох вискрібань порожнини матки, зроблених з приводу аборту, запальні захворювання слизової оболонки матки, іноді ж причина лежить в самій яйцеклітині.

Розрізняють: **центральне передлежання плаценти** (Placenta praevia centralis), коли центр плаценти розміщується над внутрішнім вічком матки, **бокове передлежання плаценти** (Placenta praevia lateralis), коли тільки частина плаценти розміщується над вічком, а більша частина її на боковій поверхні матки, і **крайове передлежання** (Placenta praevia marginalis), коли тільки край плаценти близько підходить до внутрішнього вічка.

Симптоми: *кровотеча з статевих органів. При центральному і боковому передлежанні вона виникає в другу половину вагітності, при крайовому ж — під час родів.* Кровотеча виникає в зв'язку з відокремленням плаценти, яке починається під впливом скорочень матки. Якщо це буває під час вагітності, то за деякий час кровотеча може спинитися з тим, щоб згодом знову виникнути. Особливо збільшується кровотеча тоді, коли починається родова діяльність.

Після народження плода *знову може статись кровотеча* внаслі-

док розриву шийки матки, чому сприяє особлива васкуляризація нижнього сегмента матки, або внаслідок того, що розтягнута стінка нижнього сегмента матки не може активно скоротитись і затиснути судини, з яких іде кров. *У третьому періоді за такою роділлею треба особливо стежити! В післяродовому періоді* також може бути *кровотеча* або певне *запальне захворювання, бо* велика втрата крові під час вагітності та родів цьому сприяє.

Допомагає розібратися в цьому захворюванні також внутрішнє дослідження, коли матка розкрита на два пальці. Робити внутрішнє дослідження *треба особливо обережно, додержуючи якнайсуворіших правил асептики.*

Лікування: *при найменшому підозрінні на передлежання плаценти хвора негайно має бути покладена в лікарню! В разі надзвичайно великої кровотечі, яка загрожує життю хворої, можна стерильним тампоном затампонувати туго вагіну і негайно відправити хвору до лікарні. Дома таку хвору залишати не можна!* Перед відправкою до лікарні роділлю треба напоїти солодким гарячим чаєм і влити під шкіру стегна або під молочну залозу 1000 мл фізіологічного розчину або 5% розчину глюкози.

В лікарні, якщо кровотеча невелика, призначають спокій у ліжку, опійні клізми, вікасоль по 0,02 3 рази на день, кальцій-хлорид, вітамін К (ін'єкцією), повторне переливання крові. Дієта рідка: молоко, кофе, чай. Вино давати не слід.

Далі, якщо кровотеча не спиняється або повторюється *хоч і в невеликій кількості,* — показана або операція кесаревого розтину при центральному і боковому передлежанні, або розрив плодового міхура при крайньому передлежанні, або накладання щипців на голівку за Івановим: щипцями Мюзо захоплюють шкіру голівки плода і до держална щипців прикріплюють шнур з вагою в 300—400 г, шнур перекидають через блок.

Передчасне відшарування плаценти

Етіологія: захворювання виникає в зв'язку з нефритом у матері або внаслідок захворювання ворсинок хоріона.

Симптоми: раптом під час вагітності або родів *з'являються різкі болі в животі,* болі в ділянці матки, *дно матки підіймається вгору, серцебиття плода зникає, плід визначити важко, стан матері тяжкий;* виникають ознаки внутрішньої кровотечі (частий ледве промацуваний пульс, запаморочення, утруднене дихання, блідість обличчя).

Негайно викликати лікаря! Небезпека загрожує матері! Роди закінчують або поворотом і витягненням плода, або накладанням щипців, або кесаревим розтином.

Патологія третього періоду родів

Кровотечі в третьому періоді родів можуть бути внаслідок *розриву м'яких родових шляхів, затримки в матці всієї плаценти, частини, або частинки її, приросщення плаценти, атонії матки.*

Кровотеча, яка настає *зразу після народження плода* або незабаром після народження його, може залежати від відокремлення плаценти за Дунканом або від розриву м'яких родових шляхів.

При кровотечі, коли стан матері погіршується, прискорюється

пульс, погіршується його наповнення, хвора блідне і т. ін., *негайно послати по лікаря, а тимчасом звільнити матку від плаценти*, бо точно розібратися, звідки кровотеча, коли плацента в матці, досить важко. Це доводиться робити за способом Лазаревича-Креде (див. розділ «*Акушерські операції*»).

Після народження плаценти її оглядають якнайуважніше (див. «*Третій період родів*»). Якщо плацента народилася вся, а кровотеча триває і не спиняється навіть тоді, коли робили масаж матки, *треба думати про розрив тканин родового шляху.* Не гаючи часу, дзеркалами розкрити вагіну і оглянути спочатку шийку, а далі стінки вагіни. Коли є розрив, його треба негайно зашити, *разом з тим пославши по лікаря.*

Якщо після масажу *кровотеча спиняється*, а потім *відновлюється знов*, і *є цілковита певність, що в матці не залишилось й частинки плаценти, треба думати по атонію матки.*

Слід насамперед вдатися до механо-фізичних способів спинення кровотечі, одночасно вводячи і фармацевтичні препарати.

Насамперед треба зробити масаж матки, разом з тим ввести 1 мл ерготину внутрішньом'язово, а під шкіру 1 мл пітуїтрину; коли ерготину немає, можна ввести замість нього 0,5—1 мл адреналіну в розчині 1 : 1000. Через 10—15 хвилин масаж можна припинити, поклавши на низ живота пузир з льодом, і простежити, чи не буде знову кровотечі. *Коли кровотеча відновиться, захоплюють матку через черевну стінку і, подавши її вгору, добре притискають до симфізу;* через 15—20 хвилин можна матку випустити, і якщо кровотеча *триватиме далі, кулаком притискають аорту над маткою* приблизно на 30 хвилин. Можна також *посприцувати* порожнину вагіни або навіть матки *гарячим 40—50°Ц дезинфекційним розчином* (35 крапель 10% йоду на 4 склянки води) або змазати порожнину матки звичайним ефіром: *як від тепла, так і від холоду м'язи матки скорочуються (промивання або змазування матки дозволяється робити тільки лікареві).* Якщо кровотеча не припиняється, можна через вагіну накласти клеми на маткову артерію (дозволяється робити тільки лікареві), а коли *кровотеча триватиме й далі*, то лишається тільки одне — екстирпувати матку.

Коли після застосування масажу і промивання матки кровотеча не припиняється і лікаря викликати не можна, слід туго затампонувати вагіну або навіть матку стерильним тампоном, ввести фізіологічний розчин, камфору і відправити до лікарні!

Якщо після застосування способу Лазаревича-Креде плацента не народиться і *кровотеча триває, треба знов застосувати спосіб Лазаревича-Креде*, давши роділлі наркоз. Коли плацента й після цього не народжується, треба думати про приростання плаценти до стінок матки або про дуже міцне з'єднання плаценти з стінкою матки (placenta acreta, adhaerens). Ускладнення це може проходити й без кровотечі, тільки й того, що плацента довгий час не відокремлюється від стінок матки.

Після застосування способу Лазаревича-Креде під наркозом, в разі невдачі, потрібно *увійти в порожнину матки і руками відокремити плаценту* від її стінок (див. розділ «Акушерські операції»).

Про залишення частинок плаценти в порожнині матки див. «*Ведення родів у третьому періоді*».

Для боротьби з анемією, внаслідок кровотечі, треба:

1) покласти роділлю так, щоб ноги лежали вище голови (зви-

чайно для цього під ножний кінець ліжка становлять табурет), ноги забинтувати, починаючи від ступень до кульшового суглоба (автотрансфузія);

2) обкласти роділлю грілками або пляшками з гарячою водою (грілки і пляшки загорнути в рушник), до голови прикласти грілку з гарячою водою;

3) під шкіру ввести камфору, кофеїн, дигален;

4) напоїти хвору гарячим чаєм, додавши на склянку ложку чистого спирту;

5) дати дихати кисень, відкрити вікно або кватирку (хвору треба закутати);

6) одночасно з переліченими заходами ввести стерильний фізіологічний розчин в кількості 1000 мл під грудну залозу або під шкіру стегна і перелити кров однойменної групи (500 мл).

Аномалії зганяючих сил

До аномалії зганяючих сил належить *слабість родових болів і наявність надмірних родових болів.* Слабість родових болів може бути *первинною* або *вторинною. Первинна слабість* це та, яка виникає на початку родів і триває далі під час родів; *під вторинною слабістю* розуміють таку, яка настає після нормальної родової діяльності; звичайно це буває або наприкінці першого періоду родів, або на початку другого періоду.

Етіологія *первинної слабості* родових болів: недорозвинення матки, виродливості її, надто розтягнені стінки матки (багатовіддя або багатопліддя), наявність опуху в стінці матки (фіброміома), перенесений у минулому запальний процес слизової або м'язової оболонки матки, похилий вік роділлі, велике число родів або абортів, порушення діяльності вегетативної нервової системи і ендокринних залоз, передчасне відходження вод, загальна кволість і виснаження, недокрів'я роділлі, переповнення сечового міхура, наявність загальної інфекції: малярії, туберкульозу, сифілісу; *вторинної слабості*: вторинна слабість може залежати від усіх перелічених причин, що спричиняють первинну слабість. Проте головною причиною вторинної слабості буде: перевтома м'язів матки в результаті тривалої роботи, яка залежить від певних механічних перешкод в процесі родів, а саме: невідповідність між величиною плода і тазом, наявність опуху в малому тазу, неправильне встановлення голівки, неподатливість м'яких тканин, що можуть заважати проходженню плода, ригідність зіва, рубцеві зміни в шийці або вагіні, наявність міцних оболонок плодового міхура.

Лікування: *до відходження вод особливих заходів проти первинної слабості застосовувати не слід,* бо млява родова діяльність не загрожує небезпекою.

Таку роділлю слід перевезти до лікарні або викликати лікаря. До його прибуття можна рекомендувати роділлі рухатись; треба стежити за своєчасним спорожненням сечового міхура і прямої кишки, а далі або розірвати плодовий міхур, що можна зробити тільки при розкритті шийки матки на 2,5—3 пальці, або взятись до стимуляції родової діяльності.

Стимуляція родової діяльності полягає в тому, що роділлі (рекомендує проф. А. П. Ніколаєв) дають 60 г рицинового масла, че-

рез 1 годину ставлять клізми з прохолодної перевареної води; після того як клізма подіє, дають роділлі що півгодини по 0,25 хініну всього 4 рази. Одночасно з цим дають роділлі склянку гарячої води, в якій розчиняють 50 г сухої глюкози (або 4 грудочки цукру), 1 мл хлористого кальцію і 0,2 аскорбінової кислоти. Бажано на початку стимуляції ввести під шкіру 20 000 одиниць фолікуліну.

Разом з тим треба звернути увагу на харчування роділлі: їй треба давати гарячий солодкий чай, солодку каву, м'ясний бульйон, гаряче молоко, трохи солодкого вина, вітамін С.

Треба також стежити за тим, щоб хвора мочилась і було випорожнення.

Вторинну слабість родової діяльності лікують так: коли роділля стомлена після тривалої родової діяльності, їй треба дати відпочити; для цього треба ввести 0,01 або 0,015 морфіну (краще на ніч).

Корисно застосувати спосіб Хмелевського:

Rp. Glucosae 50,0
Calcii chlorati 2,0
Acidi muriatici dilut. gtt. VIII
MDS. Змішати в склянці гарячої води і дати роділлі випити за 1 раз. В разі потреби через 4 години можна дати роділлі цю суміш ще раз.

Коли голівка стоїть у виході з таза, можна вводити під шкіру пітуїтрин в кількості 1 мл. Разом з тим, треба пам'ятати, що пітуїтрин *не можна застосовувати: при неповному відкритті зовнішнього вічка,* коли голівка стоїть високо в тазу, коли розтягнений нижній сегмент матки, при токсикозах вагітності (нефропатії, при еклампсизмі і еклампсії), при захворюванні серця і судин, захворюванні нирок, вузькому тазі, неправильних положеннях плода, загрозі асфіксії плода.

Коли голівка стоїть близько виходу з таза і починається прорізування її і немає ніяких ненормальностей ні з боку плода (надмірно велика голова, неправильне вставлення передлеглої частини), ні з боку родових шляхів (вузький таз), — можна застосувати спосіб Крістеллера або спосіб Вербова (див. розділ «*Акушерські операції*»).

Коли виходженню плода, голівка якого прорізується, заважає промежина, — можна зробити розріз промежини (див. розділ «Акушерські операції»).

При надмірно сильних болях, що можуть привести до травматичного пошкодження матері або дитини, при так званих «швидких родах», впорскують морфін під шкіру або ставлять опійну клізму (10 крапель t-rae opii simplicis на $^1/_4$ склянки води температури тіла), або дають легкий наркоз. При кожному випадку будь-якої аномалії зганяючих сил треба викликати лікаря.

Неправильні положення й аномалії передлежання плода

До неправильних положень плода належить *косе й поперечне положення.*

Етіологія: вузький таз, передлежання плаценти, багатовіддя, пороки розвитку матки, наявність двійнят, втрата тонусу матки після багатьох родів.

Симптоматологія: розтягненість матки в поперечному напрямі, низьке стояння дна матки, відсутність великої частини плода над входом у таз, промацування її десь збоку, вислухування серцебиття по лінії, що проходить горизонтально через пупок — все це свідчить про неправильне положення плода. В пригоді може бути рентгенівське проміння.

Роди при поперечному положенні — глибоко патологічні! Мляві перейми, ранне відходження вод, випадання ручки або пуповини, затиснення плеча дитини в тазі, нарешті, в зв'язку з цим — розрив матки, — ось далеко неповний перелік ускладнень, які можуть трапитись при цьому положенні, якщо не подати своєчасно допомоги. *Потрібна допомога: поворот на ніжку, коли води не відійшли і плід рухомий, або ембріотомія, якщо він нерухомий (запущене поперечне положення).* Як ту, так і іншу операцію повинен робити лікар і тільки у виняткових випадках операцію повороту дозволяється робити акушерці (див. розділ *«Акушерські операції»*).

При виявленому поперечному або косому положенні плода потрібен негайний догляд лікаря, який за тиждень або два до родів повинен покласти вагітну в лікарню на профілактичне ліжко.

До аномалій передлежання плода належать: лицеве передлежання, лобне і передньо-головне, залежно від того, яка частина голівки першою знижується в таз: підборіддя, лоб чи тім'я. Визначити можна тільки при внутрішньому дослідженні. Роди, як правило, затягуються, голівка плода травмується, може статися асфіксія. *Ведення родів — консервативне, але вести їх повинен тільки лікар.*

Вузький таз

Розрізняють два поняття: *звужений таз* — анатомічне поняття, коли хочуть сказати, що *анатомічні розміри такого таза зменшені*, і *вузький таз* — функціональне поняття, яке можна *виявити тільки в процесі родів*, тобто, коли між даною голівкою і даним плодом є певна невідповідність. З погляду анатомічного розрізняють: *загально-рівномірно звужений таз*, коли *всі його розміри звужені* на однакову величину; *плоский таз*, коли *зменшені всі передньо-задні розміри*, і *плоско-рахітичний таз*, коли зменшений тільки передньо-задній розмір входу, а розмір виходу, навпаки, розширений, і коли P. spinarum дорівнює D. cristarum.

Етіологія: перенесений рахіт, кістковий туберкульоз, гіпофункція щитовидної залози, виснажливі тривалі хвороби, захворювання хребта, травма нижніх кінцівок і таза.

Розрізняють: перший ступінь звуження таза — коли справжня кон'югата дорівнює 11—9 см, другий ступінь, коли вона дорівнює 9—7 см, третій ступінь — 7—5 см і четвертий ступінь — нижче 5 см. *При першому і другому ступенях* звуження роди *хоч і затягуються, але можуть відбутися природними шляхами;* при третьому ступені

звуження роди *самостійно відбутися не можуть*, плід можна видалити з допомогою операції ембріотомії (видалення плода частинами), або з допомогою кесаревого розтину, а при четвертому ступені видалити плід можна тільки з допомогою кесаревого розтину.

Для визначення звуженого таза обов'язково треба виміряти Conjugata diagonalis, щоб мати уявлення про Conjugata vera (докладніше дивись *«Дослідження вагітної»*). *Для виявлення вузького таза* (не звуженого) має значення, чи голівка в процесі родів, будучи нерухомою над тазом, виступає над симфізом, чи ні. *Якщо виступає* (позитивна ознака) — *прогноз несприятливий; коли голівка і симфіз стоять на одному рівні,* — *прогноз сумнівний,* і, нарешті, *коли голівка стоїть нижче від симфізу,—прогноз родів сприятливий.*

Вагітна, у якої виявлений звужений таз, має бути передана під догляд лікаря, родити вона повинна тільки в лікарні і вступити туди їй треба за тиждень до родів.

Розриви м'яких родових шляхів

РОЗРИВ МАТКИ (RUPTURA UTERI) — найсерйозніше ускладнення, яке тільки може трапитися під час родів.

Етіологія: наявність функціонально вузького таза, запущене поперечне положення, неправильне вставлення голівки (лобне, задній вид лицевого передлежання), недорозвинення м'язів матки, наявність фіброматозних вузлів у стінці матки, зміни м'язів матки під впливом колишнього запалення, рубцево-склеротичні зміни після перенесених операцій (кесаревого розтину)

Розрізняють: *спонтанні, або самовільні, розриви,* що можуть статися без будь-якого втручання, і *віолентні, насильні* (в результаті травми або розриву при повороті плода); *повні розриви матки,* коли розриваються всі шари матки, *і неповні,* коли м'язова оболонка розривається, а очеревина на матці лишається цілою; *розрив, який має статись (загрозливий розрив),* і *розрив, який стався.*

Симптоми *розриву, який має статись,* такі: роділля стає дуже неспокійною, кидається в ліжку, хапається за живіт, скаржиться на безнастанні болі внизу живота, обличчя червоніє, перелякане, язик і губи сухі, пульс прискорений, дихання поверхневе, температура тіла підвищена, родові болі дедалі частішають і, нарешті, настає судорожне скорочення матки (без пауз). Роділля або зовсім не мочиться, або мочиться з трудом, сечі дуже мало.

Плодових частин промацати не вдається, серцебиття плода не чути, на передній поверхні матки промацується контракційне кільце: косий валок, який утворюється між верхнім скороченим сегментом матки і нижнім розтягненим. Кільце це піднімається дедалі вище і може дійти до пупка.

Лікування: *негайно впорснути роділлі під шкіру 1,5 мл 1% розчину морфіну разом с 1 мл розчину атропіну 1 : 1000 і викликати лікаря або відправити роділлю до лікарні.* В лікарню роділлю краще переправити літаком або звичайним транспортом, поклавши хвору на м'який матрац і обклавши її подушками і обов'язково в супроводі акушерки або фельдшера.

Симптоми *розриву, який стався:* різкий раптовий біль у животі, родова діяльність припиняється, пульс прискорюється, наповнення його гіршає, починається здуття живота, настають явища шоку, роділля раптом стає блідою, млявою, апатичною, байдужою

до всього, риси обличчя загострюються, очі западають, кінцівки стають холодними, язик сухий. Іноді буває блювання. З вагіни в невеликій кількості виділяється кров. При зовнішньому дослідженні вражають такі особливості: напруження живота зникає, контракційне кільце не промацується, передлегла частина, яка до того міцно була вставлена у вході в таз, — стає рухомою і відходить угору. Під черевною стінкою виразно позначаються дрібні частини плода, який виходить з порожнини матки в черевну порожнину; рядом з плодом можна промацати невелику матку в стадії скорочення. Серцебиття плода не чути — плід мертвий.

При неповному розриві натуги припиняються не відразу, ознаки внутрішньої кровотечі настають повільно, при зовнішньому дослідженні поруч з маткою можна виявити опух, який дедалі збільшується. Опух цей утворюється в результаті крововиливу між листки широкої зв'язки.

Перелічені симптоми розриву не завжди виявляються так виразно, в деяких випадках тканини матки розриваються не відразу, а повільно, і загальний стан хворої гіршає поступово. Розібратись тоді буває досить важко.

Лікування: *врятувати життя хворої може тільки операція, і операція негайна;* в більшості таких випадків роблять екстирпацію матки. Коли ж подати хірургічну допомогу при розриві матки на місці не можна, тоді жінку треба негайно транспортувати до лікарні, де може бути зроблена операція. В такому разі треба щільно затампонувати вагіну і забинтувати живіт; робиться це для того, щоб притиснути матку і обмежити рухомість плода в черевній порожнині. Хвору кладуть на матрац, обкладають подушками і відправляють в супроводі акушерки або фельдшера. Найкраще таку хвору транспортувати літаком.

РОЗРИВ ШИЙКИ МАТКИ (RUPTURA COLLI UTERI). Причиною розриву шийки під час родів може бути: ригідність тканини (у старих первородок), хронічний запальний процес у шийці матки, великий плід (велика міцна голова, широкі плечі), швидке врізування і прорізування голівки, передлежання посліду, оперативне втручання: накладання щипців, витягання плода за тазовий кінець.

Симптоми: *зразу після народження дитини до народження плаценти починається сильна кровотеча,* кров червона. Масаж матки, яка буває добре скороченою, кровотечі не припиняє.

Треба пам'ятати, що кровотечу з шийки матки можна сплутати з атонічною кровотечею. Але атонічна кровотеча настає тільки після відходження плаценти, матка тоді погано скорочується і потім знову розпускається; масаж матки тимчасово припиняє кровотечу, і кров має венозний характер.

Лікування: негайно зашити розрив шийки матки (див. розділ «*Акушерські операції*»).

РОЗРИВ КЛІТОРА. Розрив клітора під час родів дає велику кровотечу і потребує застосування негайних заходів щодо зашивання його.

При виявленні розриву клітора треба негайно викликати лікаря, а до його прибуття добре притиснути до симфізу кровотечне місце стерильним марльовим тампоном.

РОЗРИВИ ПРОМЕЖИНИ бувають трьох ступенів: перший ступінь—розрив шкіри задньої сполуки, а іноді і слизової оболонки вагіни без пошкодження м'язів, другий ступінь — розрив шкіри про-

межини, слизової вагіни і м'язів промежини до ануса і третій ступінь — розрив шкіри промежини, слизової оболонки вагіни, м'язів тазового дна, сфінктера, а іноді і прямої кишки.

Лікування: обов'язково зашити розрив незалежно від ступеня його. Розриви першого і другого ступеня може зашивати акушерка або фельдшер, розрив третього ступеня зашиває тільки лікар.

Патологія післяродового періоду

ПІСЛЯРОДОВІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ. Етіологія: попадання в матку під час або після родів збудників інфекції (здебільшого стрептококів або стафілококів). Ці збудники викликають місцеві зміни або уражають увесь організм.

Хвороботворні збудники можуть попадати в родові шляхи під час вагітності при статевому акті (особливо небезпечно, коли він буває за кілька днів до родів або напередодні родів або ж на початку родів), при вагінальному дослідженні, при порушенні цілості родових шляхів під час родів, при оперативних втручаннях, з рота персоналу («крапельна інфекція») і, нарешті, з порожнини вагіни, з уретри, з кишок, а також з вогнищ запалення. Кровотеча під час родів, наявність згустків крові, затримка виділень сприяють виникненню інфекції.

ПІСЛЯРОДОВІ ВИРАЗКИ (ULCERA PUERPERALIA) з'являються на місці поранення зовнішніх статевих органів, промежини, вагіни або шийки.

Симптоми: підвищення температури до 38—39°, помірне прискорення пульсу, відчуття паління на місці рани; при огляді видно виразку, вкриту сірожовтуватим нальотом, краї її припухлі і почервонілі.

Лікування: *тільки консервативне:* обробка виразок воденьпероксидом або розчином риванолу 1 : 1000, змазування 1% розчином брильянтової зелені на 70% спирті або розчином йоду. Всередину дають стрептоцид по 1,0 4 рази на день.

ЕНДОМЕТРИТ І МЕТРИТ (ENDOMETRITIS ET METRITIS) — запалення слизової і м'язової оболонок матки.

Симптоми: на 2-й—4-й день після родів підвищення температури до 38—40°, прискорення пульсу до 100—120 за 1 хвилину, скарги на розбитість, головний біль, виділення з матки спочатку буруваті з гнильним запахом, а потім гнійні; матка збільшена, болюча.

Лікування: при виявленні ознак метроендометриту треба негайно сповістити лікаря, а ще краще переправити хвору до лікарні. Лікування *консервативне:* спокій у ліжку, холод на низ живота, Pulvis secalis cornuti по 0,5 3 рази на день або Extractum secalis cornuti fluidum по 25 крапель 3 рази на день, а найкраще давати хінін по 0,3 3 рази на день, стрептоцид білий по 1,0 4 рази на день, внутрішньовенне вливання 40% уротропіну—5 мл; пеніцилін по 50 000 одиниць через 3 години, камфору по 3,0 2 рази на день. Пеніцилін краще призначати на початку захворювання, як тільки воно виявлене. Призначають також спринцювання розчином калій-перманганату (розчин 1 : 5000) при температурі 40—45°Ц; але, перед тим як призначати спринцювання, *хвору треба оглянути дзеркалами,* чи немає виразок. Якщо виразки є, призначати спринцювання не можна.

ПАРАМЕТРИТ (PARAMETRITIS)—запалення тазової клітковини.

Симптоми: захворювання починається на 3-й—4-й день після родів з помірного ознобу; підвищення температури до 39°, рідко до 40°, вранці температура трохи знижується. Пульс відповідає температурі. Загальний стан хворої не тяжкий. Скарги на невеликі болі внизу живота.

При внутрішньому дослідженні між тазом і стінкою матки можна виявити інфільтрат спочатку досить м'який, а далі твердий, нерухомий; інфільтрат зливається з стінками таза, іноді його можна промацати — зовні, над Пупартовою зв'язкою.

Згодом він або зовсім розсисається, або на 3-му—5-му тижні нагнюється, і гній прориває над Пупартовою зв'язкою, або в сечовий міхур чи в пряму кишку.

Іноді, внаслідок параметриту, між маткою і сусідніми органами виникають зрощення, які змінюють положення матки.

Лікування: при виявленні у породіллі ознак параметриту треба негайно сповістити лікаря або відвезти хвору до лікарні. Лікування — постільний режим, холод на низ живота, 2—3 рази на день вводити свічки з Extr. Belladonnae, внутрішньовенно вводити по 5 мл 40% уротропіну, чергуючи з внутрішньовенним введенням 10% хлористого кальцію (10 мл), можна також вводити белладонну і кальцій в клізмі: один порошок з белладонною і сіллю (Extr. Belladonnae 0,015, Natr. chlor. — 0,8) розвести в $^1/_4$ склянки води температури 37° і додати туди 1 столову ложку 8% Sol. Calcii chlorati; перемішати і вводити в клізмі 2 рази на день.

Коли процес розвивається далі, можна призначити пеніцилін по 50 000 кожні 3 години, сульфатіазол по 1,0 через 4 години, ввести під шкіру 5% розчин глюкози, давати серцеві ліки.

ПЕРИТОНІТ ПІСЛЯРОДОВИЙ (PERITONITIS PUERPERALIS) може бути *загальним,* коли запалюється вся очеревина, або *місцевим, тазовим,* коли запалення обмежується тільки очеревиною тазових органів.

ЗАГАЛЬНИЙ ПЕРИТОНІТ (PERITONITIS DIFFUSA). Симптоми: загальний стан тяжкий, зляканий вигляд, запалі очі, загострений ніс, язик сухий, обкладений. Живіт здутий, чутливий, особливо в ділянці матки, яскраво виявлена ознака Щоткіна—Блюмберга; гази не відходять, випорожнення немає, сечовипускання затримане, настає нудота, а далі блювання, іноді чорнобурою рідиною. В акті дихання живіт участі не бере. Кінцівки стають холодними, шкіра вкривається липким і холодним потом.

Лікування: оперативне (з призначенням пеніциліну і сульфопрепаратів), і чим скоріше, тим краще. Отже, хвору негайно треба транспортувати до лікарні, найкраще літаком.

ТАЗОВИЙ ПЕРИТОНІТ (PELVEOPERITONITIS). Симптоми: різкі болі внизу живота, нудота, блювання, прискорення пульсу, підвищення температури до 38—39°, але всі ці явища виявлені менше, ніж при загальному перитоніті і стан хворої не такий тяжкий.

При внутрішньому дослідженні можна ззаду чи збоку матки пропальпувати опух (інфільтрат) з невиразною верхньою межею, різко болючий; до стінок таза він не доходить; консистенція спочатку твердувата, але не така тверда, як при параметриті.

Лікування: *хвору негайно відправити до лікарні;* в лікарні: спокій у ліжку, холод на низ живота, введення свічок з белладонною, або белладонна в клізмі, пеніцилін по 50 000—75 000 через

3 години, сульфатіазол по 1,0 через 4 години, введення під шкіру 5—10% розчину глюкози (до 2 л на добу), переливання крові, серцеві ліки.

СЕПСИС (SEPSIS, SEPTICAEMIA) — післяродове інфекційне захворювання, характерною особливістю якого є наявність мікробів у крові, причому кількість їх дедалі збільшується.

Симптоми: починається на 2—3 день після родів ознобом, температура підвищується до 40° і більше, з невеликими зниженнями вранці тримається весь час на одному рівні, пульс 120—140 ударів за 1 хвилину, напружений. Язик обкладений, сухуватий, часом буває пронос, втрата притомності, маячення, ціаноз кінцівок. Захворювання нагадує собою тиф.

СЕПТИКОПІЄМІЯ (SEPTICOPYAEMIA) характеризується надходженням мікробів у кров при виразній реакції організму на утворення септичних вогнищ у різних органах і тканинах.

Симптоми: починається на 2-й—4-й день після родів ознобом, який далі повторюється через 1—2 дні, температура під час ознобу підвищується до 40°, пульс прискорюється, але після ознобу температура знижується до 38° і нижче. Загальне самопочуття погане, хвора стає неспокійною, не може спати, скаржиться на головні болі, на відсутність апетиту. В сечі з'являється білок, циліндри. Іноді може приєднатися пневмонія (метастатична).

ПІЄМІЯ (PYAEMIA) характеризується тимчасовим надходженням у кров мікробів з гнійних тромбів, які утворюються в організмі і розпадаються під впливом мікробів.

Симптоми: великі озноби з підвищенням температури до 40°, прискорення пульсу. Температура після ознобу *спадає до норми* з тим, щоб через 1—3 дні знову підвищитись під час ознобу. Картина захворювання нагадує малярію.

Стан хворої в проміжках між ознобами задовільний, свідомість повна, апетит є. Пульс доброго наповнення, трохи прискорений.

При виявленні ознак септичної інфекції треба негайно викликати лікаря або відвезти хвору до лікарні.

Лікування: при сепсисі, септикопіємії або піємії основу терапії становлять: догляд, калорійне харчування, переливання крові, вливання спирту у вену (25% в кількості 500 мл), приймання сульфідину (по 1,0 5—6 разів на день), внутрішньом'язове введення пеніциліну в кількості 50 000—75 000 одиниць кожні 3 години.

ПІСЛЯРОДОВИЙ ТРОМБОФЛЕБІТ (THROMBOPHLEBITIS PUERPERALIS) характеризується утворенням тромбів за ходом поверхневих або глибоких вен стегна чи голінки.

Тромбофлебіт поверхневих вен починається наприкінці 2-го тижня після родів субфебрильною температурою, прискоренням пульсу; хвора скаржиться на болючість у нозі, під шкірою ж промацується у вигляді твердого шнура покручена вена червоного кольору, що далі змінюється у фіолетовий і зеленкуватожовтий.

Лікування: *хвору негайно відправити до лікарні.* В лікарні ліжковий режим, повний спокій для кінцівки, якій краще надати підвищеного положення (покласти її на подушку), застосовувати зогрівальні компреси, прикладання п'явок до тіла породіллі; пеніцилін (по 50 000 через кожні три години).

Тромбофлебіт стегнових вен так само починається на другому тижні після родів набряком ноги та болями за ходом тромбованої вени; нога стає товстою. *Пульс порівняно до температури значно*

прискорюється, з'являється болючість над Пупартовою зв'язкою. Тромбофлебіт — хвороба затяжна, температура звичайно тримається 2—3 тижні, а набряки ноги 1—2 місяці.

Лікування: хвору негайно відправити до лікарні, в лікарні— ліжковий режим, підняте положення ноги (ногу краще взяти в шину), зогрівальні компреси на ногу, прикладання п'явок, пеніцилін (по 50 000 через кожні 3 години).

АКУШЕРСЬКІ ОПЕРАЦІЇ[1]

РОЗРИВ ПЛОДОВОГО МІХУРА. Показання: 1) коли матка повністю відкрита, а міхур, через товсті оболонки, не розривається; 2) крайове або низьке передлежання плаценти (міхур розривають для того, щоб голівка притиснула плаценту, яка кровоточить); 3) багатовіддя, коли в результаті розтягнених м'язів матки настає слабість родової діяльності; 4) плоский міхур, тобто такий, в якому немає передніх вод, і тому він самостійно не може розірватись; 5) передчасне відділення плаценти; 6) перед такими операціями, як поворот, витягання плода за тазовий кінець, накладання щипців.

Умови до операції розриву плодового міхура: відкриття шийки матки на $1^1/_2$—2 пальці — при крайовому передлежанні плаценти, цілковите відкриття — при запізненому розриві, плоскому міхурі або при акушерських операціях.

Протипоказання: вузький таз, неправильне положення або вставлення плода.

Техніка. Підготувавши зовнішні статеві органи і помивши руки, лівою рукою розводять статеві губи, вказівний або вказівний і середній пальці правої руки вводять у вагіну, намацують плодовий міхур і під час натуги натискають на нього — міхур розривається, сходять води. Іноді, коли оболонки міхура особливо міцні, можна також пінцетом або кульовими щипцями, під контролем пальця або розкривши вагіну дзеркалами, захопити плодовий міхур і розірвати його.

ВИТИСКУВАННЯ ПЛОДА ЗА СПОСОБОМ КРІСТЕЛЛЕРА. Показаннями служать коливання серцебиття плода, довгий перебіг періоду зганяння, повторна слабість родових болів.

Умови: операцію можна робити тільки тоді, коли передлегла частина *врізується або прорізується*, і при нечутливих черевних стінках.

Техніка. Треба стати з лівої сторони роділлі і привести матку на середину, злегка промасажувати матку, щоб викликати скорочення її, далі покласти руки на дно матки так, щоб долоні рук лежали на дні матки, великі ж пальці на передній, а решта пальців на задній поверхні; під час натуг натискати згори вниз на матку протягом 5—8 секунд, роблячи перерву на 3 хвилини. Натискування повторюють не більше 10 разів.

Може також бути рекомендований спосіб Крістеллера в модифікації Д. Є. Шмундак, І. М. Трегуб та А. Г. Фьокліної: після того як матка поставлена на середину і скоротилась від масажу, акушер

[1] Опис операцій і оперативних втручань, дозволених акушерці, подається тому, що на деяких фельдшерських дільницях, де немає акушерок, фельдшер-акушерка або фельдшер повністю виконує роль акушерки.

стає збоку роділлі, обличчям до її ніг, і охоплює матку рукою таким чином, щоб дно матки було під пахвою, а сторони її були охоплені з одного боку грудною кліткою по аксилярній лінії, а з другого — плечем і передпліччям тієї руки, якою акушер, обхопивши дно матки, тримається за край ліжка Рахманова, на якому лежить роділля.

При застосуванні цього способу тиснення на стінки матки і черевну стінку розподіляється рівномірно, стінка матки не травмується і сила тиснення більша, ніж при звичайному способі Крістеллера.

ЗАСТОСУВАННЯ БИНТА ВЕРБОВА. Показання: вторинна слабість родової діяльності.

Умови: повне відкриття матки, плодового міхура немає, відсутність з боку родових шляхів будь-яких перешкод, стояння голівки у виході таза на тазовому дні, нормальні розміри голівки плода, відсутність аномалії вставлення.

Техніка: на живіт роділлі накладають бинт з простині, за обидва кінці бинта енергійно тягнуть донизу під час потуг.

РОЗРІЗ ПРОМЕЖИНИ. Показаннями є: а) надмірне напруження промежини, коли шкіра на промежині біліє і помічається розходження епідермісу, б) набряк промежини, в) коли надто затягується прорізування передлеглої частини і треба швидко закінчити роди: починається асфіксія плода в утробі матері, виникає кровотеча, у роділлі виявляється припадок еклампсії.

Техніка. Під час паузи між потугами вводять одну браншу ножиць з тупими кінцями між голівкою і задньою стінкою, вводять плазом, потім повертають ножиці на ребро і на висоті потуг одним або двома ударами розсікають промежину на 2—3 см.

ЗАШИВАННЯ РОЗРИВІВ ПРОМЕЖИНИ. Зовнішні статеві органи хворої і руки оперуючого готують, як зазначено вище.

Техніка. Розвівши зовнішні статеві органи, уважно оглядають місце розриву, далі у вагіну вводять жмуток вати або марльовий тампон, на верхній кут розриву накладають перший шов. Накладаючи шви, треба обов'язково захоплювати не тільки краї, але й дно розриву. Затягувати треба неміцно (бо може прорізатись), стежачи за тим, щоб краї рани щільно прилягали один до одного своїми рановими поверхнями. Накладають шви здебільшого кетгутом, але на шкіру можна накладати шовк або скобки. Зрізавши кінці швів, лінію швів змазують 5% йодом.

При розриві другого ступеня спочатку накладають шви на розрив вагіни, далі на м'язи і на шкіру промежини. Доводиться тут накладати і заглиблені шви з кетгуту.

Зашивати розриви промежини треба під анестезією: при розривах першого ступеня можна хвилин за 10 до зашивання покласти на місце розриву ватку, змочену ефіром або (при розриву першого і другого ступеня) провести анестезію $^1/_4$% розчином новокаїну. Розчин новокаїну спочатку вводять, відступивши $^1/_2$ см від краю розриву, а далі голку просовують під шкірою вгору вздовж статевих губ; анестезують не тільки краї розриву, але й дно його. Через 2—3 хвилини можна накладати шви.

Розрив промежини першого і другого ступеня може зашити фельдшер, розрив промежини третього ступеня — тільки лікар.

ЗАШИВАННЯ РОЗРИВУ ШИЙКИ МАТКИ. Показання: кровотеча з розриву шийки матки.

Техніка: великими вагінальними дзеркалами і двома бічни-

ми підіймачами оголюють шийку матки. На шийку накладають кульові щипці, намагаючись підтягти її ними так, щоб видно було верхівку розриву. На верхівку розриву і накладають перші шви. Шви накладають кетгутові, оперуючи крутою голкою. Якщо дійти верхівки розриву не можна, треба перший шов накласти якомога вище і, потягуючи за цей шов, можна дійти до верхівки.

Якщо фельдшер зашити розрив шийки не зможе, тоді треба щільно затампонувати вагіну, особливо ж задне склепіння і негайно викликати лікаря.

ВИТИСКУВАННЯ ПЛАЦЕНТИ ЗА СПОСОБОМ ЛАЗАРЕВИЧА-КРЕДЕ. Показаннями можуть бути: 1) кровотеча в третьому періоді як результат неповного відокремлення плаценти, 2) затримка в матці понад 3 години відокремленої від матки плаценти (коли не допомагає ні спосіб Абуладзе, ні спосіб Савицького), 3) кровотеча, що сталася зразу після народження плода і загрожує життю матері (див. *«Ведення родів у третьому періоді»*).

Техніка: спорожнити сечовий міхур, поставити матку посередині; через черевні стінки злегка помасажувати матку, захопити її так, щоб долоня лежала на дні матки, великий палець — на передній поверхні, а інші пальці — на задній поверхні матки, натиснути на матку згори вниз. Цей спосіб можна повторити 2—3 рази з перервою 5—10 хвилин.

ТАМПОНАДА ВАГІНИ. Показання: *наявність великої кровотечі з статевих органів, яка загрожує життю жінки* (передлежання плаценти, розрив шийки матки і т. інш.).

Застосовують тільки тоді, коли хвору треба транспортувати, а іншого способу спинити кровотечу немає.

Техніка: для тампонади беруть 2—3 довгих стерильних тампони, завширшки з долоню, зовнішні статеві органи готують як звичайно. Вагіну дзеркалами з допомогою бічних підіймачів широко розкривають, видаляють кров, а далі корнцангом закладають бинт спочатку в задне склепіння, потім в бічні склепіння, а далі в передне. Виповнивши марлею всю вагіну, на зовнішні статеві органи накладають пов'язку з рушника і прив'язують його до зробленого з простині пояса, який через черевну стінку притискує матку до тампона, введеного у вагіну; якщо одного бинта невистачає, до нього прив'язують другий і третій. *Тампон вводять на 6 годин!*

ТАМПОНАДА МАТКИ. Показання: атонічна кровотеча, яку ніякими способами не можна спинити *(застосовують як останній засіб перед екстирпацією матки)*.

Техніка: дзеркалами розкривають вагіну і накладають кульові щипці на передню і задню губу шийки матки. Потягуючи за кульові щипці, виводять шийку матки до виходу з таза. Довгим пінцетом або корнцангом захоплюють бинт (розміри його такі самі, як і при тампонаді вагіни), що лежить в біксі або в лотку, і вводять його в матку аж до самого дна. Потім бинт вкладають у матці щільно невеликими складочками. Затампонувавши матку, знімають кульові щипці і починають тампонувати вагіну. Перед тим як почати тампонувати вагіну, в шийку матки рекомендують (проф. Ніколаєв) впорснути 1 мл адреналіну (1 : 1000), щоб звузились судини і скоротилась матка.

Тампон вводять *не більше як на 24 години!*

РУЧНЕ ОБСЛІДУВАННЯ ПОРОЖНИНИ МАТКИ. Показанням є залишення частини плацентарної тканини в порожнині матки, або *навіть при підозрінні щодо цього.*

Умови: відкриття матки не менше як на 4 пальці.

Техніка: лівою рукою розводять статеві губи, а праву руку, конусоподібно складену, вводять у вагіну і далі в матку. Увівши праву руку в порожнину матки, ліву руку одразу переміщають на дно матки з тим, щоб його фіксувати. Введеною в порожнину матки рукою обслідують стінки матки, звертаючи особливу увагу на кути її. Залишки плацентарної тканини, згустки крові збирають у жменю і виймають рукою. Після обслідування обов'язково внутрішньом'язово у сідниці роділлі треба ввести 2 мл обезжиреного кип'яченого молока, або 10 мл крові, взятої у роділлі з вени, або пеніцилін 500 000 МО.

РУЧНЕ ВІДОКРЕМЛЕННЯ І ВИДАЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ. Показання: приростання плаценти, затримка відокремленої плаценти в порожнині матки понад 3 години (див. *«Третій період родів»*).

Статеві органи хворої готують як звичайно; оператор миє руки і дезинфікує їх обов'язково до ліктя.

Техніка введення руки така сама, як і при ручному обслідуванні (див. вище), тільки руку тут ведуть по пуповині, яку перед операцією треба добре змазати розчином йоду.

Увійшовши в матку, треба пройти між стінкою матки і плацентою і пиляючими рухами відокремити плаценту від стінки матки. Далі ліву руку переміщають з дна матки на пуповину і, потягуючи за пуповину, видаляють плаценту. Правою рукою ще раз обходять стінки матки, перевіряючи їх, а потім виймають руку. Після операції вводять між м'язи сідниць молоко, кров (див. операцію «Ручне обслідування порожнини матки») або пеніцилін по 50 000 МО.

ВИТЯГАННЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВИЙ КІНЕЦЬ. Показання до витягування плода за ніжку: випадки, де виявилась загроза для життя матері або для життя дитини, або для життя їх обох разом, і через це треба закінчити роди; порок серця матері, пневмонія, нефрит, еклампсія, гарячковий стан під час родів, передчасне відшарування плаценти, асфіксія плода.

Умови: повне відкриття матки, відповідність між розмірами таза і голівки (при нормальній голівці має бути не менше 8 см).

Техніка. Операція складається з таких моментів: витягування плода до пупка, витягування від пупка до нижнього кута лопаток, звільнення ручок і витягування голівки. Зовнішні статеві органи готують, як зазначено вище. Лівою рукою розводять статеві органи, а праву руку, конусоподібно складену, вводять у вагіну захоплюють ніжку плода так, щоб великий палець лежав вздовж задньої поверхні голінки, а решта пальців охоплювала б голінку спереду; ніжку витягують назовні і обгортають її стерильною пелюшкою. Перевівши руку на стегно, тягнуть плід вниз для того, щоб під симфіз підвести передню сідницю; коли передня сідниця фіксувалась під симфізом, тоді подають плід наперед і над промежиною народжується задня сідниця. Коли народились сідниці, оператор переносить свої руки на крижі плода і розміщує їх так, щоб великі пальці лежали паралельно крижовій кістці, вказівні пальці на гребінцях клубових кісток, а решта пальців — на стегнах. Захопивши плід, тягнуть його в горизонтальному напрямі на себе, поки наро-

диться пупок. Піднявши плід трохи вгору, звільняють пуповину. Далі, тримаючи плід за сідниці, тягнуть його в горизонтальному напрямі до нижнього кута лопаток і приступають до звільнення ручок та голівки. Обидві руки звільняти можна тільки над промежиною і *лише тоді, коли народився нижній кут лопатки,* бо коли почати звільняти раніше, може статися закидання ручок, і плід може загинути.

Звільняють спочатку задню ручку; для цього захоплюють обидві ніжки плода за голінки рукою (при першій позиції — лівою, при другій — правою), підіймають різко вгору і відводять у той бік, куди обернуті груди плода. Далі двома пальцями другої руки, введеної у вагіну, доходять до плечового пояса і по плечу спускаються до ліктьового згину. Натискуючи на ліктьовий згин (дитина при цьому ніби вмивається), виводять ручку. Вивівши задню ручку, беруть плід за груди обома руками (за живіт брати не можна!) і перевертають його на 180° так, щоб *спинка плода пройшла під симфізом,* і в результаті цього передня ручка стає задньою.

Захопивши ніжки за голінки другою рукою, знову відводять тулуб дитини в той бік, куди повернулись груди дитини, і так само звільняють другу ручку.

Голівку звільняють так: кладуть тулуб на передпліччя однієї руки, вводячи вказівний палець цієї ж руки в ротик дитини, і притискають нижню щелепу до грудей. Пальці ж другої руки (вказівний і середній) розміщують на плічках дитини по обидва боки шийки. Тягнуть спочатку вниз, коли ж з'явиться потилиця, весь тулуб різко перекидають угору.

При цій операції обов'язково потрібний помічник, який натискає через черевну стінку на дно матки.

РУЧНА ДОПОМОГА ПРИ СІДНИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ. Третій і четвертий момент цієї операції (звільнення ручок та голівки) виділяють в окрему одиницю під назвою ручна допомога. Ручну допомогу подають у більшості випадків сідничного передлежання, коли плід народився до пупка, а далі народитись самостійно не може.

Отже, якщо після народження пупка проходить 5 хвилин і плід не народжується, обов'язково треба подати ручну допомогу, бо голівка може притиснути пуповину і плід загине. Техніка подавання ручної допомоги (звільнення ручок та голівки) описана вище.

Спосіб Цов'янова. Ручну допомогу можна подати і за способом, який пропонує акушер Цов'янов.

Спосіб цей полягає в тому, що після народження пупкового кільця обома руками захоплюють тазовий кінець плода з ніжками, які розміщаються на животі. Руки кладуть так: 4 пальці обох рук (2—3—4 і 5) кладуть на поперек плода таким чином, що пальці обох рук стикаються один з одним на хребті плода, великі ж пальці розміщають вздовж задньої поверхні стегон плода. Захопивши таким чином тазовий кінець плода, його поволі підіймають догори. Це сприяє самостійному народженню плічок і ручок. Голівку виводять так, як це описано вище. Спосіб цей менш травматизує плід і запобігає такому ускладненню, як закидання ручок.

ОПЕРАЦІЯ ПОВОРОТУ ПЛОДА НА НІЖКУ. Показання: 1) поперечне або косе положення плода, 2) випадання пуповини, 3) лобне передлежання, 4) задній вид лицевого передлежання, 5) передчасне відшарування нормально розміщеного посліду, 6) тяж-

кий стан роділлі, який змушує швидше закінчити роди (захворювання серця, еклампсія).

Протипоказання: 1) звуження таза, коли справжня кон'югата менше 8 см, 2) ранне відходження вод (понад 2 години тому) і мала рухомість плода в матці, 3) запущене поперечне положення (коли передня частина плода — плічко — міцно фіксована в тазі), 4) розрив матки, що стався або може статись, 5) водянка голівки плода.

Умови: 1) повне відкриття зовнішнього вічка (не менш як на 4 пальці), 2) цілий плодовий міхур або щойно відійшли води; треба, щоб плід був добре рухомий у матці і передлегла частина рухома над входом в таз, 3) живий плід (при поперечному положенні поворот треба робити і на мертвому плоді).

Готування роділлі до операції: випускають сечу, зовнішні статеві органи готують як звичайно, живіт вкривають стерильною салфеткою.

Операція повороту складається з 3 моментів: 1) введення руки в порожнину матки, 2) відшукування і захоплювання ніжки, 3) поворот плода і виведення ніжки назовні.

Техніка. *Перший момент:* лівою рукою розводять зовнішні статеві органи, праву ж руку, складену конусом, обережно вводять у вагіну, відтискаючи промежину вниз. Руку вводять тильною поверхнею назад. Як тільки права рука введена у вагіну, ліву руку перекладають на дно і фіксують нею дно матки. Права рука, дійшовши до шийки, розриває плодовий міхур і входить швидко в порожнину матки.

Другий момент: увійшовши в порожнину матки, права рука відштовхує передлеглу частину (плічко) і йде до ніжок або відразу, або поступово спускаючись по тулубу до ніжки плода. Ліву руку оператор у цей час перекладає з дна матки на сідничний кінець і натискує на нього, цим самим подаючи ніжки назустріч правій руці.

Третій момент: захопивши всією рукою за голінку однієї ніжки так, щоб великий палець був паралельно кістці, оператор тягне її вниз, а ліва зовнішня рука в цей час подає голівку вгору і таким чином відбувається поворот. Коли ніжка виведена за коліно, поворот закінчений. Потім у більшості випадків плід витягають (див. операцію *«Витягування плода за тазовий кінець»*).

Роблячи поворот, дуже важливо не сплутати ручку з ніжкою. Ніжка від ручки відрізняється тим, що має п'ятку, а голінка, переходячи в ступню, утворює кут, рухливість усіх пальців на нозі однакова і пальці однаково довгі, на руці ж великий палець коротший за інші і рухливіший.

ГІНЕКОЛОГІЯ

ДІАГНОСТИКА ЖІНОЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Методи дослідження в гінекології складаються з збирання анамнезу, загального дослідження хворої, спеціального дослідження (зовнішнє, внутрішнє, дослідження дзеркалами, пробне вискрібання, продування труб та інш.).

Збираючи анамнез, треба з'ясувати: прізвище, ім'я і по батькові, вік, професію, національність, місце народження, місце проживання,

на що хворіла в дитинстві і дорослою; місячне: коли з'явилося вперше, як установилося далі, через який час приходить і скільки днів триває, чи багато крові (йде кусками чи ні), наявність болів, час останнього місячного; статеве життя: скільки разів була вагітною і як закінчилась кожна вагітність: родами чи абортом; чи хворіла після родів або аборту; наявність в сім'ї венеричних захворювань, психічних, алкоголізму; відмітити скарги хворої на болі, на розлад місячного, на білі, на порушення функції сусідніх органів: сечового міхура і кишок.

Біль — симптом, який найчастіше зустрічається. Бувають болі в крижах, попереці, в нижній частині живота.

Болі в крижах та попереці зустрічаються при запальних процесах у тазі, при зниженні і випаданні статевих органів, неправильному положенні матки, защемленні опухів (наприклад, кісти), при плосконогості.

Болі в нижній частині живота з'являються переважно при захворюванні труб та яєчників, навколоматкової клітковини й очеревини, при апендициті.

Болі можуть бути переймисті, що залежать від скорочення труби (наприклад болі при трубному аборті) або матки; болі під час менструації можуть бути зв'язані із звуженням цервікального каналу; ниючі болі — при хронічному запаленні статевих органів, рвучкі болі — при нагноєнні. Часом болі можуть віддавати або в ногу (запалення яєчників), або навіть далеко від ураженого місця (в ділянці шлунка, пупка та ін.).

Білі. Білі щодо кольору можуть бути: білі, жовті, зелені, з домішкою крові. За консистенцією: рідкі (з порожнини матки), густі, тягнучі з домішкою слизу, схожі на білок яйця (з шийки матки), густі, схожі на сметану або вершки (з вагіни).

Густі заленкуваті білі часом бувають при гонореї, рідкі зеленуваті, пінисті при трихомонадному кольпіті, з домішкою крові і тканини (нагадують м'ясні помиї) — при злоякісних новотворах і некрозі міоми.

Щодо розладу місячного відмічають: відсутність місячного (amenorrhoea); причиною аменореї може бути: недорозвинення матки, особливо ж яєчників; зарощення шийки або вагіни, наявність діабету, ожиріння, тиф, скарлатина, сечові фістули, часом тяжка фізична робота, психічні переживання. *Кровотеча під час місячного* (menorrhagia) зв'язана з ненормальною функцією залоз внутрішньої секреції, особливо яєчника або зумовлена гострими і хронічними запальними процесами статевих органів, недорозвиненням матки, загином матки, наявністю новотвору матки: міоми або рака. *Кровотеча в проміжки між місячним* (metrorrhagia) залежить від наявності міоми матки, рака або саркоми матки, поліпа в шийці матки або порушення функції яєчників. Болюче місячне (dysmenorrhoea) часто зв'язане з надмірним перегином матки наперед, запальними процесами статевих органів, міомою матки, недорозвиненням матки, звуженням канала шийки матки.

Загальне зовнішнє дослідження провадиться, як і дослідження кожної негінекологічної хворої, з застосуванням огляду, пальпації, аускультації і перкусії. Досліджують кісткову і м'язову систему, серце, легені, органи черевної порожнини.

Спеціальне гінекологічне дослідження проводять на гінекологічному кріслі, на столі або на поперечному ліжку (хвору кладуть

впоперек ліжка); ноги згинають у колінах, а стегна приводять до живота і широко їх розводять.

Зовнішнє гінекологічне дослідження починають з огляду зовнішніх статевих органів, визначаючи характер росту волосся на лобку: чоловічий — вершина волосяного трикутника обернена догори в напрямі пупка, жіночий — вершина обернена донизу (горизонтальне розміщення волосся), мішаний — поєднання чоловічого і жіночого типу. Оглядають промежину (цілість її), клітор, уретру (наявність почервоніння та виділень), розвиток малих і великих губ, оглядають Бартолінову залозу (щодо збільшення її), виявляють стан слизової оболонки входу у вагіну (почервоніння, наявність розрощень).

Внутрішнє (вагінальне) дослідження провадиться здебільшого з допомогою обох рук: пальцями лівої руки розводять великі й малі статеві губи, а далі вводять у вагіну один вказівний або вказівний і середній палець правої руки, решту пальців правої руки притискають до долоні, кистю руки промежину відтискають назад. Після того як пальці правої руки введені у вагіну, ліву руку переносять на черевну стінку, розміщуючи її плазом; натискуючи нею на черевну стінку, подають статеві органи вниз, назустріч правій руці. При цьому виявляють: ширину вагіни, довжину її, вологість, наявність опухів або розрощень, форму шийки матки (конічну або циліндричну), консистенцію її (тверду або м'яку), відкриття вічка, положення матки: величину, консистенцію, рухомість, чутливість її, глибину склепінь, чутливість їх, наявність у них інфільтратів та опухів.

Дослідження дзеркалами. Лівою рукою розводять зовнішні статеві органи, а правою вводять дзеркало (Сімса) трохи навскоси, далі розміщують це дзеркало на задній стінці вагіни, відтискаючи ним задню стінку назад. Так само вводять підіймач і ним підіймають наперед передню стінку вагіни. Маніпулюючи дзеркалом і підіймачем у порожнині вагіни, знаходять шийку і оглядають її; виймаючи ж дзеркало та підіймач, оглядають стінки вагіни.

Цей метод допомагає побачити ті зміни, які можна тільки відчувати при внутрішньому дослідженні. *Дзеркалами обов'язково має бути оглянута кожна жінка, яка звертається по допомогу!*

ЗАХВОРЮВАННЯ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВУЛЬВИ, ГОСТРЕ І ХРОНІЧНЕ (VULVITIS ACUTA ET CHRONICA). Етіологія: інфікування зовнішніх статевих органів виділеннями при ендометриті або кольпіті, виділення сечі при сечостатевих або калових фістулах, гонорея, дифтерія, скарлатина, онанізм, травматичні пошкодження.

Симптоми: при гострій стадії — великі білі, набряк і почервоніння шкіри, скарги на свербіння зовнішніх статевих органів, паління їх. У хронічній стадії паління проходить, набряк зменшується, але свербіння тривае, лишається виразне почервоніння навколо вивідного ходу Бартолінової залози й уретри.

Лікування: в гострому періоді — постільний режим, волосся на статевих органах зголити, статеві органи рекомендується два рази на день обмивати теплою перевареною водою або 2% розчином борної кислоти, протягом перших днів з перервами можна робити примочки з свинцевої води, або з 2% розчину борної кислоти, або 1% розчину резорцину; далі 2 рази на день сидячі ванни по 15—20 хвилин, додаючи у воду розчин завареної ромашки, на ніч бромурал

або веронал по 0,3; лікувати також треба основне захворювання, яке викликало вульвіт. Дієта рослинна, бідна на сіль.

У хронічній стадії — щодня сидячі ванни, підмивання статевих органів перевареною водою або 2% розчином борної кислоти, припікання 5% розчином срібло-нітрату, кожні 3 дні. Після підмивання статевих органів, як у гострій, так і в хронічній стадії, рекомендується припудрювати статеві органи порошком:

Rp. Camphorae tritae 0,5
Zinci oxydati 2,5
Talci veneti 50,0
DS. присипка.

СВЕРБІННЯ ВУЛЬВИ (PRURITUS) лікують змазуванням статевих органів 3—5% розчином карболової кислоти або 10% розчином карболової кислоти в гліцерині.

ГОСТРОКІНЦЕВІ КОНДИЛОМИ (CONDYLOMATA ACCUMINATA) — розростання шкіри зовнішніх статевих органів у вигляді виростів, що нагадують собою гребінь півня.

Етіологія. Постійне змочування статевих органів білями (часто гонорейного походження) з вагіни.

Лікування — припікання Argentum nitricum in substant. або міцним розчином, припікання пакеленом, видалення оперативне (робить лікар), лікування рентгенівським промінням або припікання рідиною Гордєєва.

БАРТОЛІНІТ (BARTHOLINITIS)—запалення Бартолінової залози.

Етіологія: інфікування залози при вульвіті. Попадання в залози гонококової, стафілококової, стрептококової або кишкової інфекції.

Симптоми: гострі болі в ділянці залози, підвищення температури до 38—39°, озноб, збільшення залози, почервоніння на ній шкіри.

Лікування: у гострій стадії — спокій в ліжку, холоднуваті примочки з свинець-ацетату, пузир з льодом на статеві органи; коли утвориться абсцес — розрізати його.

В хронічній стадії показане вилущення всієї залози, особливо коли бартолініт рецидивує.

ЗАХВОРЮВАННЯ ВАГІНИ

Захворювання вагіни найчастіше буває у вигляді запалення слизової оболонки вагіни (colpitis, vaginitis). Розрізняють: *серозно-гнійний, старечий* і *трихомонадний кольпіт.*

СЕРОЗНО-ГНІЙНИЙ КОЛЬПІТ (COLPITIS SIMPLEX). Етіологія. Попадання інфекції з зовнішніх статевих органів при запаленні їх, наявність у вагіні сторонніх тіл (песаріїв та ін.), занесення у вагіну стрептококової, стафілококової або гонококової інфекції, механічні, термічні і хімічні подразнення.

Симптоми: значні серозні виділення, здебільшого гнійні, скарги на невеликі болі внизу живота, часті позиви до сечовипускання, різь під час сечовипускання, скарги на неможливість жити статевим життям. При огляді дзеркалами відмічають набряк і по-

червоніння слизової оболонки вагіни, іноді ділянки вагіни при дослідженні кровоточать. Гостра стадія швидко переходить у хронічну, і тоді лишаються тільки гнійні білі у великій кількості, які непокоять хвору.

Лікування: усунути причину, яка призвела до запалення. Змазування слизової оболонки піхви 3—5% розчином срібло-нітрату кожні 3—4 дні; спринцювання спочатку содою (2 чайних ложки на 4 склянки перевареної води), а потім через 20—30 хвилин розчином калій-перманганату (2 столових ложки на 1 л). Спринцювання призначають спочатку 2 рази на день, а потім, коли білі зменшаться, содові спринцювання припиняють, а спринцюють тільки деревним оцтом, спочатку 1 раз на день, потім через день, а далі через 2 дні.

СТАРЕЧИЙ КОЛЬПІТ (COLPITIS SENILIS) спостерігається переважно в клімактеричному віці.

Етіологія: попадання інфекції з зовнішніх статевих органів на слизову оболонку вагіни, яка в клімактеричному періоді зазнає певних змін, що сприяють розвиткові інфекції.

Симптоми: зморщування тканини вагіни, зменшення соковитості, потоншання епітелію. При цьому відмічають кров'янисті виділення, скарги на свербіння статевих органів.

Лікування: спринцювання розчином завареної ромашки (2 столових ложки ромашки заварити в одній склянці води, процідити і додати ще 4 склянки перевареної води) або розчином борної чи молочної кислоти (1 чайну ложку на 4 склянки води); добре діє також біолактин (препарат молока), який треба вводити щодня у вагіну.

ТРИХОМОНАДНИЙ КОЛЬПІТ (TRICHOMONAS COLPITIS).

Етіологія: трихомонадний кольпіт виникає в зв'язку з попаданням у вагіну найпростішого одноклітинного організму з родини трихомонад (trichomonas vaginalis), які належать до класу джгутикових.

Попадати до сечостатевого апарата жінки трихомонада може з різних джерел: а) при статевих зносинах, б) з води (в лазні, у ванні, при купанні в басейні, ставку, підмиванні і спринцюванні забрудненою водою), в) при користуванні спільним ліжком, чужими губками, мочалами, білизною, підкладними суднами, наконечниками для спринцювання, г) в лікувальних закладах при дослідженні недосить обеззараженими руками або інструментом, д) з прямої кишки з гострицями.

Симптоми. *Гострий трихомонадний кольпіт:* їдкі білі з запахом, свербіння і паління зовнішніх статевих органів і в піхві, болючий coitus. Об'єктивно: розчухи, мацерація, почервоніння шкіри вульви і промежини, гіперемія і набряк малих губ, наявність ерозії на шийці матки, почервоніння слизової оболонки вагіни, пінисті рідкі кремувато-жовті гноєподібні білі.

Хронічна форма: гіперемія слизової оболонки вагіни і переддвер'я, виділення густі, білі з жовтуватим відтінком, пінисті, пігментація шкіри вульви і стегон, часом свербіння і паління.

Можуть бути також виділення з уретри і парауретральних ходів.

Методика дослідження виділень на трихомонади. Виділення беруть з глибини вагіни пінцетом, ложечкою, браншею корнцанга; краплю взятих виділень впускають в підігрітий до 38° стерильний фізіологічний розчин (кількість розчину 3 мл) і відправляють до ла-

бораторії; краще нести під пахвою, щоб розчин не прохолов. В лабораторії краплю розчину накапують на предметне скло і накривають накривним. Розглядають при звичайному освітленні: під мікроскопом видно різної величини рухомі трихомонади овальної, грушовидної або округлої форми, трохи більші від лейкоцита, помітні рухи джгутиків паразита.

Лікування. *Гострий кольпіт* — спокій, сидячі ванни (37—38°Ц) з ромашки або шалфею, або з розчину (0,5%) хлораміну, калій-перманганату (перед прийманням сидячої ванни треба обмити і обсушити ділянку ануса).

При подразненні (intertrigo) зовнішні статеві органи змазати осарсоловою пастою або цинковою маззю. Туалет і обмивання зовнішніх статевих органів. Спринцювання 2 рази на день під невеликим тиском настойкою квітів ромашки або шалфею, хлораміну 0,5%, риванолем (0,1%), калій-перманганатом. Ромашки беруть 15,0—20,0 (квітів), заварюють 2 склянками окропу і настоюють в теплі 2—3 години, далі проціджують через марлю, доливають до 1,5 л і спринцюються (температура 37—38°Ц).

У вагіну балоном через катетер вводять 5—10 мл 5% розчину осарсолу (розчиняється при наявності соди) або 30% розчину альбуциду.

Підгострий кольпіт. Порожнину вагіни промивають і осушують, потім вагіну пухко тампонують тришаровою марльовою смужкою (довжина 25—30 см, ширина 6—8 см) просоченою пастою:

Rp. Zinci oxydati 10,0
Amyli tritici 20,0
Streptocidi albi
Osarsoli aa 5,0
Glycerini 60,0
Misce ut fiat pasta.

Такі тампони вводять у вагіну на 48 годин 1 раз за 3 дні.

У Virgo intacta обережно вводять марльові турунди довжиною 3—12 см з тією ж самою пастою на 48 годин. Лікувати їх треба не менше 2—3 тижнів.

Вагітним рекомендується щодня робити ванночки з осарсолу 5% або альбуциду 30% на 10—15 хвилин через день. Лікувати 15—20 днів.

Хронічний кольпіт — потрібно лікувати всі вогнища, де може бути трихомонада (вагіну, уретру, Скенові залози, канал, шийку матки).

Рекомендується всі ці місця протирати:

Rp. Jodi puri 2,0 (1,0—1,5)
Kali jodati 3,0 (2,0)
Natri bromati 4,0
Osarsoli 5,0
Glycerini 20,0

Перед застосуванням підігріти і збовтати. Після цього у вагіну вводять тампон з вати з йод-осарсолом на 12 годин.

Лікувати через день, 6—8 разів.

Після 2 менструацій проводять ще 2—3 сеанси терапії. Контрольні дослідження проводять 2—3 рази після місячного протягом 3 менструальних циклів.

Для дітей, молодих жінок і старих рекомендується брати 1%, йод-осарсоловий розчин.

З інших способів лікування слід зазначити: змазування стінок вагіни 5—6 разів через день 1% розчином брильянтової зелені на 70° спирті і введення у вагіну після цього порошку осарсолу (0,5) щодня протягом 10 днів. Додаткове лікування: сечових шляхів: osarsoli 0,25 3 рази на день протягом 3 днів, далі 1 день перерва, і призначають салол по 0,5 3 рази на день протягом 3 днів, а ще через день — уротропін по 1,0 3 рази на день протягом 3 днів (осарсол протипоказаний при захворюванні нирок, печінки, серця, при діабеті, геморагічному діатезі, тяжких формах туберкульозу і гострих гастроентеритах); прямої кишки; теплі мікроклізми з 2—3% розчином іхтіолу або протарголу по 50 мл щодня на ніч після випорожнення протягом 7—10 днів з перервами в 4—5 днів.

Профілактичні заходи: під час лікування забороняється статеве життя, купання в річці, ставку, озері; додержання особистої профілактики в лазні, ванні, вбиральні. Бажано обслідувати чоловіка; правильний туалет після дефекації (спереду назад, а не навпаки).

ЗАХВОРЮВАННЯ МАТКИ

ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШИЙКИ МАТКИ (ENDOCERVICITIS).

Етіологія: попадання в шийку матки загальної інфекції під час родів, аборту, або гонококової інфекції, незалежно від травми, наявність у шийці матки поліпів та ін.

Симптоми: наявність гнійних з домішкою слизу білей, скарги на невеликі болі внизу живота, почуття тяжкості. При огляді виявляють: у гострій стадії почервоніння і набряклість шийки матки, наявність густих гнійних з домішкою слизу уплавів з шийки. В хронічній стадії, крім уплавів, наявність ерозії: виразне почервоніння слизової оболонки шийки навколо зовнішнього вічка, яке при доторканні починає кровоточити.

Лікування. В гострій стадії — спринцювання з содою: 1 столову ложку на 4 склянки води; у хронічній стадії — припікання слизової оболонки цервікального каналу 5—10% Argenti nitrici кожні 5 днів з допомогою зонда Плейфера; перед припіканням треба 5% розчином соди спочатку розчинити слиз цервікального каналу; призначають спринцювання розчином соди або калій-перманганату; кількість припікань 5—6.

ЕРОЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ (EROSIO COLLI UTERI). Ерозія, або виразка на шийці матки, часто виникає в результаті ендоцервіциту, ендометриту і тільки порівнюючи рідко вона може виникати як результат гіперфункції залоз шийки матки в зв'язку з загальним захворюванням (хлороз, ожиріння, овариальна дисфункція тощо) або в результаті травматизації й інфекції, вивороту (ектропіону) слизової оболонки каналу шийки матки при її розриві.

Розрізняють такі ерозії: *справжня ерозія, проста ерозія, фолікулярна* і *папілярна.*

Справжня ерозія — це виразка, яка не має покривного епітелію, на вигляд вона червона, вкрита гнійним виділенням, трохи кровоточить при доторкуванні; вона трохи вища від здорової слизової оболонки і поступово нерізко переходить у неї.

Проста ерозія — гладенька на вигляд, колір інтенсивно-червоний, розміщується навколо зовнішнього вічка матки, межі її різкі. Вкрита циліндричним епітелієм.

Фолікулярна (гландулярна) *ерозія* — займає досить велику площу на шийці матки; на поверхні її багато кістозних пухирчиків завбільшки від просяного зерна до горошини (має зернистий вигляд), поверхня її рожева, блискуча, мало кровоточить при доторканні; шийка матки збільшена, тверда.

Папілярна ерозія — строма між залозами утворює сосочкові вирости, вкриті циліндричним епітелієм. Вигляд оксамитовий, інтенсивно червоний, дуже легко кровоточить при доторканні, межа між здоровою тканиною і ерозованою різко позначається.

Лікування. При лікуванні ерозій треба пам'ятати одне: що ерозія — *це найчастіше є симптом основного якогось захворювання* (в більшості випадків ендоцервіциту). Отже, *насамперед треба і лікувати це основне захворювання.*

Разом з тим можна призначити: спринцювання або з розчином калій-перманганату 1 : 3000 або сіркокислою магнезією (80 г) і галуном (20 г) — 1 чайна ложка порошку на 3—4 склянки перевареної води, тампони з риб'ячим жиром або 10% стрептоцидом. Спринцювання або тампони призначають щодня (10—15 разів). Можна також робити «ванночки» щодня або через день з неочищеного древесного оцту або з 5% розчину протарголу або 2% срібло-нітрату (рідину наливають у кругле дзеркало, щоб шийка купалася в ній); тривалість ванночки 3—5 хвилин (10—15 ванночок); можна лікувати також фолікуліном і глюкозою: обпорскувати шийку матки фолікуліном (1 мл) і присипати порошком глюкози (щодня 12—15 разів).

При фолікулярних ерозіях призначають проколювання пухирців (скарифікація) і вводять у вагіну щодня протягом 2—3 тижнів тампони з 5% розчину таніну в гліцерині або з 5% розчину протарголу в гліцерині.

При папілярних ерозіях прикладають до ерозії ватні тампони з порошком калій-перманганату (1 раз на тиждень) залишаючи його у вагіні на 4—6 годин, або змазують ерозію паличкою кристалічного ляпісу (1 раз в 15—20 днів).

Лікування ерозії повинно тривати не більше 4—5 тижнів! Якщо через 4—5 тижнів ерозія не піддається консервативному лікуванню, хвору треба негайно відправити в онкодиспансер або в лікарню для патогістологічного дослідження кусочків шийки матки, взятих на місці ерозії.

Треба пам'ятати, що рак шийки матки починається з ерозії. Отже кожний випадок ерозії треба обов'язково показати лікареві!

Ерозії, які не піддаються звичайним методам лікування, після пробної біопсії підлягають випіканню (електрокоагуляції).

Поліп шийки матки. Іноді внаслідок ендоцервіциту одна чи кілька залоз каналу шийки матки можуть збільшуватись і досягати

чималих розмірів (горошини і більше). Тоді вони виходять з цервікального каналу, звисаючи в порожнину вагіни у вигляді поліпа.

Симптоми. Наявність поліпа в цервікальному каналі виявляє себе тим, що у жінки починають іти білі і часом з'являються кров'янисті виділення. При бімануальному дослідженні, і особливо дослідженні дзеркалами, наявність поліпа може бути виявлена досить легко.

Лікування. *Негайно відправити до лікаря! Лікування тільки оперативне: кожний виявлений поліп повинен бути негайно видалений і посланий на патогістологічне дослідження. Треба пам'ятати, що поліп може злоякісно переродитись, а це загрожує життю хворої.*

ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ МАТКИ — ЕНДОМЕТРИТ (ENDOMETRITIS) часто супроводиться також запаленням м'язів матки (metroendometritis).

Етіологія: попадання інфекції в порожнину матки при родах, аборті або з порожнини вагіни при запаленні її.

Симптоми: великі гнійні виділення, підвищення температури, розбитість, болі внизу живота.

В хронічній стадії — скарги на тяжкість і тиснення внизу живота, болі в крижах і в попереці, кровотечі під час місячного, іноді безплідність.

Лікування. *При гострому ендометриті:* спокій у ліжку, лід на низ живота, після зниження температури — тепло на низ живота; *при хронічному ендометриті* — зогрівальні компреси, електрична дуга на низ живота, гарячі спринцювання температури 38—44° (5 столових ложок кухонної солі на 4 склянки води), діатермія, вагінальне грязелікування.

ГЕМОРАГІЧНА МЕТРОПАТІЯ виникає в зв'язку із змінами в слизовій оболонці матки, змінами, які залежать від наявності в яєчнику так званого персистуючого фолікула. Під персистуючим фолікулом розуміють особливий стан яєчників, що мають від 2 до 3 великих граафових фолікулів, *які перебувають в стадії розвитку і не можуть лопнути.* Під впливом таких персистуючих фолікулів в слизовій оболонці матки *не може настати секреторна фаза, а триває фаза проліферації,* яка закінчується кінець-кінцем розпадом слизової оболонки і в результаті цього кровотечею.

Симптоми. Кровотеча, що триває 6, 8 і більше днів. Паузи між менструаціями зменшуються. Часто перед кровотечею *буває аменорея, яка може тривати досить довгий час;* болів не буває, білі можуть бути в невеликій кількості.

Лікування: хвору з виявленою геморагічною метропатією треба віддати під догляд лікаря.

Призначають кальцій-хлорид 10% по 1 столовій ложці 3 рази на день, вікасоль по 0,2 3 рази на день, Extr. Secalis cornuti по 15 крапель 3 рази на день, Extract. Polygonii hydropiperis fl. по 50 крапель 3 рази на день.

Останнім часом з успіхом застосовують препарати жовтого тіла: прогестерон або прегнін. Ці препарати застосовують під час кровотечі, вводячи внутрішньом'язово по 5 мг (1 ампула) прогестерону протягом 6—8 днів, або дають прегнін по 10 мг 3 рази на день протягом 6—8 днів (під язик); повторний курс проводять через 15—20 днів.

Ті ж самі препарати в тих же самих дозах застосовують і в ста-

дії аменореї з тим, щоб запобігти кровотечі, яка виникає після аменореї.

У випадках кровотечі, перед застосуванням гормонального лікування, бажано зробити пробне вискрібання слизової оболонки матки с патологогістологічним дослідженням кусочків вискребленої тканини.

Неправильні положення матки

ГІПЕРАНТЕФЛЕКСІЯ МАТКИ (HYPERANTEFLEXIO UTERI). Тіло матки занадто перегнуто наперед так, що кут між тілом і шийкою матки менше 90°.

Етіологія: здебільшого буває в результаті природженого недорозвинення матки, запального процесу матки й утворення зрощень у зв'язку з цим.

Симптоми: великі болі під час місячного, особливо на початку його, безплідність, часті позиви до сечовипускання, головні болі.

Лікування — симптоматичне: клізми з опієм (8—10 крапель t-rae opii simplicis на $^1/_4$ склянки води), грілки на низ живота, свічки з белладонною (0,02), антипірин, аспірин, добре діє гравіданотерапія, треба лікувати запальний процес.

РЕТРОФЛЕКСІЯ МАТКИ (RETROFLEXIO UTERI) — захворювання, при якому тіло матки повернуте назад, отже й кут між тілом і шийкою матки дивиться назад.

Етіологія: виникає в результаті запальних процесів клітковини або очеревини, а також від опуху, який тисне на матку; буває також природженою.

Симптоми: біль у попереку, білі, кровотеча під час місячного, або й між місячними, іноді часте і болюче сечовипускання, запори, звичний аборт, відчуття тяжкості внизу живота, головні болі.

Лікування: *природжена форма,* як правило, не виявляє ніяких симптомів і *ніякої терапії не потребує.* При набутій же формі, коли матка рухома, можна вивести її наперед і вставити у вагіну песарій, який триматиме матку; можна також з допомогою операцій фіксувати матку до передньої черевної стінки або вкоротити зв'язки матки.

Коли матка фіксована так, що вивести її в нормальне положення наперед не можна, то поряд із спринцюванням (яке застосовують щодня) калій-перманганатом 1 : 5000 або з кухонною сіллю (5 столових ложок кухонної солі на 4 склянки води при температурі 38—45°), сидячими ваннами, світлолікуванням (електричною дугою), діатермією або грязелікуванням, *добрі результати дає масаж матки.* Якщо наполегливе і тривале лікування не дає наслідків, можна застосувати операцію: зруйнувати зрощення і фіксувати матку наперед.

ОПУЩЕННЯ І ВИПАДАННЯ МАТКИ ТА СТІНОК ВАГІНИ. Опущення і випадання матки частіше буває разом з опущенням стінок вагіни, проте опущення стінок вагіни може виникнути й самостійно. Іноді разом з стінками вагіни опускається й сечовий міхур та пряма кишка.

Матка може бути в стадії *опущення* (descensus uteri), коли вона опустилась, але шийка не виходить з статевої щілини, в стадії *повного випадання* (prolapsus uteri completus), коли дно матки можна промацати (через стінки вагіни) спереду від статевої щілини, і *не-*

повного випадання (prolapsus uteri incompletus), коли тільки частина матки вийшла за межі статевої щілини, а дно її лежить ще в порожнині таза.

Етіологія: порушення під час родів цілості мускулатури тазового дна, важка фізична робота, природжена неповноцінність тканин.

Симптоми: у початковій стадії скарги на болі в крижах, часте сечовипускання, запори (при зниженні прямої кишки), скарги на те, що «щось» виходить із статевих органів, особливо при ходьбі і важкій роботі; сеча починає відходити самовільно при кашлі і чханні, на випалій матці утворюються пролежні.

Діагноз легко поставити при гінекологічному дослідженні, треба тільки запропонувати хворій потужитись.

Лікування—оперативне.

Профілактика: добре зашивати розриви промежини після родів, заборонити важку фізичну роботу після родів протягом $1^1/_2$ місяців.

Новоутворення матки

ФІБРОМІОМА МАТКИ — доброякісний опух матки.

Міоми бувають субмукозні, коли вони розміщуються під слизовою оболонкою матки, субсерозні — під очеревиною, що вкриває матку, та інтерстиціальні, коли вони розміщуються між м'язами матки.

Етіологія — невідома.

Симптоми: невеликі міоми, особливо субсерозні й інтерстиціальні можуть не давати ніяких симптомів. Здебільшого відмічають кровотечу під час місячного або після нього, болі внизу живота, в попереці, білі, іноді безплідність, неврастенію.

Кровотеча буває, як правило, при субмукозних міомах: спочатку йде збільшене проти звичайного місячне, потім починає виділятись кров і в проміжках між місячними, розвиваються ознаки недокрів'я, запаморочення, набряк кінцівок, шкіра стає восковидною.

Болі з'являються спочатку під час місячного, іноді вони набувають переймистого характеру (коли народжується міома з матки). Якщо міома тисне на сечовий міхур — у хворої виникають часті позиви до сечовипускання, іноді ж, навпаки, буває затримка сечі, запори.

Хвору треба направити до лікаря.

Лікування: оперативне (видалення міоматозних вузлів окремо або разом з маткою) або консервативне (рентгенпроміннями).

РАК ШИЙКИ МАТКИ (CANCER COLLI UTERI) — злоякісне новоутворення епітеліального походження. Уражає слизову оболонку шийки матки. Розрізняють екзофітну і ендофітну форму рака шийки матки. При екзофітній формі новоутворення росте в порожнину вагіни, опух має горбастий вигляд і нагадує цвітну капусту. Опух згодом розпадається і кровоточить.

Ендофітна форма, коли ракові клітини, розростаючись, інфільтрують підлеглу тканину, шийка від цього стає товстою, набрякає, в ній утворюється кратероподібна виразка яку іноді при огляді дзеркалами можна й не помітити. Рак, поширюючись лімфатичними шляхами, може давати метастази в параметральну клітковину, сечовий міхур, пряму кишку, печінку, легені.

Симптоми: *спочатку захворювання на рак мало чим виявляє себе, в цьому полягає велика небезпека.* Одною з ранніх ознак є: білі, які звертають на себе увагу хворої, *контактні кровотечі:* незначне виділення крові — крапля-дві на сорочці після коїтусу, спринцювання або при фізичній роботі, на шийці матки утворюється *виразка (ерозія).* Коли починається розпад опуху, кількість крові збільшується, білі йдуть з домішкою крові (нагадують «м'ясні помиї»), з смердючим запахом. *Болі з'являються* пізно, коли рак інфільтрує клітковину і тисне на нервове сплетення.

При виникненні метастазів починається часте й болюче сечовипускання, утворюються сечові й калові фістули, має місце кахексія, смерть настає від уремії або сепсису.

Крім бімануального дослідження, особливо цінні дані дає дослідження дзеркалами; як було вже зазначено, іноді рак виявляє себе ерозією, яка утворюється на шийці; *вона має горбкуватий вигляд, нерівні краї, крихка і легко кровоточить від доторкання.* Зонд, якщо ним торкнутись ерозії, легко проходить в її товщу; розпізнати ерозію можна тільки досліджуючи дзеркалами вагінальну частину шийки матки.

Ерозія, яка довгий час не гоїться, а також кровотеча в клімактеричному періоді повинна викликати підозріння на рак! Краще помилитись, припускаючи захворювання на рак, ніж пропустити його. Остаточний діагноз можна поставити, зробивши патологогістологічне дослідження кусочків опуху або ерозії (посилати кусочки на дослідження можна в пробірці, заливши їх 10% формаліном).

РАК ТІЛА МАТКИ (CANCER CORPORIS UTERI). Симптоми: кровотеча під час місячного або в міжменструальні проміжки, особливо ж кровотеча під час клімаксу або в менопаузі, білі з домішкою крові або частинок опуху; виділення крові після бімануального дослідження. Об'єктивно — збільшення тіла матки.

Остаточний діагноз ставиться лікарем після патологогістологічного дослідження кусочків опуху, взятих при пробному вискрібанні порожнини матки.

Лікування. Хвору з підозрінням на рак або з виявленою формою рака шийки чи тіла матки *має негайно оглянути лікар і направити її до такої лікарні,* де може бути остаточно встановлений діагноз або застосоване відповідне лікування. Лікування оперативне або консервативне: радієм або рентгенівським промінням.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЯЄЧНИКІВ

ЗАПАЛЕННЯ ЯЄЧНИКІВ (OOPHORITIS) ізольовано трапляється рідко, здебільшого воно буває разом з захворюванням труб і навкружної очеревини.

Етіологія: попадання інфекції в яєчник в результаті аборту, внаслідок проникнення гонорейної інфекції, після інфекційних захворювань (тиф і скарлатина), або інфекції яєчника і кишок.

Яєчник у стадії запалення набрякає, в стромі його з'являється інфільтрат, який може далі перетворитися в абсцес.

Симптоми гострого запалення: скарги на болі внизу живота, іноді нудота, блювання, підвищення температури, прискорення пульсу.

Симптоми хронічного запалення: скарги на неве-

ликі болі внизу живота, в пахвинах, біль, що часом може віддавати в ногу, безплідність, при дослідженні можна промацати збільшений, чутливий яєчник.

Лікування в гострій стадії: спокій у ліжку, свічки з Extr. Belladonnae, лід на низ живота, в хронічній стадії — спринцювання (краще з кухонною сіллю 4 столових ложки на 4—5 склянок води), сидячі ванни, введення у вагіну тампонів, змочених 10% іхтіолом на глицерині (щодня), діатермія, грязелікування.

Опухи яєчників

Опухи яєчників поділяються на 2 основні групи: 1) *непроліферуючі* (небластоматозні) і 2) *проліферуючі* (бластоматозні).

До непроліферуючих опухів належать: *фолікулярні кісти і кісти жовтого тіла.* Кісти цієї категорії належать до так званих ретенційних кіст, тобто кіст, які утворились в результаті затримки секрету фолікула або жовтого тіла.

До проліферуючих опухів яєчника (справжніх опухів) належать: *епітеліальні опухи (доброякісні:* псевдомуцинозна, серозна кіста *і злоякісні* — рак яєчника), *сполучнотканинні* (доброякісні — фіброма і злоякісні — саркома), *опухи, які утворились з зародкових листків* (доброякісні — дермоїд, злоякісні — тератоми).

З проліферуючих опухів найчастіше зустрічаються: *псевдомуцинозні, серозні кісти і дермоїди.*

ПСЕВДОМУЦИНОЗНІ КІСТИ (CYSTOMA PSEUDOMUCINOSUM) в більшості випадків бувають з одного боку, мають гладеньку поверхню; в деяких випадках кіста досягає великих розмірів, часом складається з кількох порожнин (камер), наповнених желеподібною рідиною жовтуватозеленуватого кольору; рідина ця має в собі псевдомуцин.

СЕРОЗНІ КІСТИ (CYSTOMA SEROSUM) — прості однокамерні кісти, наповнені серозною рідиною. На внутрішній поверхні стінок таких кіст іноді утворюються папілярні розрощення.

ДЕРМОЇДНІ КІСТИ — кісти здебільшого кулястої форми, порівнюючи невеликі, поверхня дермоїда гладенька і блискуча; опухи ці звичайно мають довгу ніжку і лежать здебільшого спереду від матки. Дермоїдні кісти мають в собі елементи зародкових листків (зуби, волосся та ін.).

Симптоми: псевдомуцинозні, серозні і дермоїдні кісти в більшості випадків, коли немає ускладнень, проходять безсимптомно, не викликаючи ні болів, ні розладу менструальної функції. Виявляють їх часом випадково. І тільки тоді, коли опух досягає великих розмірів і виходить з малого таза, хвора починає звертати на це увагу. В деяких випадках, коли опух сидить в листках широкої зв'язки, він може давати болі.

Ускладнення можуть бути такі: *перекручування ніжки опуху, нагноєння опуху, злоякісне переродження.*

При перекручуванні кісти виникають різкі болі внизу живота, прискорення пульсу, підвищення температури, нудота, блювання, різко виявлений симптом Щоткіна (Блюмберга). *Нагноєння опуху* проходить з великою температурою, яка дає коливання в 2—3°; спостерігається подразнення очеревини, тяжкий сон.

Злоякісне переродження на початку не дає ніяких симптомів, і

тільки пізніше, коли раковий процес шириться, з'являються болі, асцит, зменшується вага і настає кахексія.

Лікування: хвора з кістою яєчника (незалежно від величини кісти і відсутності симптомів) *негайно має бути направлена до лікарні для оперативного лікування.* Чекати тут не можна, бо чекання загрожує життю жінки, яка може загинути від згаданих вище ускладнень.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ФАЛОПІЙОВИХ ТРУБ, НАВКОЛОМАТКОВОЇ КЛІТКОВИНИ Й ОЧЕРЕВИНИ

ЗАПАЛЕННЯ ТРУБ (SALPINGITIS) виявляється в тому, що слизова оболонка труб гіперемійоється, набрякає й інфільтрується, черевний отвір труби злипається, труба збільшується, стає покрученою. У трубах утворюється серозний або гнійний вміст, іноді настає цілковите зарощення труб.

Етіологія: попадання в труби септичної, гонорейної або туберкульозної інфекції.

Симптоми в гострій стадії: скарги на болі внизу живота, нудоту, блювання. У хронічній стадії — болі, які віддають у ногу, дисменорея, безпліддість, схильність до викидня.

Через вагіну промацують ковбасоподібний опух, тугоеластичної консистенції.

Лікування — в гострій стадії: спокій, холод на низ живота, наркотичні засоби; у хронічній стадії: протизапальна терапія, як і при запаленні яєчників.

ЗАПАЛЕННЯ ТАЗОВОЇ КЛІТКОВИНИ (PARAMETRITIS).

Етіологія: виникає внаслідок попадання в клітковину лімфатичним шляхом інфекції стрептококової або стафілококової.

В результаті попадання інфекції утворюється випіт навколо матки. Опух спочатку м'якої консистенції, далі він твердне і консистенцією нагадує кісту. Випіт може розсмоктатися або нагноїтись.

Симптоми: іноді невелике підвищення температури, скарги на болі в глибині таза, розлади в сечовому міхурі і кишках; іноді хвороба починається ознобом і підвищенням температури до 40°. Через вагіну здебільшого можна виявити твердий, мало болючий нерухомий інфільтрат, що зливається з стінками таза, верхня межа інфільтрату не дуже виразна.

Лікування в гострій стадії: спокій в ліжку, холод на низ живота, наркотики (свічки з белладонною, опійні клізми); у хронічній стадії — терапія протизапальна (див. «Запалення яєчника»).

ЗАПАЛЕННЯ ТАЗОВОЇ ОЧЕРЕВИНИ (PELVEOPERITONITIS)

Етіологія: виникає внаслідок попадання інфекції з труб або лімфатичним шляхом на очеревину.

Під впливом інфекції листки очеревини гіперемійоються і вкриваються фібринозними масами, від чого потім злипаються. Іноді в результаті запалення скупчується гній у задньому дугласі.

Симптоми: скарги на різкі болі внизу живота, прискорення пульсу, нудоту, блювання; язик сухий, виявлений симптом Щоткіна; поступово явища подразнення очеревини зникають і лишаються тільки ниючі болі внизу живота, в попереці, білі. При вагінальному дослідженні в гострій стадії визначається напруження і незвичайна болючість заднього склепіння, промацується клиноподібний інфільтрат, м'якуватої консистенції, який до стінок таза не доходить.

Лікування: спокій у ліжку, холод на низ живота, болезаспокійливі засоби. В хронічній стадії — протизапальна терапія (див. *«Запалення яєчника»*). При скупченні гною в задньому дугласі розрізують задне склепіння (Colpotomia), щоб випустити гній (робить тільки лікар).

БЕЗПЛІДНІСТЬ (STERILITAS)

Під безплідністю розуміють такий стан, коли жінка протягом 3—5 років нормального статевого життя не вагітніє. Безплідність буває первинна, коли жінка зовсім не вагітніла, і повторна, коли жінка хоч один раз була вагітною.

Причиною безплідності може бути чоловік або жінка, причому $^2/_3$ провини падає на чоловіка і $^1/_3$ на жінку.

Провина з боку чоловіка зв'язана з неповноцінністю сперми в результаті перенесених якихось хвороб (здебільшого гонореї). В спермі може зовсім не бути сперматозоїдів (азооспермія), або бути їх дуже мало (олігоспермія), або вони будуть нерухомими (некроспермія), або ж під час coitus'у сім'я зовсім не виливається (аспермія).

Щодо жінки, то тут причиною можуть бути: аномалії розвитку, різні виснажуючі хвороби (туберкульоз, хлороз, сифіліс), недоїдання (зокрема жирів), нервові і психічні захворювання, вагінізм, розриви промежини і опущення стінок вагіни (сперма не затримується в ній), запальні захворювання вагіни, фістули як сечостатеві, так і калові, зарощення дівочої перетинки і вагіни, катари шийки матки, конічна шийка і зарощення цервікального каналу, неправильне положення матки (не завжди), опухи матки (особливо підслизові міоми), запальні захворювання матки і труб, зруйнування фолікулярного апарата в результаті гострої інфекції, кістозне переродження яєчників, захворювання ендокринних залоз (гіпофіз, щитовидна залоза). *Найбільше безплідність залежить від запалення труб.*

Діагностика. *Перш ніж починати лікувати жінку, треба дослідити сім'я чоловіка з тим,* щоб виявити його повноцінність. Для цього рекомендують відбути коїтус з кондомом. Кондом перед вживанням обмивається 2% розчином соди. Після коїтусу кондом з сім'ям зав'язують і відносять до лабораторії. Якщо буде виявлено, що сім'я чоловіка повноцінне, тоді досліджують повноцінність жінки.

В більшості випадків у жінки роблять продування або рентгенографію труб. Для продування труб або рентгенографії жінку направляють у лікарню. *Труби можна продувати не пізніше як за 7 днів до менструації і не раніше як через 7 днів після менструації.*

Лікування: при недорозвиненні і недостатності функцій яєчників показана гормонотерапія, загальнозміцнювальне лікування, фізичні методи лікування, грязелікування, протизапальна терапія і, як останній засіб, — оперативне лікування: вирізування непрохідних ділянок труби і пересадки труб у матку.

При кислому середовищі вагіни призначають спринцювання з содою: 1 столову ложку на 1 л води. Якщо сім'я після коїтусу виливається, рекомендують лежати з піднятим тазом. Призначають вітамін Е.

ДОГЛЯД ЗА НОВОНАРОДЖЕНИМ

Догляд за новонародженим починається зразу після народження його.

Після припинення пульсації пуповини, тобто хвилин через 5—6 після народження дитини, перев'язують пуповину товстою шовковою ниткою або вузькою тасьмою на віддалі 5—6 см від поверхні живота, а другу перев'язку роблять на 2 см назовні від першої. Шовковинку або тасьму міцно затягають подвійним вузлом. Між перев'язками пуповину перерізують ножицями і поверхню розрізу змазують йодною настойкою. Залишок пуповини загортають у марлю, змочену 95° спиртом, або присипають порошком ксероформу, дерматолу та ін., а потім прибинтовують до живота широким марльовим бинтом.

Основним правилом дальшого догляду за залишком пуповини є найсуворіша асептика. Персонал, який доглядає дитину, повинен працювати у марльовій масці. Не можна доторкуватись до новонародженої дитини, не помивши перед цим старанно рук! Весь перев'язний матеріал, все, що стикається з дитиною (ножиці, пінцет), повинні бути простерилізовані і зберігатися в посудині, яка закривається герметично.

Для запобігання гонорейному кон'юнктивітові обов'язкова профілактика за Матвєєвим: зразу після народження дитини вводять їй у кон'юнктивальний мішок кожного ока 2—3 краплі 1% розчину срібло-нітрату, або, краще, 1 краплю 2% розчину.

Новонароджену дитину до відпадання пуповини не купають, тільки після народження обережно ватою очищають від випадкових під час родів забруднень слизом, кров'ю. Після відпадання пуповини дитину купають щодня у перевареній воді. Температура води 37° Ц. Тривалість купання — 3—4 хвилини. Після ванни дитину не слід витирати, а тільки добре обсушувати м'якою простинею. Всі шкірні складки або змазують вазеліновим маслом чи олією, або припудрюють такою присипкою:

Rp. Zinci oxyd.
Talci veneti aa 10,0
Mf. pulv. subtilissimi
DS. Присипка.

Після сечовипускання або дефекації обмивають теплою водою шкіру, обсушують і присипають вищезазначеним порошком.

Щодня обмивають лице дитини ватним тампоном, змоченим перевареною водою.

Ні в якому разі не слід обтирати слизову оболонку рота!

Для купання дитини слід мати окрему ванночку, ночви або таз, перед купанням обливати їх кип'ятком, а після купання, старанно вимивши, прикривати чистою простинькою.

Температура приміщення в житлі новонароджених — 22—20°. Приміщення зимою треба провітрювати 3 рази на день по 30—40 хвилин. Лише підвищення опірності всього організму дитини всіма засобами забезпечить вирощування здорового покоління.

Якщо дитина народилася зимою, то в перший раз її слід винести на прогулянку через 3—4 тижні після народження при температурі не нижче — 5°. Дитину, що народилася влітку, слід виносити на прогулянку з перших днів життя. Тривалість першої прогулянки зимою — хвилин з 10—15.

ВИГОДОВУВАННЯ ЗДОРОВОЇ ДИТИНИ В ГРУДНОМУ ВІЦІ

Найкращим засобом для боротьби з дитячою захворюваністю і смертністю є природне вигодовування груддю матері. Не допускати штучного вигодовування, раннього підгодовування і передчасного відлучення від груді.

Підгодовування можна починати не раніше 5,5—6 місяців, а відлучати — не раніше 1 року. Якщо ж дитині виходить рік весною або влітку, то відлучення треба відкласти до пізньої осені.

Якщо грудь виділяє мало молока, то дитину все ж не слід відлучати, але поповнити недостатню кількість молока зціджуваним молоком іншої жінки, а коли зробити це неможливо, то перейти на підгодовування відповідно до віку коров'ячим молоком.

Поява менструацій не перешкоджає продовжуванню грудного вигодовування.

Настання вагітності також не може бути приводом для відлучення дитини.

При гострих захворюваннях мати може продовжувати годування груддю, одягаючи при годуванні марльову пов'язку. У випадку зменшення кількості молока можна вдаватися до мішаного вигодовування. Якщо мати захворює на бешиху, скарлатину, дифтерію, то дитині дають зціджене і простерилізоване молоко хворої матері.

При тяжкій відкритій формі туберкульозу з виділенням паличок у харкотинні мати не повинна годувати груддю.Сифілітична мати повинна годувати свою дитину, але якщо вона заразилася в останні тижні вагітності або після народження дитини, то вигодовування груддю слід заборонити. При гнійному запаленні грудної залози (грудниця, мастит) можна годувати як здоровою, так і хворою груддю.

Щоб не заподіяти якоїсь травми дитині, мати при тяжких психічних захворюваннях не повинна годувати груддю. В інтересах матері забороняється годувати груддю при її захворюванні на гостре і хронічне запалення нирок, при декомпенсованих пороках серця, цукровому діабеті, при гострому ендокардиті й міокардиті, при злоякісних опухах, білокрів'ї та інших тяжких захворюваннях крові.

При тріщинах сосків, а також при плоских або вдавлених сосках можна годувати через накладку.

При заячій губі і вовчій пащі у дитини слід годувати її зцідженим грудним молоком з допомогою ложечки.

Перед годуванням мати повинна помити руки, обмити сосок і навколо нього перевареною водою або 2% розчином борної кислоти. Перший раз новонароджену дитину прикладають до груді через 6—8 годин після народження. Далі дитину прикладають кожні 3 години, з нічною перервою від 12 до 6 години, всього 7 разів на добу. Тривалість годування — 20 хвилин. Після годування дитину обережно кладуть у постіль, щоб уникнути зригування та блювання.

Після 5 місяців дитину слід годувати через 3,5 години (6 разів на добу), а після 7 місяців — через 4 години, з 8-годинною нічною перервою (від 10 години вечора до 6 години ранку).

Кожного разу слід давати дитині тільки одну грудь, правильно чергуючі обидві груді. Якщо у матері мало молока, то можна давати обидві груді. Якщо дитина погано їсть, якщо вона квола, то молоко, яке залишається в груді, видоюють і догодовують дитину з ложечки добутим зцідженим молоком.

Взагалі треба стежити за тим, щоб при кожному годуванні грудь цілком спорожнялася, інакше поступово буде зменшуватися виділення молока. Тому якщо після годування в груді ще лишається молоко, треба решту вицідити молоковідсосом або рукою.

З 3 місяців слід давати овочеві, фруктові та ягідні соки, які містять вітаміни, по $^1/_4$ чайної ложки 3 рази на день і, поступово збільшуючи дозу, дійти в 6 місяців до 10 чайних ложок (3 рази на день по 1 столовій ложці).

ПІДГОДОВУВАННЯ. Якщо у матері вистачає молока, то підгодовування треба вводити тільки з 5,5—6 місяців. Спочатку для підгодовування слід користуватися манною кашею на молоці пополам з водою, спершу 5%, а потім 10%. До каші додають цукор, близько 1—2 чайних ложок цукрового піску на склянку сумішки. Через 1—2 тижні можна давати ще кисіль. На початку підгодовування дають один раз на день замість груді. З віком поступово збільшують число підгодовувань і відповідно зменшують число годувань груддю. Кожного разу дають каші 200 мл. Поступово в раціон дитини вводять нове підгодовування в такому порядку: з 5,5—6 місяців — манна каша; у 6 місяців — кисіль (клюквовий або інший ягідний), сир, жовток яйця, овочеве пюре, фруктове, яблучне пюре, м'ясний бульйон, сухарі з білої булки; у 8 місяців — м'ясний фарш; після 1 року — м'ясні котлети.

У 8 місяців кашу готують на $^2/_3$ молока і $^1/_3$ води, з 9 місяців можна давати цільне молоко. Наприкінці року можна давати сире яблуко тонкими маленькими кусочками і невелику кількість ягід, добре помитих перевареною водою.

МІШАНЕ ВИГОДОВУВАННЯ. Якщо з будь-якої причини грудного молока невистачає раніше від нормального вищезазначеного строку для підгодовування, то недостачу грудного молока замінюють штучними сумішками, і таке вигодовування називається мішаним.

Для мішаного вигодовування найдоцільніше користуватися простими молочними сумішками, спочатку коров'ячим молоком пополам з рисовим або ячмінним відваром і 5 або 10% цукру, а потім з $^2/_3$ молока і $^1/_3$ відвару. Сумішку дають 1—2—3 рази на день, залежно

від випадку, кожного разу замість груді або як додаток після прикладання до груді. Проміжки між годуваннями такі самі, як і при природному вигодовуванні, а з 6 місяців вводять зазначене вище нове підгодовування. Якщо вдається застосувати мішане вигодовування не раніше 3-місячного віку, якщо користуватися для готування сумішки абсолютно свіжими і доброякісними продуктами, якщо при готуванні сумішки і годуванні додержувати суворо правил асептики, стежити за бездоганною чистотою пляшечки й соски, не перегодовувати дитину, — то результати мішаного годування треба надзвичайно обережно, переконавшись, що дійсно грудь виділяє мало молока, для чого треба кілька разів зважити дитину до та зараз після годування груддю.

ШТУЧНЕ ВИГОДОВУВАННЯ. Коли зовсім немає грудного молока, дитину вигодовують коров'ячим молоком або молоком інших тварин. Цей спосіб вигодовування зв'язаний з найбільшими небезпеками для дитини. Штучно вигодовувані діти значно частіше, ніж природно вигодовувані, захворюють на тяжкі, небезпечні розлади живлення й травлення, рахіт та ін.

З усіх видів молока найбільш придатним і доступним є коров'яче молоко. Найбільш доцільні найпростіші сумішки, які легко виготувати з молока й води або слизових відварів (рисового, ячмінного). До найбільш уживаних сумішок належать розведення молока пополам з водою або відваром (сумішка № 2) або ж сумішка $^2/_3$ молока і $^1/_3$ відвару (сумішка № 3).

Для успішного проведення штучного вигодовування потрібне свіже, доброї якості молоко, прокипіле, що зберігається в холодному місці; необхідне також найсуворіше додержання чистоти при готуванні сумішок; асептичний стан посуду, пляшечок, соски, старанне миття рук перед готуванням їжі; необхідно точно додержувати проміжків між годуваннями, не порушувати правил про нічну перерву, уникати перегодовування дитини.

Новонародженій дитині перше годування дають сумішку № 2 з додаванням 5% цукру. З 2 місяців переходять на сумішку № 3, а з 6 місяців — на незбиране коров'яче молоко.

Щождо кількості сумішок на кожне годування і на добу, то вона зазначена в наведених нижче таблицях.

Таблиця 1

Схема вигодовування для новонародженої дитини

День життя	Число годувань	Кількість грудного молока або сумішки в грамах	
		На прийом	На добу
1	2—3	10	20—30
2	7—6	10—15	70—90
3	7—6	20—30	120—180
4	7—6	30—45	210—270
5	7—6	40—60	280—360
6	7—6	50—70	350—420
7	7—6	60—80	420—480
8—14	7—6	70—100	490—600

Таблиця 2

Схема штучного вигодовування у віці 1—6 місяців

Вік	Число прийманьїжі	Їжа	Кількість у грамах	
			на прийом	На добу
1 місяць	6	Сумішка № 2	120	720
2 „	6	„ № 3	160—140	800
3 „	5	Сумішка № 3	175	875
		Вітамінні соки	5	10
4 „	5	Сумішка № 3	185[1]	740
		Молочна сумішка з 6% манної крупи	150	150
		Вітамінні соки	10—15	30
5 „	5	Сумішка № 3	190	760
		Манна каша 10% 1:1	180	180
		Фруктові, ягідні соки	20—25	50
6 „	5	Незбиране коров'яче молоко з 5% цукру	180[1]	540
		Манна каша 2:1	200[2]	300
		Кисіль	50	50
		Овочеве пюре	100	100
		Соки, протерте сире яблуко .	25—30	60

Після 6 місяців дальше підгодовування ми проводимо так само, як при грудному вигодовуванні.

ХВОРОБИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

ЖОВТЯНИЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ (ICTERUS NEONATORUM). Жовтяниця спостерігається у новонароджених дуже часто, майже у 80%, а в дітей недоношених значно частіше, майже у всіх. Починається жовтяниця на 2-й—3-й день життя; з'являється жовтяничне забарвлення шкіри, слизових оболонок і склер, ступінь забарвлення різний у різних випадках — від ледве помітного, субіктеричного відтінку до інтенсивно жовтого кольору. В сечі жовчні пігменти не виявляються, кал не знебарвлюється. Жовтяниця зникає до 7-го—10-го дня, але іноді тримається до 3—4 тижнів, головне, у недоношених дітей. На загальному стані дитини жовтяниця не відбивається.

Причина жовтяниці новонароджених полягає в посиленому розпаді червоних кров'яних тілець, з пігменту яких утворюється білірубін, що не може виділятися повністю печінкою, внаслідок недостатньої видільної її функції і незрілості її у новонароджених.

Через частоту жовтяниці новонароджених, її невинність і завжди сприятливе закінчення її називають фізіологічною жовтяницею. Лікування ніякого не треба.

Цю невинну форму жовтяниці треба відрізняти від інших дуже

[1] 3 рази на добу.
[2] Один раз 200 г каші, другий раз 100 г, каші і 100 г овочевого пюре.

серйозних і небезпечних форм, що виникають від звуження або зарощення жовчних шляхів, головної жовчної протоки, від сепсису, від так званої гемолітичної хвороби новонароджених.

ФІЗІОЛОГІЧНЕ НАБРЯКАННЯ ГРУДНИХ ЗАЛОЗ НОВОНАРОДЖЕНИХ. У перші дні життя дитини, як у хлопчиків, так і дівчаток, збільшуються грудні залози. Опух доходить між 5 і 10 днем до розмірів горіха і навіть голубиного яйця. Шкіра над опухом не змінена, із збільшеної залозки можна видавити секрет, який нагадує молозиво. Опух тримається близько місяця, потім зникає.

Лікування ніякого не треба. Необхідно тільки оберігати опухлі залозки від травми, здавлення. Витискання секрету слід суворо заборонити.

Іноді опух інфікується з переходом у нагноєння: шкіра над опухом червоніє, з'являється флюктуація. В цьому випадку потрібне оперативне втручання, лікування пеніциліном по 50 000 одиниць на $^1/_2$% розчині новокаїну 3 рази на день.

КРОВ'ЯНИЙ ОПУХ ГОЛОВИ (CEPHALOHAEMATOMA). Часто зустрічається у новонароджених субперіостальний крововилив у ділянці однієї, рідко двох плоских кісток черепа, найчастіше в ділянці тім'яних кісток. Ці крововиливи виникають від родової травми. Кефалогематома являє собою пружний флюктуючий опух, що не виходить за межі однієї кістки, доходить лише до черепних швів і різко відмежований від сусідніх кісток щільним кістковим валком, який оточує опух з усіх боків. Опух повільно розсисається і зникає через кілька тижнів.

Лікування не потребує.

КРОВОВИЛИВИ ПІД МОЗКОВІ ОБОЛОНКИ. В результаті родової травми, ламкості судин, різниці між внутрішньоматковим і атмосферним тиском можуть настати крововиливи і в інші частини тіла дитини. Найбільш серйозне значення мають крововиливи під мозкові оболонки, бо вони так само, як і крововиливи в мозок, можуть бути безпосередньо причиною смерті дитини. Найважливішими ознаками таких крововиливів є судороги, повторні приступи ціанозу.

Лікування: 10% розчин кальцій-хлориду по чайній ложці 3—4 рази на день, внутрішньом'язове впорскування крові (5—10 мл), вітамін К по 0,005 1 раз на день, лід над голівкою, обережне сповивання, годування зцідженим грудним молоком.

ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВИЙ КРОВОВИЛИВ. У грудинно-ключично-сосковому м'язі, внаслідок його часткового або повного розриву під час родів, може також утворитися внутрішньом'язовий крововилив. У місці розриву промацується щільний опух. Голівка дитини похилена набік і трохи повернута навколо своєї вертикальної осі. Крововилив розсмоктується через кілька тижнів, але на місці розриву утворюється рубець і в результаті цього кривошия.

Лікування: масаж, пасивні рухи, ортопедичне лікування, а при відсутності успіху — оперативне втручання не пізніше тримісячного віку.

Для боротьби із схильністю новонароджених до різних крововиливів останнім часом рекомендується застосування вітаміну К або розчинного у воді препарату акад. Палладіна, так званого вікасолю. Вітамін К з профілактичною метою призначається матері в останні 1—2 дні вагітності 2 рази на день по $^1/_2$—1 таблетці (таблетка містить 0,015 вітаміну), а потім новонародженому по $^1/_3$ таблетки на протязі перших 5 днів життя.

МЕЛЕНА НОВОНАРОДЖЕНИХ (MELAENA NEONATORUM). Мелена новонароджених являє собою дуже тяжке й небезпечне захворювання. Головним симптомом мелени є криваве блювання і випорожнення з кров'ю; швидко розвивається недокрів'я. Кровотеча походить з виразочок шлунка та кишок.

Тяжке недокрів'я, як результат кровотечі, швидко приводить до загибелі дитини.

З'являється мелена в перші дні життя (на 2-й—3-й день життя).

Таку справжню злоякісну мелену треба відрізняти від несправжньої мелени, при якій криваве блювання і криваве випорожнення виникають від того, що дитина насмоктується і проковтує кров, наприклад, з тріщини материнської груді; кров може також проковтуватися при носовій кровотечі. Звичайно, прогноз при несправжній мелені безумовно сприятливий.

Лікування. Внутрішньом'язове впорскування материнської крові, кінської сироватки, желатини (10 мл материнської крові внутрішньом'язово, або 10 мл протидифтерійної сироватки, або 10 мл 10% розчину желатини). Найбільш дійовим засобом слід вважати трансфузію крові (30—50 мл). Призначається також 10% розчин кальцій-хлориду, 4 рази на день по чайній ложці і вітамін К по $^1/_3$ таблетки 1—2 рази на день.

ПІОДЕРМІЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ. Нерідко у новонароджених зустрічаються різновидності гнійних уражень шкіри: гнійний фолікуліт, у вигляді множинних маленьких гноячків, фурункули, абсцеси та ін. Таке ураження шкіри називається піодермією. Внаслідок великої ніжності, ранливості шкіри і малої опірності її проти інфекції, при недосить асептичному догляді в шкіру дитини може попадати інфекція стрептокока, стафілокока та інших гноєтворних мікробів. В результаті розвивається одна з перелічених різновидностей піодермії.

До піодермій належить і пухирчасте (бульозне) ураження шкіри, так званий пемфігус (pemphigus neonatorum). Пемфігус спричиняється звичайно стафілококом (стафіломікоз), який заноситься в шкіру руками доглядаючого персоналу. Звичайно між 3-м і 8-м днем життя на різних ділянках шкіри з'являються пухирці розміром від горошини до лісового горіха, які містять мутнувату серозну рідину. Пухирці швидко лопаються, залишаючи після себе круглі, позбавлені епідермісу ділянки, що швидко загоюються. Загальний стан дитини не порушений, хворий швидко видужує, але в тяжких випадках справа може дійти при пемфігусі, як і при інших піодерміях, до загального сепсису. Пемфігінозне ураження шкіри, локалізоване тільки на підошвах і долонях, може бути однією з форм сифілісу.

Лікування: змазування кожного пухирця або гноячка 1% розчином брильянтової зелені; можна також застосовувати присипки з стрептоциду. Головне — провадити лікування пеніциліном (по 50 000 одиниць на $^1/_2$% розчині новокаїну 3 рази на день), трансфузіями крові по 20 мл 1 раз на 4 дні.

Винятково велике значення має при піодерміях профілактика: суворо асептичний догляд, заборона догляду за дитиною особам з будь-яким гнійним процесом, ізоляція захворілої дитини.

ХВОРОБИ ПУПКА. Недосить асептичний догляд за новонародженим, нестерильні предмети догляду, перев'язний матеріал, руки, можуть повести до інфікування залишку пуповини або пупкової ранки і стати причиною місцевих запальних процесів у ділянці пуп-

ка і навіть загального зараження — сепсису. З місцевих уражень пуповини слід згадати про *гангрену залишку пупкового канатика:* канатик мокне, вкритий брудним нальотом, є характерний гнильний запах.

При катаральному омфаліті спостерігається мокнуча пупкова ранка. Коли справа доходить до значного виділення з пупка, таке ураження називається бленореєю пупка.

Лікування: змазування 1% розчином брильянтової зелені та присипка ксероформом.

Іноді на дні пупка — на пупковій ранці утворюються розрісні грануляції у вигляді круглого червоного, з горошину завбільшки, опуху, який сидить іноді на тонкій ніжці (гриб пупка).

Лікування пеніциліном по 50 000—75 000 на $^1/_2$% розчині новокаїну у м'язи 3 рази на день, переливанням крові по 20 мл кожні 4 дні.

Запалення пупка переходить іноді на навкружну шкіру і тоді виникає вже тяжке ураження — флегмона і гангрена пупка.

Лікування: пеніциліном по 35 000 на 1% розчині пірамідону у м'язи 3 рази на день, переливанням крові по 20 мл кожні 4 дні.

Суворо асептичний догляд за новонародженим взагалі і суворо асептичний догляд за залишком пуповини та пупковою ранкою є найкращою профілактикою зазначених уражень пупка, які нерідко загрожують тяжкими наслідками.

СЕПСИС НОВОНАРОДЖЕНИХ — найчастіше виникає у зв'язку з захворюваннями пупка (пупковий сепсис), хоч інфекція може проникати через пошкоджену шкіру (запрілості), слизові оболонки (наприклад, рота при його витиранні), із запальних вогнищ в органах (отит, пневмонія). Збудниками захворювання найчастіше бувають: стрептококи, стафілококи, але також кишкова паличка, пневмокок та інші мікроби. Інфекція вноситься медичним персоналом або доглядаючими особами шляхом забруднення пупкової ранки або інших ділянок тіла новонародженого немитими руками, забрудненими інструментами, білизною або при наявності у осіб, які стикаються з новонародженим, піодермії, ячменів на повіках, абсцесів, ангін, а іноді захворювань кишок, верхніх дихальних шляхів і т. д.

Хірургічна асептика при догляді за новонародженими — ось умова запобігання у них сепсисові.

Клінічна картина сепсису різноманітна. При наявності ще незагоєної пупкової ранки і запальних змін в її ділянці, а іноді вже після повного загоєння її і при незміненому пупку у дитини підвищується температура. Дитина стає млявою, худне. З'являється частіше рідке випорожнення і, нерідко, блювання. Колір шкіри з рожевого стає блідим, або жовтуватоблідим, сірим. Дитина погано бере грудь. Далі приєднується задишка, а іноді судороги. Тони серця стають глухими. Печінка збільшується, селезінка — рідко. Іноді спостерігаються висипки на шкірі у вигляді ділянок почервоніння шкіри або короподібні, скарлатиноподібні, типу кропив'янки, геморагічні тощо. На кінець захворювання приєднується пневмонія. Рано виникають отити, іноді піоліти. Крім зазначеної септицемічної форми сепсису, буває септикопіємічна форма захворювання, коли при підвищенні температури рано виникають абсцеси, флегмони шкіри, гнійні ураження навколосуглобових сумок, суглобів, кісток (остеоміеліт стегна, ребра), слинних або лімфатичних залоз, вушей, легень, мозкової оболонки, очеревини, нирок або їх мисок тощо.

Третя форма сепсису новонароджених — млява, астенічна або кахектична. Вона проходить найчастіше при нормальній температурі, супроводиться частим водянистим випорожненням, блюванням, прогресуючим схудненням дитини, яке приводить її до загибелі.

При масових захворюваннях дітей у відділі новонароджених при картині, яка нагадує останню (третю) форму сепсису, що виникають звичайно внаслідок контакту з дорослими, хворими на катар верхніх дихальних шляхів, або при забрудненні грудного соска матері, рук персоналу, посуду, зцідженого молока кишковою, дизентерійною, паратифозною паличкою, — говорять про токсикосептичні захворювання новонароджених.

Профілактика: асептичний догляд за пупком. Чистота в палатах. Кип'ятіння і прогладжування гарячим утюгом всієї білизни новонароджених. Миття рук персоналом після догляду за новонародженим, до переходу до дальшої дитини, милом або, хоч би, витирання їх рушником, змоченим $^1/_2$% розчином хлораміну. Робота персоналу в масках. Старанне провітрювання палат новонароджених і матерів кожні 3 години по 15—20 хвилин. Кип'ятіння зцідженого молока перед тим, як давати його дитині, і зберігання молока на льоду в кип'яченій посудині, якщо воно не використовується одразу після збирання і кип'ятіння. Повна ізоляція кожної захворілої матері, дитини, працівника закладу. Закриття родильного відділу в разі одночасного захворювання трьох новонароджених до виписування всіх дітей і їх матерів і наступна старанна дезинфекція всього приміщення (побілка), білизни і м'якого інвентаря тощо.

Лікування: підшкірне введення пеніциліну по 50 000—75 000 одиниць на $^1/_2$% розчині новокаїну 3 рази на день протягом не менш як 7 днів. Сульфазол, Na Norsulfasol по 0,12 5 разів на день через 4 години протягом 7—8 днів. При токсикосептичних захворюваннях вводити в м'язи стрептоміцин по 100 000 одиниць 2 рази на день на $^1/_4$% розчині новокаїну 6—7 днів. Аскорбінова кислота по 0,05 2 рази на день; нікотинова кислота 0,015, вітамін B_1 по 0,015 2 рази на день. Вливання 10% розчину глюкози в вену або під шкіру 1 раз на день по 40—50 мл. Переливання крові в вену по 20 мл нульової або однойменної групи, або впорскування в м'язи по 10 мл через 2 дні. При наявності гнояків — відсмоктування гною з наступним введенням в порожнину 50 000—100 000 одиниць пеніциліну в 1 мл $^1/_2$% розчину новокаїну. Постійний контроль стану ушей і аналіз сечі. Кисень, серцеві за показаннями. Годування груддю або зцідженим грудним молоком через кожні 2 години.

ГОСТРІ І ХРОНІЧНІ РОЗЛАДИ ЖИВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Серед гострих розладів живлення відрізняють прості диспепсії і токсичні диспепсії. Про інфекційні коліти і дизентерію — див. розділ *«Інфекційні захворювання»*.

ПРОСТА ДИСПЕПСІЯ (DYSPEPSIA SIMPLEX) являє собою шлунково-кишковий розлад, що позначається зригуванням, іноді блюванням, і проносом, але *без порушення загального стану дитини* і *без занепаду живлення*. Диспепсія значно частіше спостерігається при штучному, ніж при грудному вигодовуванні.

Причини диспепсії дуже різноманітні: перегодовування занадто великою кількістю їжі, недогодовування, безладне і занадто часте годування, зловживання вуглеводами. Надто ранне призначення каші

та борошна, викликаючи бродіння в кишках, також веде до диспепсії. Нерідко диспепсія з'являється при інфекційних захворюваннях, як-от грип, пневмонія та, особливо, отит. Це так звана парентеральна диспепсія. Сприяють поносові також літня спека, перегрівання при надмірному укутуванні занадто теплими не по сезону ковдрами, одягом.

Хвороба починається зригуванням та блюванням після їди. Одночасно з'являється характерне диспептичне випорожнення. Випорожнення стає частим — до 5—6 разів, навіть до 10 разів на добу, більш водянистим, ніж у нормі, містить велику кількість слизу, має кислий запах, відрізняється характерним зеленим забарвленням, містить велику кількість білих грудочок, схоже на рубані яйця. Бурчання в животі і посилене виділення газів. Разом з тим дитина стає неспокійною, дразливою, часто просипається і плаче вночі. Але серйозного розладу загального стану не помічається. Свідомість цілком ясна, зберігається інтерес до оточення, до іграшок. Погляд ясний, у дитини легко вдається викликати усмішку і навіть сміх. Наростання ваги може спинитися, але втрати ваги не буває, принаймні значних втрат.

Лікування. Перший, основний захід — не давати дитині їжі протягом 6—12 годин. Давати тільки пити переварену воду або чай з цукром. Після чайної дієти почати прикладання до груді на 2—3 хвилини через 4 години, давати додатково чай; потім щодня поступово збільшують час годування і доходять до звичайного режиму.

Якщо дитина вигодовується штучно, то після 6—12-годинної голодної дієти дають дитині зціджене грудне молоко або, якщо його немає, коров'яче молоко — пополам (або 2 : 1) з 10% рисовим відваром, по 20—30 мл кожні 2 години. Далі щодня збільшують дозу на 20—30 мл і поступово переходять до звичайної відповідно до віку дитини.

Надзвичайно допомагають у лікуванні диспепсій кислі молочні сумішки, які служать для переходу від голодної дієти до нормального годування. Ці сумішки такі: сколотини, молочнокисле і солянокисле молоко.

1. На 100 мл молока з 5% цукру поступово додають 10% розчин молочної кислоти в кількості 5 г (чайної ложки), енергійно розмішуючи.

2. На кожні 100 мл молока з 5% цукру додають по 8 крапель соляної кислоти (Acid. hydrochlor. dil.).

Кислі сумішки спочатку дають з рисовим відваром: $^2/_3$ підкисленого молока і $^1/_3$ рисового відвару. Замість готування молочнокислого молока можна давати дитині перед кожним годуванням по чайній ложці 2% розчину молочної або соляної кислоти. У випадках диспепсії з виділенням пінистих, з кислим запахом, випорожнень доброю протибродильною дієтою є іноді свіжий сир, протертий з рисовим відваром (3 чайних ложки сиру на склянку відвару).

З медикаментозних засобів призначають дитині пепсин з соляною кислотою:

Rp. Pepsini
Acidi hydrochlorici diluti $\overline{\overline{aa}}$ 2,0
Sirupi simplici 20,0
Aquae destill. 100,0
MDS. По чайній ложці перед годуванням.

Призначають фтолазол, дисульфан, сульфазол по 0,2—0,4 4 рази на день та аскорбінову кислоту по 0,1 2 рази на день.

ТОКСИЧНА ДИСПЕПСІЯ (DYSPEPSIA TOXICA). Токсична диспепсія є найтяжчою формою гострого розладу живлення; на відміну від простої диспепсії вона супроводиться глибоким розладом свідомості і швидкою значною втратою ваги.

Причини токсичної диспепсії загалом ті ж, що й простої диспепсії. Особливо велику роль відіграє штучне годування, відлучення дитини від груді в жарку пору року, перегодовування і безладне годування, негігієнічний догляд, недостатня стерилізація молока, зберігання його в теплому приміщенні, брудні руки, погано очищений, недбало вимитий посуд, перегрівання дитини в душному, недосить провітрюваному приміщенні, занадто теплий, що не відповідає сезонові, одяг, закутування в теплі ковдри і всякі інфекції (запалення вуха, ниркової миски, грип, пневмонія) — парентеральна токсична диспепсія.

Головним симптомом хвороби є потьмарення свідомості: від легкої сонливості до глибокої сплячки. Дитина неспокійна, перестає цікавитися оточенням, іграшками; не вдається викликати усмішку на обличчі дитини, втрачається жвавість і ясність погляду. Незабаром справа доходить до цілковитої втрати притомності, сплячки (кома). Дитина лежить з напівзаплющеними очима, погляд спрямований у простір. Дитина не помічає оточуючих, нікого не пізнає. Очі глибоко запали, оточені синявою, лице втрачає всякий вираз, стає маскоподібним, ніс загострюється, колір шкіри землистий. Надалі виникають мимовільні автоматичні рухи кінцівок, пальців, жувальні рухи щелепи, косоокість. Характерна «поза фехтувальника»: ручки підняті, зігнуті в ліктьовому суглобі.

Раннім симптомом є шлунково-кишкові розлади. З'являється часте, стійке блювання не тільки після їди, а й після пиття. У дуже тяжких випадках спостерігається блювання забарвленими кров'ю масами у вигляді кофейної гущі.

Випорожнення стає дуже частим, бризкаючим, жовтуватозеленим, іноді з великою кількістю слизу.

Часто хвороба супроводиться підвищеною температурою.

Під виглядом токсичної, навіть простої диспепсії у дітей перших двох років життя часто проходить дизентерія (атипова форма).

Внаслідок величезних втрат води з блюванням і проносом різко, швидко падає вага дитини по кілька сотень грамів на добу. Тім'ячко глибоко западає, шкіра втрачає свою еластичність, піднята складка шкіри дуже повільно розправляється, очі западають.

Дуже характерною є зміна дихання: грудна клітка високо піднімається, глибина й висота вдиху і видиху однаково великі, немає паузи після видиху, — картина нагадує «дихання загнаного звіра».

У тяжких випадках внаслідок зниження опірності до інфекції починають з'являтися у дитини різні запальні процеси: запалення середнього вуха, сосковидного відростка, ниркових мисок, запалення легені. Дитина швидко худне і хвороба переходить у другу, так звану токсикодистрофічну стадію, в якій дитина найчастіше й гине.

Профілактика. Слід проводити санітарноосвітню роботу серед населення, пропагувати природне грудне вигодовування дитини, боротися з передчасним підгодовуванням, з раннім відлученням дитини та відлученням в жарку пору року, оберігати дитину від перегрівання, додержувати всіх правил регулярного вигодовування, ство-

рити навколо дитини гігієнічну культурну обстановку, додержувати найсуворішої чистоти в догляді за дитиною, в готуванні їжі, добре кип'ятити молоко, зберігати його в холодному місці, забезпечувати одержання доброякісного коров'ячого молока.

Лікування. Голодна дієта на 24 години. Під час періоду голодування дитині дають кожні 10—15 хвилин по 10—15 мл води або чаю, підсолоджених цукром. Загальна кількість рідини повинна бути досить значною — до 800 мл на добу. Якщо через блювання не можна ввести таку кількість рідини, впорскують дитині підшкірно стерильний фізіологічний розчин кухонної солі — 100 мл.

Після 24-годинного голодування обережно годувати дитину, по 5—10 мл зцідженого грудного молока 10—20 разів на добу, в проміжки — чай або переварену воду. На 3-й день 10 разів по 15 мл грудного молока і додатково 600 мл солодкого чаю, на 4-й день по 20—30 мл грудного молока 10 разів на добу і 500 мл чаю, можна прикладати 1—2 рази, а далі більше до груді на 2—3 хвилин і т. д.

Якщо дитина вигодовується штучно, найкращим після голодної дієти годуванням є зціджене грудне молоко, коли його можна дістати. Якщо ж грудного молока добути неможливо, то дають коров'яче молоко 1 : 1 або 2 : 1 з 10% рисовим відваром за тією самою схемою, як зазначено для зцідженого грудного молока, з додаванням у проміжках солодкого чаю. З 4-го дня вводять сколотини у дедалі більшій кількості, потім інші кислі сумішки, як-от кефір, молочнокисле, солянокисле молоко, а після видужання переводять дитину на її звичайну дієту.

При занепаді серцевої діяльності призначають кофеїн (Coffeinum natrio benzoicum 0,5, Aq. destill. 100,0) 3 рази на день по чайній ложці. Ніжки слід зогрівати грілками.

Безперечно велику користь дає лікування сульфідином, ще краще сульфазолом (по 0,2 на 1 кг ваги на добу, поділити на 5 прийманъ кожні 4 години), а ще краще — синтоміцином по 0,02 на 1 кг ваги на прийом, кожні 4 години, 4 рази на день або левоміцетином у половинній дозі. Призначають додатково аскорбінову кислоту по 0,1 2 рази на день.

ДИСТРОФІЯ, (DYSTROPHIA), ГІПОТРОФІЯ, ГІПОТРЕПСІЯ. Дистрофія — хронічний розлад живлення, головним симптомом якого є занепад живлення — спинення і падіння ваги. Дистрофія залежно від ступеня занепаду живлення поділяється на більш легку форму (дистрофія 1-го ступеня) і тяжку форму (дистрофія 2-го і 3-го ступеня).

Причини: 1) тривале голодування внаслідок недостатньої кількості молока, занадто сильного розведення коров'ячого молока, занадто тривалої «суворої» дієти при різних захворюваннях (тифі, дизентерії і т. д.); 2) однобічне годування з недостатньою кількістю тієї або іншої складової частини їжі, наприклад тривале виключне годування вуглеводами — кашею, борошном, тривале годування тільки коров'ячим молоком і т. ін.; 3) тривалі диспепсії, які безперервно рецидивують; 4) часте повторення певних інфекцій, наприклад, грип, запалення ушей, легень, туберкульоз, сифіліс і т. д.; 5) токсична диспепсія і дизентерія, які переходять у токсикодистрофічну стадію; 6) гіпо- і авітаміноз. Безперечно, поганий догляд, негігієнічний стан приміщення, бруд, погане задушливе повітря, внаслідок недостатнього провітрювання, також є причиною дистрофії.

Першими ознаками дистрофії є зміна кольору шкіри: здорове рожеве забарвлення шкіри змінюється блідістю, підшкірножировий шар втрачає свою нормальну пружність, еластичність, стає злегка в'ялим. Якщо дитину можна зважувати, то виявляється спинення ваги, потім різної величини втрата ваги, знову спинення і т. д. При першому ступені дистрофії можна відзначити вже потоншання підшкірножирового шару на животі і тулубі, злегка і на внутрішній поверхні стегон. При другому ступені дистрофії підшкірножировий шар майже зникає на животі й тулубі, значно стоншується на кінцівках, менше на обличчі.

Дитина починає погано спати, капризна, часто плаче, втрачає свій веселий настрій та життєрадісність.

У дистрофіків можна відмітити значно виявлену схильність до диспепсій, які набувають тяжкого і затяжного характеру і нерідко переходять у токсичну форму.

Характерною є для дистрофії так звана дизергія, тобто значне зниження або цілковита втрата опірності проти інфекції. Тому при дистрофії у дітей нерідко спостерігаються піодермія, запалення середнього вуха та сосковидного відростка, запалення легень, ниркових мисок і т. д.

Найтяжчою формою хронічного розладу живлення є атрофія, при якій схуднення досягає крайнього ступеня, різко знижується здатність засвоювати їжу.

Характерним є землистосіре забарвлення шкіри. Підшкірний жировий шар зникає на всьому тілі, в тому числі й на лиці. Шкіра на стегнах звисає в'ялими складками, на лиці, на лобі виникають глибокі складки, зморшки, різко виступають лицеві кістки, обличчя набуває старечого вигляду. Дитина часто плаче, завжди тримає в роті кулачок, безперервно смокче його. Свідомість повна і тільки наприкінці хвороби дитина стає млявою, глибоко апатичною. Слизові оболонки нерідко яскраво забарвлені.

Різко виявлений занепад опірності проти інфекцій робить майже неминучим приєднання різних захворювань, уже зазначених вище. Причому характерно, що всі ці приєднані гнійні і запальні процеси часто проходять без всякого підвищення температури, без всякої помітної реакції з боку організму.

Профілактика дистрофій зводиться в основному до усунення причин, які викликали розлад живлення.

Лікування. Грудне молоко, яке призначається до відновлення нормальної ваги, є найкращим засобом лікування дистрофії, а при атрофії — воно єдиний засіб.

При дистрофії грудне молоко має становити хоча б половину добового раціону дитини, друга половина складається із звичайних сумішок молока з відваром і цукром. Дуже корисно 1—2 рази на день давати сколотини з 5% цукру, кефір з 5% цукру, підкислене молоко. Добрі результати дає переливання крові через 4—5 днів (20—30—40 мл залежно від віку) або внутрішньом'язові впорскування материнської крові в кількості 10 мл через день до 10 разів.

При *атрофії* перший час, принаймні до першого помітного зрушення до кращого, треба давати тільки грудне молоко, близько 400 мл на добу, невеликими, частими порціями — по 40 мл 10 разів на добу. Поповнювати кількість рідини треба чаєм з цукром або концентрованим рисовим відваром з 5% цукру. Коли дитина добре переносить цей режим, треба поступово збільшувати окремі порції

молока, здовжуючи в той же час проміжки між окремими годуваннями. Корисно поступово вводити сколотини з 5% цукру і 1% борошна, потім кефір з 5% цукру, підкислене молоко.

У всіх випадках дистрофій треба пам'ятати про необхідність давати дитині вітаміни (соки фруктові й ягідні, аскорбінову кислоту 0,1 3 рази на день, вітамін B_1 0,01 3 рази на день).

При атрофії, як і дистрофіях менш тяжких, користь дає іноді переливання крові і внутрішньом'язове впорскування материнської крові.

З медикаментозних засобів доцільно призначати пепсин з соляною кислотою і панкреатин:

Rp. Pancreatini 0,1
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 15
S. 3 рази на день по 1 порошку.

РАХІТ (RACHITIS). Рахіт дуже часто зустрічається у дітей раннього дитячого віку — від 3 місяців до 2 років. Крім нерідко тяжких уражень скелета, які спостерігаються при рахіті, ослаблення мускулатури, зміни крові, обміну речовин і т. д.; рахіт сприяє виникненню ряду захворювань, наприклад, пневмоній, і робить тяжчим перебіг цих захворювань.

Найчастіше захворюють на рахіт діти, штучно вигодовувані, діти, що живуть у вогких, тісних, позбавлених сонячного світла, погано провітрюваних приміщеннях, діти, яких більшу частину року мало або зовсім не виносять на чисте повітря. Безперечно впливає і сезон: найбільше захворювань спостерігається зимою, свіжі випадки захворювань зустрічаються літом дуже рідко. Величезне значення має й клімат. Рахіт поширений переважно в країнах з помірним кліматом. Дуже часто хворіють на рахіт діти недоношені, а також близнята.

Встановлено, що частиною сонячного проміння, яка захищає від рахіту, є короткохвильне ультрафіолетове проміння. Запобіжне діяння ультрафіолетового проміння грунтується на тому, що під його впливом з холестерину підшкірножирового шару утворюється вітамін D. Опромінення ультрафіолетовим промінням виліковує рахіт.

Тепер цілком безперечним є погляд на рахіт як на D-авітаміноз, який утворюється під впливом зазначених порушень гігієнодієтетичного режиму, особливо недостатності свіжого повітря. Вітамін D є в риб'ячому жирі, який добувається з печінки тріски. Вітамін D також міститься в дельфіновому, тюленячому жирі, в сирому яєчному жовтку, в сирому молоці.

Найбільш ранніми ознаками рахіту є дразливість, капризність, поганий сон і, очевидно, болючість у кістках, бо дитина реагує криком і плачем на всі маніпуляції, зв'язані з доглядом, вона плаче, коли її підіймають, повертають, беруть на руки. Дуже характерна і рано з'являється пітливість голівки, така різка, що подушка під голівкою стає мокрою. Помалу на потиличній кістці з'являються невеликі або поширені ділянки розм'якшення, внаслідок розсисання кальцію на більшу частину потиличної кістки; кістка може стати зовсім м'якою, або на дотик викликати відчуття тонкого пергаментного аркуша. Одночасно на лобових і тім'яних кістках з'являються горби, голова набуває характерної квадратної або сідлуватої форми.

Велике тім'ячко з віком не тільки не зменшується, але збільшується в розмірах. Краї його не різкі й стримчасті, як у здорової дитини, а м'які і ледве визначаються. Шви не закриваються, краї їх м'які. Характерні для рахіту стовщення, які з'являються на місці переходу реберних кісток у хрящі і досягають нерідко розмірів лісового горіха. Стовщення ці називаються рахітичними чотками.

Такі ж стовщення епіфізів ліктьової і променевої кісток у ділянці променевозап'ясткових суглобів мають назву рахітичних браслетів. Стовщення епіфізів кісток є також у ділянці надп'ятково-гомілкових зчленувань.

М'якість кісток, м'язова слабість зумовлюють вдавлення грудної клітки з боків і випинання грудини вперед — курячі груди. М'якість кісток, слабість м'язів та зв'язкового апарата ведуть до утворення рахітичного горба з опуклістю ззаду (кіфоз), коли дитина починає сидіти. Якщо дитину починають прямо садовити і носити її на одній і тій самій руці, то може виникнути бокове викривлення хребта — сколіоз.

Коли дитина починає стояти і ходити, то можуть у тяжких випадках настати викривлення кісток нижніх кінцівок, гомілок і стегон всередину або назовні, викривлення гомілок наперед, в результаті — різноманітні спотворення, деформації кінцівок: О-подібні, Х-подібні, шаблевидні ноги. Викривлення можуть поширюватись і на верхні кінцівки.

У рахітичних дітей легко виникають переломи та надломи кісток. Неправильне зростання кісток є новим джерелом всяких викривлень. Прорізування зубів запізнюється, нерідко дуже значно.

Рахітичні діти починають ходити з великим запізненням, нерідко вони здатні самі ходити тільки у віці двох років.

У рахітиків нерідко спостерігається більший або менший ступінь недокрів'я.

Профілактика. Світло й повітря, додержування чистоти в квартирі, провітрювання її зимою не менше 3—4 разів по 30—40 хвилин у всяку погоду. Обов'язкове грудне вигодовування, не допускати несвоєчасного відлучення. Призначення фруктових, ягідних, овочевих соків, які містять вітаміни. Риб'ячий жир (див. нижче) або опромінений ультрафіолетовим промінням ергостерин, так званий вітамін D по 2—3 краплі 2 рази на день протягом 2—3 тижнів.

Лікування. Старанний догляд, тривала прогулянка щодня під відкритим небом. Літом дитина повинна проводити цілі дні на повітрі, в саду, в затінку; з великою обережністю можна застосовувати сонячні ванни, в 9.30—10 годин ранку або о 5 годині дня, тривалістю для початку в 2—3 хвилини, поступово додаючи по 1 хвилині щодня, дійти до 10—15 хвилин. Дуже корисні фізкультурні вправи та масаж. Добре провітрювати приміщення.

Дитині призначають риб'ячий жир по $^1/_2$—1 чайній ложці (залежно від віку) 3 рази на день. В разі потреби риб'ячий жир можна давати не тільки восени й зимою, а й літом (зберігати в холодному місці). Замість риб'ячого жиру можна призначати вітамін D, добутий опроміненням ергостерину промінням ртутно-кварцової лампи: вітамін D, випущений у продаж у вигляді спиртового розчину. Вітамін D призначається в дозі 3 краплі 3 рази на день, протягом 20 днів, або 8 крапель 3 рази на день протягом 10 днів. Для цього вживають спиртовий розчин, що містить 200 000 одиниць в 1 мл спирту. Останнім часом у тяжких випадках почали застосовувати так

званий «ударний» спосіб лікування: дають одноразову дозу концентрованого вітаміну D (600 000 ІО).

У зимовий час там, де є ртутно-кварцова лампа, велику користь дає лікування опроміненням ультрафіолетовим промінням; призначається при умові, що реакція Пірке негативна.

СПАЗМОФІЛІЯ. Найчастішою причиною припадків судорог (еклампсії) в ранньому дитячому віці є спазмофілія.

Спазмофілія спостерігається нерідко у дітей віком від 4 місяців до 2—3, навіть 7 років, особливо при підвищеннях температури. Найчастіші і найсильніші спазмофільні припадки спостерігаються з 6 до 12 місяців, а на початку третього року життя вони звичайно зникають.

Влітку припадки спазмофілії зустрічаються рідко, найчастіше вони спостерігаються у зимово-весняний сезон (січень—квітень), так само як і рахіт.

На спазмофілію хворіють переважно діти, вигодовувані штучно.

Безперечним є зв'язок спазмофілії з рахітом, бо майже у всіх спазмофільних дітей можна виявити й ознаки рахіту. Дуже часто спостерігається спазмофілія у дітей недоношених і двійнят.

Очевидно, спазмофілія зв'язана з недостатнім введенням вітаміну D і недостатнім засвоєнням кальцію з їжі. Кількість кальцію, а особливо фосфору в крові знижена.

Три форми судорожних станів властиві спазмофілії: 1) еклампсія — припадки загальних клонічних судорог, що виникають раптово, з утратою притомності, 2) приступи судорог голосової щілини (ларингоспазма) і 3) тетанія — тривалі судороги окремих м'язових груп (кистей і стіп).

Еклампсія виникає раптово: втрачається притомність, з'являються сіпання м'язів лиця, судорожні скорочення м'язів кінцівок і всього тіла. Досить швидко приступ проходить, але може час від часу повторюватися. Припадок звичайно закінчується благополучно, але тяжкий припадок може кінчитися й смертю дитини.

Ларингоспазма являє собою раптове виникнення спазми м'язів голосової щілини, що з'являється звичайно при збудженні й плачі дитини, часто в момент її пробудження: дихання спиняється, дитина блідне, синіє, а потім з'являється шумний свистячий вдих через все ще звужену голосову щілину. При легких припадках справа обмежується кількома спастичними вдихами, які супроводяться особливим свистячим звуком, лице дитини виявляє сильний переляк. Тяжкий припадок може закінчитися загальними еклямптичними судорогами, а іноді, в рідких випадках, навіть і смертю.

Тетанія або карпо-педальна спазма являє собою тривале спастичне (тонічне) скорочення м'язів кінцівок, переважно кистей і стіп. Кисті при цьому набувають положення «руки акушера» з великими пальцями, підгорнутими всередину до долоні, і витягнутими іншими чотирма пальцями, зігнутими у п'ястково-фалангових зчленуваннях. Така спазма спочатку, очевидно, супроводиться больовими відчуваннями; кисті й стопи іноді набряклі. Припадок триває кілька годин, днів, а іноді й тижнів.

Часто спазмофілія може проходити без всяких зовнішніх виявів (прихована або латентна спазмофілія). Приховану форму спазмофілії також можна розпізнати за деякими ознаками. При постукуванні щоки між виличною дугою і кутом рота виникає блискавичне скорочення, сіпання м'язів у куті рота, крила носа й повіки на стороні постукування (так званий лицевий феномен Хвостека).

Друга ознака має назву феномена Труссо. Якщо на 1—2 хвилини перетягти плече дитини еластичним джгутом або рушником, то виникає спастичне скорочення м'язів кисті, причому вона набуває характерного положення «руки акушера».

Лікування. Тривале перебування дитини на повітрі. Призначати риб'ячий жир або вітамін D, як при рахіті. З медикаментів найбільш корисно призначати кальцій-хлорид у 5—6% розчині, 4 рази на день по 1 чайній ложці. На 2—3 тижні припиняють давати дитині коров'яче молоко.

Під час припадку ларингоспазми роблять штучне дихання.

При загальних судорогах (еклампсії) призначають хлорал-гідрат у клізмі в підігрітому вигляді:

Rp. Chlorali Hydrati 1,0
Aq. destillatae 50,0
M.D.S. На 2 клізми. Затримувати якнайдовше.

ЕКСУДАТИВНИЙ ДІАТЕЗ. Під назвою ексудативного діатезу розуміють такий стан організму, при якому дитина виявляє особливу, виразну схильність до запальних захворювань шкіри і слизових оболонок (бронхів, носа, кишок та ін.) і який утворюється під впливом сенсибілізації організму всілякими речовинами — алергенами. Останні надходять в організм через шлунково-кишковий тракт, через дихальні шляхи, через шкіру й слизові оболонки, при розпаді мікробів та ін. і порушують регулюючу діяльність нервової системи, а особливо кори головного мозку.

До найраніших виявів ексудативного діатезу належить так званий гнейс, який спостерігається вже у новонароджених дітей. У надбрівній ділянці, на лобі і переважно на шкірі голівки, навколо великого тім'ячка і на тім'ї утворюються відклади жовтих або буруватих жирних лусочок злущуваного епідермісу (себорея). Шкіра під скупченнями лусочок червона (гіперемійована). У випадку забруднення та інфекції на місці гнейсу розвивається екзема: на всій волосистій частині голови утворюється суцільна, іноді досить товста, коричневого кольору корка, з мокнучою під нею поверхнею.

Досить рано з'являється також молочний струп. На щоках червоніє шкіра, стовщується епідерміс. Червона поверхня вкрита маленькими білими лусочками, схожими на висівки. Захворювання супроводиться сильним свербінням; розчухи, забруднення, інфікування ведуть до утворення на місці молочного струпа екземи, яка вкриває нерідко все лице. Лице вкривається корками, гноячками, уражена шкіра мокне (мокнуча екзема).

Рано з'являється й схильність до запрілості. Спостерігається запріллість не тільки на місцях, забруднюваних калом та сечею, тобто на сідницях і в пахвинних згинах, а й на шиї, у всіх її складках, під пахвами, у ліктьових згинах, у складках, що утворюються на кінцівках, особливо на стегнах. На місцях запрілості може розвинутися екзема.

Нерідко у ексудативних дітей спостерігається свербець. На кінцівках, тулубі, в ділянці суглобів з'являються групи щільних, червоних, пізніше жовтуватих вузликів. Висипка супроводиться тяжким свербінням і відрізняється великою стійкістю. Розчухи можуть повести до зараження шкіри і переходу вузликів у гноячки.

На поверхні язика з'являються білі плями, які безперервно змі-

нюють своє місце, зливаються одна з одною й утворюють химерні фігури, які нагадують географічну карту. Час від часу язик очищається, на чистій червоній поверхні виступають сосочки, але тут же, звичайно на краю язика, з'являється знову біла смужка або пляма і поступово поширюється на весь язик; повторюється та сама картина.

Дуже часто діти з ексудативним діатезом хворіють на нежить, катар слизової оболонки зіва (фарингіт), ларингіт, бронхіт, астму.

У дітей з ексудативним діатезом можна також відзначити схильність до поносів, до запалень ниркових мисок.

З віком явища в шкірі поступово слабшають і, нарешті, згасають, головним чином до 2—3, а іноді залишаючись навіть до 15 років.

Лікування. Обмежувати кількість молока, жирів, яєць, солодощів (цукор, шоколад, цукерки та ін.).

Добре впливає на ексудативний діатез чисте повітря, сонячне світло.

Корисні крохмальні ванни (крохмалю 30—40 г на відро води), з висівок (400 г зварити, процідити через марлю і віджати). Запобігати розчухуванню сверблячої шкіри, низько зрізувати нігті у дитини, користуватися сорочечками з довгими і зашитими на кінцях рукавами.

Гнейс змазують прокип'ятою олією і обмивають з милом під час купання. Ні в якому разі не вичісувати гребінцем лусочок!

При екземі корки видаляють з допомогою компресів з прокип'яченої олії. Для мокнучих екзем найбільш придатним лікуванням є примочки з буровської рідини, з 1% розчину резорцину, 3 рази на день по 10 хвилин.

Коли під впливом примочок екзема стає сухою, можна користуватися маззю такого складу:

Rp. Ac. borici 1,0
Zinci oxydati 5,0
Vaselini 50,0
M.f. ung. D.S. Мазь.

При запрілості треба в шкірні складки закладати тонкий шар вати, після змазування вазеліном або олією. Дуже добре діє змазування ураженої запрілістю шкіри 2% розчином ляпісу (Argentum nitricum).

Запріліть, екзема позаду вушної раковини добре піддається лікуванню маззю з білим ртутним преципітатом:

Rp. Hydrargyri p.p. albi 0,4
Vaselini albi 20,0
M.f. ung. D.S. Мазь.

При свербці корисні ванни з висівок (через день) і змазування на ніч саліцилово-цинковою маззю:

Rp. Ac. salicylici 0,5
Zinci oxydati 5,0
Vaselini albi 50,0
M.f. ung. D.S. Мазь.

Після змазування ми рекомендуємо ще цинкову присипку поверх мазі:

Rp. Zinci oxydati
Talci pulv. aa 15,0
M.f. pulv. Subtilissimus
D.S. Присипка.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ГОСТРИЙ НЕЖИТЬ (RHINITIS ACUTA). Нежить найчастіше супроводить грип, гострий інфекційний катар дихальних шляхів, кір та ін. Хвороба починається з частого чхання, загального нездужання, часто з головним болем, втрати апетиту. Нерідко підвищується температура, з'являються виділення з носа, спочатку водянисті, потім слизові, а наприкінці слизогнійні. Ніс закладений, носове дихання дуже утруднене. Для малих дітей це дуже шкідливо, бо утруднене дихання носом є перешкодою для акту смоктання. Крім того, особливо у дітей до 2 років, нежить може часто-густо дати серйозне ускладнення у вигляді запалення середнього вуха, бронхіту і запалення легенів.

З інших захворювань, при яких спостерігається нежить, треба згадати про дифтерію та сифіліс. При дифтерії уражається звичайно тільки одна половина носа: виділення рідке, іноді кров'янисте, подразнює шкіру навколо носових отворів, на губі. При огляді носа на слизовій оболонці передньої частини носової перегородки часто вдається бачити сіруватобілу плівку, яка тримається міцно. До всякого нежитю з виділеннями, що подразнюють шкіру, треба ставитись з великою підозрілістю.

Профілактика і лікування. Оберігати дитину від зараження нежитем, не допускати до неї нікого, хворого на нежить. Якщо у матері нежить, то вона повинна годувати й доглядати дитину, лише надівши марльову маску. Порожнину носа слід очищати ватними гнотиками, змоченими в 2% розчині соди або в суміші з 2% розчином борної кислоти. При значному виділенні і набряканні слизової оболонки слід, особливо перед годуванням, впускати в ніс 2—3 краплі розчину адреналіну 1 : 1000, або краще

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici (1 : 1000) 2,0
Glycerini 2,0
Aq. destill. 10,0
M.D.S. По 2—3 краплі впускати в ніс.

Можна також вводити в ніс мазь, яка містить адреналін:

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici (1 : 1000) gtt. XX
Vaselini albi 10,0
M.f. ung. D.S. Мазь.

Корисно також вводити в ніс разів із 2 на день по кілька крапель протарголу у 2% розчині, пеніциліну (10 000—15 000 одиниць в 1 мл).

НОСОВА КРОВОТЕЧА (EPISTAXIS) може виникати від загальних або від місцевих причин. Загальними причинами носових кровотеч є гемофілія, Верльгофова хвороба, скорбут, лейкози (білокрів'я), хвороби серця і ряд інфекційних захворювань — грип, кір, коклюш та ін., на початку яких нерідко спостерігаються носові кровотечі. З місцевих причин — травма, виразочки, вкриті корками, які утворюються в носі внаслідок поганої звички колупати пальцем у носі. Іноді причиною кровотечі є розширення вен у носі (варикозні розширення).

Лікування. При невеликій кровотечі — холодні примочки або кусочок льоду на перенісся. При сильнішій кровотечі туго затампонувати ніс тампоном із стерилізованої вати або марлі і видаляти обережно тампон не раніше як через 10 годин.

Рекомендується також спробувати вітамін К (див. стор. 302).

НЕСПРАВЖНІЙ КРУП. Захворювання особливо часто спостерігається у дітей з ексудативним діатезом, являє собою гостре запалення гортані з припухлістю слизової оболонки, переважно на нижній поверхні голосових зв'язок.

Захворювання раптове: серед ночі дитина прокидається, голос злегка охриплий, сухий гавкаючий кашель, дихання стає утрудненим, особливо утруднений вдих; при вдиху бере участь допоміжна рухова мускулатура, втягується яремна ямка і надчеревна ділянка, вдих супроводиться особливим звуком повітря, яке проходить через звужене місце (стенотичне дихання), в тяжких випадках синіють губи, ніс (ціаноз). Припадок триває від однієї до двох годин і проходить. Іноді, однак, припадок повторюється і в наступну ніч. У дітей з ексудативним діатезом несправжній круп повторюється чимало разів. Несправжній круп безпечний, але завжди треба пам'ятати про можливість сплутування несправжнього крупу з справжнім дифтерійним. Правда, дифтерійний круп не починається так раптово, як несправжній, хвороба розвивається повільніше, голос уражається сильніше, справа доходить до повної втрати голосу (афонія), але все ж у хоч трохи підозрілих випадках краще зразу ж впорснути хворому протидифтерійну сироватку (20 000 одиниць) і направити його в лікарню.

Лікування. Тепле питво у великій кількості: гарячий чай, тепле молоко з содою. Корисні вдихання водяної пари. Беруть дитину на руки, разом з нею накриваються простинею, під простиню ставлять на підлогу таз з гарячою водою й опускають у нього розжарену цеглину, виходить щось ніби намет, насичений водяною парою. На передню поверхню шиї або на верхню частину грудей можна поставити гірчичник. Іноді добре допомагають гарячі гірчичні ножні ванни. На $^1/_2$ склянки води — жменю гірчиці, яку розтирають в гарячій воді до появи подразних випаровувань, а потім розмішують у ванні. З медикаментів призначають:

Rp. Sol. Na bromati 2% 100,0
Dionini 0,06
(або Extr. hyoscyami 0,06)
Urotropini 1,0

M.D.S. Через 2 години по 1 чайній, або десертній ложці.

БРОНХІТ. Захворювання найчастіше є симптомом грипу, кору, коклюшу та ін. Кашель спочатку сухий, стає поступово вологим. Малі діти харкотиння не відхаркують, але проковтують і іноді вивирають проковтнуте слизове або слизогнійне харкотиння. При вислухуванні легень чути свистячі, дзизкучі або трискучі хрипи. Якщо кашель супроводиться виділенням великої кількості харкотиння, це змушує думати про порожнину в легені: бронхоектазію (розширення бронхів), легеневий абсцес, туберкульозну каверну.

Лікування. Чисте повітря, відчинені квартирки або вікна, а після зниження температури до 37° — прогулянки під відкритим небом. Корисні сухі банки на 2—3 хвилині або гірчичники.

У дітей до 2-х років відрізнити бронхіт від запалення легенів не завжди можливо. Тому слід призначати з самого початку: сульфазол по 0,2 на 1 кг ваги на добу за 5 прийомів кожні 4 години або пеніцилін по 50 000 одиниць на ½% розчині новокаїну 3 рази на день у м'язи.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА. Може зустрічатися в усякому віці, частіше після 5—7 років. Найчастіше астма спостерігається у дітей з ексудативним діатезом.

Причиною астми, гадають, є підвищена чутливість до ряду речовин білкового характеру, які надходять в організм через дихальні органи або через шлунково-кишковий тракт і негативно впливають на регулюючу діяльність кори головного мозку. Помічено, що у деяких хворих виникає приступ астми від стикання з кінським волосом, кролячою шерстю, пташиним пір'ям, від вдихання квіткового пилку або деяких злаків і трав. В інших дітей приступ з'являється після споживання яєць, риби або ягід (суниці). На великих гірських висотах астма майже не спостерігається і, навпаки, вона часто зустрічається у болотистих вогких місцевостях.

Захворювання характеризується періодичною появою припадків задишки. Нерідко припадкові передує нежить, потім раптом настає тяжка задишка з утрудненим і здовженим видихом. Дитина при диханні користується допоміжною мускулатурою, посилено скорочуються м'язи грудної клітки і навіть черевного преса. Шкіра лиця блідне, при тяжкому припадку синіє (ціаноз), вкривається холодним потом. Наприкінці приступу з'являється кашель з виділенням тягучого слизового харкотиння. Кашель триває кілька годин, але може мати місце і в найближчі кілька днів. Один припадок відокремлюється від другого більш або менш тривалим проміжком. Легені втрачають еластичність — розвивається емфізема, яка після закінчення припадку проходить. Якщо ж хвороба триває довго, то емфізема набуває стійкого характеру. При вислухуванні легень під час припадку чути поширені по всій грудній клітці сухі свистячі хрипи, які супроводять видих. Тони серця стають глухими, границі його зменшуються.

Лікування. Насамперед треба намагатися визначити природу тієї речовини, яка викликає у дитини приступ. Якщо такою речовиною є яйця, ягоди, риба і т. д., то треба цілком виключити ці продукти з дієти дитини. Необхідно усунути з навколишнього середовища собак, кішок, птицю, не допускати стикання дитини з кіньми, якщо це викликає у неї припадок.

Усунути у дитини її надмірну чутливість можна впорскуванням екстракту алое від 0,5 до 1 мл щодня під шкіру протягом 25—30 днів. Найкраще діють: лікувальна фізкультура, тривале перебування

на свіжому повітрі (берегтись сильного вітру), виїзд на село, до річки, але не в сосновий ліс.

Під час приступу найкраще і найшвидше допомагає підшкірне впорскування адреналіну (Sol. Adrenalini hydrochlorici 1 : 1000 по 0,15—0,3—0,5 мл, залежно від віку). Замість адреналіну деякі автори застосовують ефедрин (під час приступу підшкірне впорскування 5% розчину ефедрину по 1—5 поділок одногрампового шприца — залежно від віку хворого). Розкрити вікна. Зробити загальну ванну 38—39° Ц на 10 хвилин.

ЗАПАЛЕННЯ ЛЕГЕНЬ (PNEUMONIA). Захворювання часто трапляється в дитячому віці і займає одно з перших місць серед захворювань, які зумовлюють високу дитячу смертність.

Відрізняють два типи пневмоній: *часткову* (лобарну, крупозну, плевропневмонію) і *дрібновогнищеву* (лобулярну, бронхопневмонію, катаральну пневмонію).

Крупозна пневмонія. Характерним для цієї форми пневмонії є раптовий початок, дуже швидке поширення ураження цілої частки легені або значної її частини з відкладанням фібринозного ексудату в альвеолярну частину.

Збудником крупозної пневмонії найчастіше є пневмокок Френкеля. Значно рідше пневмонія викликається пневмобацилою Фрідлендера, стрептококом або стафілококом.

Крупозна пневмонія спостерігається звичайно у дітей після 3—5 років. У дітей молодшого дитячого віку, особливо у грудних дітей, ця форма пневмонії зустрічається рідко.

За частотою ураження окремих часток легені перше місце займає верхня права, нижня права, ліва нижня і значно рідше ліва верхня і права середня.

Хвороба майже завжди починається гостро, раптовим значним підвищенням температури. Часто на початку захворювання настає швидке збліднення, у маленьких дітей блювання. Молодші діти замість болів у боці часто скаржаться на болі в животі, особливо в ділянці сліпої кишки. Болі іноді такі сильні, що картина може трохи нагадувати гострий перитоніт або апендицит. Іноді хвороба починається сильними головними болями, блюванням, втратою притомності і навіть припадками загальних судорог (еклампсія). На колоття в боці, таке характерне для крупозного запалення у дорослих, скаржаться лише діти старшого віку.

Кашлю на початку захворювання може зовсім не бути або він дуже незначний. Частий, тяжкий, болісний кашель з'являється тільки у випадку приєднання значного ураження плеври.

Температура дуже швидко, протягом кількох годин, підвищується дуже значно і тримається на високому рівні до кризи. Тип температури може бути або постійним з невеликими ранковими падіннями, або ремітативним, тобто з більш виявленими ранковими спаданнями. Бувають випадки з справжнім інтермітативним перебігом температури, тобто з щоденними спаданнями до норми. У старших дітей рано виявляється задишка, число дихань доходить до 60 за хвилину і більше. Дихання стає стогнучим, крила носа роздуваються, при вдиху втягується яремна ямка.

При огляді можна помітити, що одна половина грудної клітки відстає при диханні. При вистукуванні виявляється притуплення тону відповідно враженій частці легені. При вислухуванні, особливо на 3—5 день захворювання, можна виявити на місці ураження поси-

лення провідності звуку — бронхофонію — при плачі й крику, а потім і бронхіальне дихання, приглушення тону: При вислухуванні треба звертати особливу увагу на пахвові ділянки, де бронхіальне дихання з'являється рано. Хрипів у ділянці ураження легені не спостерігається і лише після кризи можуть з'явитися крепітаційні та дрібнопухирчасті хрипи.

При крупозній пневмонії часто спостерігається яскрава червоність щік, яка виникає на початку хвороби і зникає після кризи. Ця червоність буває однобічною, її видно іноді на тому боці, на якому ми виявляємо запалення легені.

Хвороба закінчується кризою, яка настає найчастіше на 8-й день, але буває й раніше — на 5-й, 4-й день і пізніше — на 9-й—10-й—11-й день. Температура при кризі дуже швидко спадає до норми і нижче, іноді за кілька годин. Іноді справжній кризі передує несправжня криза, — падіння температури і новий стрибок її ще на один день, а потім уже остаточно спадає. Дуже швидко при кризі настає поліпшення загального стану дитини, свідомість, якщо вона була потьмарена, повертається, проходить задишка, дитина починає цікавитися оточенням, іграшками, усміхається, охоче їсть.

Ускладнення, переважно гнійне запалення плеври — емпієма, — спостерігаються дуже рідко. В цих випадках триває підвищена температура.

Лікування. Сульфазол або Na Norsulfasol. Треба починати лікування якомога раніше, давати достатні дози і застосовувати правильну методику лікування. Доза для маленьких дітей становить 0,2 на кожний кілограм ваги на добу. Цю добову дозу ділять на 5 частин і дають акуратно через 4 години. Коли настає криза і температура спадає до норми, лікування не припиняють, але дають сульфазол ще 2—3 дні. Для дитини віком 1 рік, вага якої дорівнює приблизно 9 кг, добова доза становить 1,5 г (5 прийомів на добу по 0,3), 2-річній дитині (вага близько 12 кг) дають на добу 2,5 г (5 прийомів на добу по 0,5). У старших вікових групах призначають на добу:

у віці до 4 років — 3,0 г (через 4 години по 0,5)
» » від 4 до 8 років — 3,6 г (через 4 години по 0,6)
» » » 8 до 12 » — 4,8 г (через 4 години по 0,8)

У тяжких випадках одночасно з сульфідином або сульфазолом призначають пеніцилін внутрішньом'язово по 50 000—100 000 одиниць 3 рази на день на $^1/_2$% розчині новокаїну.

Треба дбати про чистоту і старанне провітрювання приміщення. Тримають дитину на повітрі: зимою 1—2 рази на день по $^1/_2$ години, а влітку весь день, але в затінку.

Дитину добре годувати, не занадто великими порціями, але трохи частіше (5 разів на день). Їжа має бути подрібнена: м'ясо рубане, овочі протерті, у вигляді пюре. Дитині треба давати більше пити, найкраще — ягідні і фруктові соки, досить підсолоджені. Дитина повинна діставати достатню кількість вітаміну С (фрукти, овочі, аскорбінової кислоти по 100—300 мг на день). У випадку запору треба застосовувати клізми.

Якщо у хворого є виявлений ціаноз, треба давати дитині часто вдихати кисень (щогодини по 2—3 хвилини)

У випадку ослаблення серцевої діяльності призначають дитині кофеїн всередину:

Rp. Coffeini natrio-benzoici 1,0
Aq. destill. 80,0
Sirupi simplicis 20,0

M.D.S. 3—5 разів на день по чайній-десертній ложці (залежно від віку)

або 10% його розчин по 0,5—1,0 під шкіру 1—2—3 рази на добу.

Ці засоби доводиться іноді призначати незадовго до кризи, під час кризи і деякий час після неї, якщо виникають ознаки ослаблення серцевої діяльності у вигляді малого і неправильного пульсу та глухих тонів серця.

Трапляються випадки, коли після кризи дитина погано відхаркує харкотиння. В таких випадках доводиться призначати відхаркувальні засоби:

Rp. D-ti rad. Althaeae ex 4,0—80,0
Liq. Ammon. anisati 1,0—1,5
Sirupi simplicis 20,0
M.D.S. По чайній-десертній ложці через 3 години.

Дрібновогнищева пневмонія. Переважно захворюють на неї діти перших 2-х років життя.

Бронхопневмонія тягнеться довше, ніж крупозна, і перебіг її не має циклічного характеру; хвороба не закінчується критично, тривалість її не обмежена точно визначеним строком.

В той час як смертність від крупозної пневмонії дорівнює майже нулю, дрібновогнищева пневмонія являє собою дуже серйозне, небезпечне захворювання із значною смертністю, особливо у дітей перших двох років життя. Тому запобігання і лікування цієї форми пневмонії треба провадити особливо наполегливо.

Дрібновогнищева пневмонія на відміну від крупозної, яка уражає цілу частку легені або значну її частину, виявляється окремими маленькими вогнищами, розсіяними звичайно в обох легенях. Іноді окремі дрібні вогнища зливаються одне з одним і таким чином ураження може захопити значну частину частки. Це так звана зливна або псевдолобарна пневмонія.

Дрібновогнищева пневмонія у маленьких дітей звичайно виникає як ускладнення будь-якої іншої інфекційної хвороби (грип, кір, коклюш та ін.) — це пневмонія вторинна.

Появі дрібновогнищевих пневмоній сприяє ряд моментів. Перше місце займає стан живлення дитини: найчастішим і грізним ускладненням дистрофії і атрофії є пневмонія. Не меншу роль відіграють рахіт, ексудативний діатез, незадовільні гігієнічні умови: пневмонія дуже часто уражає дітей, які живуть у тісних, вогких, погано провітрюваних, брудних і позбавлених сонячного світла приміщеннях.

Безперечна й роль сезону: число хворих на пневмонію виразно збільшується восени (листопад — грудень) і весною (лютий—квітень), а в літній сезон захворювання трапляються рідко.

Перебіг і клінічна картина хвороби дуже різноманітні. Поряд з випадками дуже легкими, які можуть ліквідуватися за короткий строк (7—10 днів), нерідко є випадки найтяжчих форм,

які приводять дитину до загибелі протягом кількох днів або затягуються на багато тижнів, з частим приєднанням ускладнень, які створюють загрозу для життя дитини.

Найбільш сприятливий перебіг має так звана локалізована — пульмональна форма захворювання, при якій місцевий процес у легенях і зв'язані з ним розлади дихальної функції можуть бути виявлені значно, але мало порушується загальний стан дитини і мало виявлена участь у хворобливому процесі інших органів.

Хвороба починається іноді раптово, іноді розвивається повільніше. Хворий блідне, втрачає апетит, має задишку. Дихання стає стогнучим, крила носа роздуваються, втягуються міжреберні простори. Хвороба супроводиться частим болісним кашлем, іноді з блюванням.

Температура підвищується, крива температури звичайно неправильна, з падіннями (ремісіями) і наступними стрибками. Гарячка триває від кількох днів до двох тижнів. Критичного падіння температури не спостерігається; температура спадає тільки повільно, поступово (літично).

Трохи збільшується печінка внаслідок застою в ній, виникає помірне здуття кишок (метеоризм). Прискорення дихання й пульсу може бути значним. У тяжчих випадках може бути й легкий ціаноз, але значного занепаду серцевої діяльності і значного розладу загального стану звичайно не спостерігається.

У дітей з атрофією, а також у недоношених дітей пневмонія може проходити при нормальній і навіть більш низькій температурі. Утворюється різкий контраст між тяжкістю стану дитини і відсутністю температурної реакції, а також задишки, кашлю й місцевих змін в легенях.

При так званій серцевосудинній формі пневмонії уже з самого початку хвороби на перший план виступають симптоми ослабленої серцевої діяльності. Серце збільшується в розмірах, тони серця стають глухими, пульс частий, м'який, печінка значно збільшується, нерідко доходить до рівня пупка, болюча. Ціаноз різко виражений. Смертність при цій формі була до сульфідинової ери та антибіотиків дуже висока.

При кишковій формі різко виражені симптоми розладу шлунково-кишкового тракту (блювання, понос) та втрата ваги.

При менінгеальній формі різко виражені блювання, непритомний стан, еклямптичні припадки, іноді ригідність потилиці, симптом Керніга.

Найтяжчою є токсикосептична форма, при якій смертність доходить до 100%. Ця форма пневмонії починається і проходить дуже бурхливо, з дуже високою неправильною температурою, з розширенням серця, слабким малого наповнення пульсом, із схильністю до колапсів. Нерідко запальні вогнища при цій формі переходять в дрібні абсцеси (абсцедуюча пневмонія), з'являються множинні гнояч-ки в легенях. Хвороба іноді за кілька днів приводить дитину до смерті.

Частими ускладненнями дрібновогнищевої пневмонії можуть бути плеврит, піоліт, запалення вуха (отит), іноді й гнійний менінгіт. Плеврит, який ускладняє у маленьких дітей пневмонію, майже завжди має гнійний характер.

Профілактика. Поширення санітарно-гігієнічних знань серед населення, широке користування повітрям і світлом, прогулянки у всі сезони під відкритим небом. Дітей дистрофіків і рахітиків слід

старанно доглядати і лікувати. Доглядаючий персонал при найменших ознаках захворювання його дихальних шляхів повинен при догляді за дитиною одягати марльову маску.

Слід пам'ятати, що пневмонія є інфекційне і заразне захворювання, тому дітей, хворих на пневмонію, треба ізолювати від дітей здорових і хворих на інші захворювання.

Лікування. Дрібновогнищеву пневмонію лікують обов'язково пеніциліном і сульфазолом. (Дозування й методика — див. вище). Після кожних 8 днів лікування сульфазолом треба робити перерву на 4—5 днів. В разі виникнення під час лікування надмірного блювання, ціанозу, висипок на шкірі, лейкопенії (менш 3200 лейкоцитів в 1 мл крові) треба зовсім припиняти лікування сульфамідами.

Лікування сульфідином слід поєднувати з рядом інших терапевтичних заходів. Треба забезпечити хворому гігієнічну обстановку і добрий індивідуальний догляд. Кімнату старанно і часто провітрювати, в теплий сезон цілу добу тримати вікна відчиненими. При відповідній погоді треба виносити дитину на прогулянку (навіть зимою, в холодну погоду) або, тепло одягнувши хворого, можна гуляти в кімнаті з відчиненим вікном хвилин 40—50. Дитину слід класти в постіль з піднятим тулубом, часто брати її з постелі і носити на руках.

Дитину хвору годувати трохи частіше, до 5—8 разів на день, невеликими порціями, звичайною для її віку їжею, але подрібненою і стравною. Можна давати чай або кофе з молоком, молочну кашу, розмочені сухарі, супи, фрикадельки, овочі у вигляді пюре, киселі, протерті фрукти, фруктові, ягідні соки. Після двох років треба давати дитині звичайну їжу, але в зменшеній кількості.

При ціанозі та задишці — вдихання кисню кожні півгодини, вдихання продовжувати доти, поки порожевіє шкіра.

У випадках з тяжкою задишкою й ціанозом, застосовувати гірчичні обгортання, які роблять так: 2 столових ложки гірчиці розтирають у гарячій воді до появи сильного гірчичного запаху, розчиняють утворену кашку у 2-3 склянках гарячої води, в розчині змочують простиньку, злегка віджимають її, загортають у неї дитину до шиї, поверх цього загортають її до шиї сухою простинькою і ковдрою на 30 хвилин. Після того обмивають дитину теплою водою і загортають її в суху простиньку і в ковдру.

З появою ознак ослаблення серцевої діяльності призначають кофеїн. При численних вологих хрипах призначають відхаркувальні засоби.

При серцевосудинній формі пневмонії застосовувати внутрішньовенне вливання глюкози (40% розчину в кількості 5—10 мл). Можна також застосовувати внутрішньом'язові впорскування 5% розчину глюкози (стерилізованого!) по 50 мл на кожне впорскування.

У тяжких, затяжних випадках роблять переливання крові або плазми в кількості 30—40 мл через кожні 4—5 днів. Якщо з будь-якої причини зробити переливання неможливо, то можна застосовувати внутрішньом'язове впорскування крові матері або батька по 10 мл через день.

ПЛЕВРИТИ (PLEURITIS). Відрізняють дві форми цього захворювання: сухий і випітний (ексудативний). Ексудативний плеврит також спостерігається в двох формах: серозний і гнійний плеврити.

Сухий плеврит майже завжди зв'язаний з туберкульозом. Крім того, сухі плеврити часто супроводять пневмонію.

При сухому плевриті іноді спостерігаються великі підвищення температури — до 39°, але звичайно температура буває невисока.

Старші діти цілком виразно вказують на болі, колоття в боці; відмічається сухий, болючий, короткий, частий кашель. Через болі при диханні і кашлі дитина намагається виключити з акту дихання хвору половину грудей; тому при огляді хворої дитини можна виявити, що хвора сторона грудної клітки відстає при диханні від здорової.

Тривалість сухого плевриту — 1—1,5 тижня, але хвороба схильна неодноразово рецидувати.

Лікування: гірчичники, зогрівальні компреси, банки. В разі туберкульозної етіології призначають ПАСК, риб'ячий жир. Коли сухий плеврит супроводить пневмонію, окреме лікування не провадиться.

Серозний плеврит майже завжди зв'язаний з туберкульозом. Хвороба звичайно починається раптово, головним болем, втратою апетиту. Дитина блідне, в перші дні спостерігаються болі в боці, болючий, сухий, короткий кашель. Дихання прискорюється, стає поверхневим. Дитина намагається лежати на хворому боці, щоб обмежити його дихальні рухи і полегшити дихання здорового боку.

В багатьох випадках загальний стан дитини майже не порушений, вона ні на що не скаржиться і навіть нерідко відмовляється лежати в постелі, що відрізняє серозний плеврит від гнійного. Температура звичайно підвищена, гарячка триває 3—4 тижні, а потім поступово зменшується і протягом 2—3 місяців ексудат розсмоктується. Настає повне вилікування, але іноді на місці плевриту утворюються спайки листків плеври і стовщення, внаслідок чого на місці, де був ексудат, лишається приглушення тону й ослаблене дихання.

При огляді хворого виявляється відставання при диханні хворого боку, згладжування, а іноді й випинання міжреберних проміжків. Великий ексудат викликає зміщення сусідніх органів; так, серце при значному ексудаті зміщується вліво при правобічному плевриті і вправо — при лівобічному.

Лікування. Серозний плеврит звичайно розв'язується благополучно без особливого втручання. При туберкульозній етіології дивись лікування, рекомендоване при сухому плевриті.

Хвору дитину кладуть у постіль, дбають про достатнє, повноцінне годування, про старанне провітрювання кімнати, в теплі сезони дитину довго тримають на веранді, затіненому балконі або в саду.

До висмоктування рідини при серозних плевритах доводиться вдаватися не часто, лише при дуже великих скупченнях ексудату, які утруднюють дихання і роботу серця, або при великих ексудатах, що не виявляють ніякої схильності до розсмоктування і після того, як установилася нормальна температура і гострий період хвороби вже закінчився.

Гнійний плеврит (емпієма). Гнійний плеврит найчастіше виникає як ускладнення пневмонії. Тому при всякій пневмонії, особливо у маленьких дітей, треба особливо уважно стежити за хворим, щоб своєчасно розпізнати приєднання плевриту.

Гнійний плеврит може розвинутися або в перебігу пневмонії і тоді він називається синпневмонічним, або він з'являється після закінчення пневмонії і називається метапневмонічним. Якщо гнійний плеврит розвивається серед пневмонії, то діагноз його нерідко буває дуже утруднений.

Підозрілим є погіршання загального стану, значно більші розмахи температури. Посилюється приглушення тону і поширюється ділянка приглушення, стають слабшими дихальні шуми.

Різка задишка, дуже частий пульс, значне погіршання загального стану створюють картину тяжкого захворювання. Як тільки намічаються вказані зміни, треба зробити пробну пункцію. Пробну пункцію найкраще робити на місці найбільшої глухості і найбільш виявленого ослабленого дихання. До пункції дуже важливо зробити рентгенопросвітлювання легенів.

Значно легше поставити діагноз гнійного плевриту, коли він з'являється після закінчення пневмонії (метапневмонічний гнійний плеврит), бо в цьому випадку явища плевриту не замасковані симптомами пневмонії — численними хрипами, бронхіальним диханням і т. д.

Захворювання починається раптово підвищенням температури, що досягає високих цифр: 39—40°. З'являється задишка, поверхневе дихання, колоття в боці. Хворий починає кашляти, іноді мало, іноді ж кашель дуже частий і болючий.

При огляді іноді можна відзначити набрякліcть шкіри на хворій стороні грудей, відставання хворої сторони при диханні, згладжування міжреберних проміжків, відсутність втягання їх при диханні.

Приглушений або глухий тон, тимпанічний відтінок звука вище глухості, ослаблене дихання над випотом і бронхіальне вище від нього, зміщення серця в здорову сторону спостерігається як при серозному, так і при гнійному плевриті.

Іноді в запущених випадках емпієма може прорватися в бронх з наступним самовільним видужанням або гній прориваеться в підшкірну клітковину грудей.

Гнійний плеврит являє собою дуже тяжке захворювання і тим більшу небезпеку смерті, чим молодша дитина.

Лікування. Насамперед треба забезпечити дитині добрий догляд, повноцінне годування, багате на вітаміни, користування свіжим повітрям.

Застосовувати повторні переливання крові (30—40 мл) через 4—5 днів або повторні внутрішньом'язові впорскування 10 мл крові через 1—2 дні. Призначають пеніцилін 3 рази на день у м'язи на $^1/_2$% розчині новокаїну по 50 000—100 000 одиниць щоразу.

Після визначення з допомогою пробної пункції гною у плевральній порожнині видаляють його висмоктуванням з допомогою звичайного шприца з товстою голкою. При великих ексудатах можна повільно випустити кілька сотень мілілітрів гною. Висмоктування повторюють кілька разів через 2 дні. Щоразу вводять в плевральну порожнину по 50 000 одиниць пеніциліну.

ТУБЕРКУЛЬОЗ (TUBERCULOSIS). Джерелом є хвора людина, яка, кашляючи, голосно розмовляючи, розсіює в навколишнє середовище туберкульозні бацили.

Сирі молочні продукти від корів, хворих на туберкульоз (перлинна хвороба), також можуть бути джерелом інфекції.

Туберкульозні бацили можуть проникати в організм дитини різними шляхами: 1) через легені разом з вдихуваним повітрям — *аерогенний шлях*, 2) через кишки разом з їжею, в якій є туберкульозні бацили — *інтестинальний шлях*. Найчастішим, а тому й найважливішим, є аерогенний шлях. Спадкового туберкульозу не буває.

Туберкульозні бацили, що попали в легені, викликають на місці

свого заглиблення запальний процес з утворенням горбків — туберкулів. Це вогнище в легені — початок хвороби — називається первинним афектом. З цього вогнища по лімфатичних шляхах інфекція поширюється на лімфатичні вузли, розміщені навколо бронхів і нижньої частини трахеї. У вузлах розвивається туберкульозний процес, залози опухають. Сполучення первинного вогнища в легені з туберкульозним запаленням лімфатичних вузлів утворює так званий первинний комплекс.

Найчастіша форма туберкульозу у дітей — туберкульоз бронхіальних залоз (туберкульозний бронхоаденіт), що виявляється клінічно підвищенням температури, неправильного характеру, на невизначений строк. Дитина бадьора, але гірше їсть, трохи худне. Кашлю, задишки не буває. Діагноз встановлюється позитивною реакцією Пірке та при рентгеноскопії.

У дітей раннього віку туберкульозний бронхоаденіт викликає іноді, внаслідок тиснення збільшених лімфатичних вузлів на бронх або трахею, стисле дихання і своєрідний бітональний кашель. Дихання супроводиться шумним хриплячим *видихом*, який чути і на віддалі.

Так само цілком характерний кашель з високим металічним відтінком звука.

Нерідко вогнище в легені або бронхіальних лімфатичних залозах супроводиться запальним процесом у навкружній легеневій тканині, виникає так звана перифокальна інфільтрація. На місці цієї інфільтрації визначається приглушення тону і ослаблене дихання, хрипів звичайно не чути. Через кілька тижнів, місяців, а то й років інфільтрація розсмоктується.

Первинний комплекс — ця перша стадія туберкульозу — дуже часто закінчується видужанням: уражена тканина зарубцьовується або звапнюється. Але в будь-який момент, при несприятливих умовах, інфекція може поширюватися в організмі, настає друга форма хвороби — дисемінації, генералізації. При цьому інфекція поширюється по всьому організму, прорвавшись у кров з вогнища легені або з лімфатичного вузла. Розвивається загальна, так звана *міліарна горбковиця, міліарний туберкульоз*. Майже в усіх внутрішніх органах розсіяні туберкули—специфічні туберкульозні горбки. Захворювання проходить у трьох формах: 1) тифозній, 2) легеневій і 3) менінгеальній.

Тифозна форма. Початок раптовий, висока температура, загальне нездужання, відсутність при дослідженні будь-яких змін в органах робить діагноз дуже важким, — хвороба нагадує черевний тиф. Лише лабораторні і рентгенологічне дослідження допомагають розібратися.

Легенева форма. Початок раптовий, дуже висока температура — до 40° і вище, кашель, дуже різка задишка, ціаноз. Незважаючи на такі виразні явища легеневого захворювання, ні перкусія, ні аускультація нічого не виявляють. При рентгенологічному дослідженні легеневі поля з обох боків усіяні плямочками розкиданих у легеневій тканині горбків.

Менінгеальна форма — туберкульозний менінгіт розвивається в тому випадку, коли висипання горбків відбувається переважно на мозкових оболонках. Розвиток хвороби повільний, поступовий. З'являється головний біль, час від часу блювання. Апатія, дрімотний стан у хворого поступово переходять у сонливість, нарешті, у гли-

боку сплячку. Параліч лицевого нерва, сповільнений з перебоями пульс доповнюють картину. У пізніших стадіях хвороби з'являються паралічі і судороги. Лікування останньої форми провадиться з успіхом в спеціальних тубпунктах при лікарнях, якщо хвору дитину рано госпіталізують після початку захворювання (не пізніше 5—10 дня).

Якщо туберкульозний лімфатичний вузол, що казеозно розпався, проривається у великий бронх, то ціла легенева частка зразу наводнюється величезною кількістю туберкульозних бацил, які є в казеозних масах, що прорвалися. Розвивається запальний процес в ураженій частці легені, який спочатку дає картину крупозного запалення, — висока температура, приглушення тону, бронхіальне дихання, — але вже через кілька днів швидкий розпад легеневої тканини веде до утворення порожнини, каверни. На відміну від крупозної пневмонії, в найближчі дні починають вислухуватися вологі хрипи різного калібру, від дрібного до великого. Хрипи відрізняються металічним відтінком. Це *казеозна пневмонія.*

Друга форма легеневого туберкульозу проходить як дрібновогнищева пневмонія (*бронхопневмонічна форма*). Туберкульозні бацили різними шляхами — лімфатичними, течією крові і через бронхи — поширюються в легеневій тканині й утворюють розсіяні дрібні вогнища, які зливаються іноді і в більш значні. При аускультації легень вислухуються вологі дрібнопухирчасті хрипи. Окремі вогнища підпадають казеозному розпадові з утворенням невеликих каверн. З допомогою ватного тампона вдається у кашляючої дитини захопити грудочку харкотиння, що з'являється біля входу в гортань, і в цій грудочці виявити туберкульозні палички.

Туберкульозні бацили, що прорвалися з будь-якого туберкульозного вогнища в загальну течію крові, лімфи, можуть дати захворювання всякого органу: очеревини, перикарда, шкіри, лімфатичних вузлів, нирки, кісток, суглобів і таким чином виникають найрізноманітніші туберкульозні захворювання різних органів.

Лікування туберкульозу: ПАСК, стрептоміцин, пірамідон. Якомога більше бувати на свіжому повітрі (не на сонці). Температура в приміщенні зимою не вище 18°Ц. Провітрювати приміщення зимою в присутності хворого не менш як 3 рази на день по 1 годині. Годувати 4 рази на день, не більше. На день вживати: $^1/_2$ літра молока, 1—2 яйця, 30—60,0 масла, 30,0 сметани, 100—150,0 м'яса або риби, 100—200,0 сиру. Давати варені ковбаси, оселедця, ікру, якнайбільше свіжих та квашених овочів, сирих фруктів. Купати дитину незалежно від температури тіла хоч би 1 раз на тиждень. Риб'ячий жир — 1 чайна або десертна ложка 2—3 рази на день.

ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЕРИТОНІТ спостерігається в двох формах: 1) асцитична і 2) злиплива або фіброзно-казеозна.

Асцитична форма. Дитина блідне, втрачає апетит, іноді скаржиться на невеликі болі в животі. Перше, на що звертають увагу батьки, — це збільшення розмірів живота. У черевній порожнині поступово скупчується рідина.

Хвороба добре піддається лікуванню стрептоміцином, ПАСК, сонячним промінням (геліотерапія), опроміченням ультрафіолетовим промінням ртутно-кварцової лампи. Опромінення сонячним промінням провадять щодня від 5 до 30 хвилин, збільшуючи дозу щодня на 5 хвилин, від 9.30 до 10.30 години ранку або від 4.30 до 5.30 години дня.

Фіброзно-казеозна форма значно тяжча і небезпечніша. Живіт збільшений мало, напружений, болючий при обмацуванні. Над пупком промацується поперечний, щільний, болючий ковбасовидний опух (згорнутий у трубку сальник) і внизу живота — опухоподібні утвори (спаяні між собою петлі кишок). Схильність до поносів, нерідко підвищена температура.

Лікування стрептомицином, ПАСК, рентгенівським промінням дає результат. Дозування ПАСК в дитячому віці при туберкульозі:

Від 3 місяців до 3 років	1 — 2,0 на день
» 3 до 7 років	3 — 4,0 » »
» 7 » 12 »	4 — 8,0 » »
» 12 років і далі	8 — 12,0 » »

Денна доза розподіляється на 4 прийоми, кожні 4 години, через ½ години після їди, запивати кожний прийом ½ склянкою молока.

Дозування стрептоміцину:

До 3 років	200 000 — 250 000 одиниць на день
Від 3 до 7 років	250 000 — 350 000 » » »
» 7 років і далі	300 000 — 500 000 » » »

Денна доза впорскується в м'язи за 2 прийоми з перервою в 10—12 годин. Препарат розводять у ¼% стерильному розчині новокаїну або в стерильному фізіологічному розчині.

Пірамідон дають хворим на туберкульоз дітям при підвищенні температури, якщо не провадять лікування паском або стрептоміцином. Незалежно від віку дитини призначають:

Sol. Pyramidoni ½%

DS. Кожні 2 години 1 чайна ложка, 5—6 разів на день.

ЗОЛОТУХА — скрофульоз, являє собою особливу форму туберкульозу у дітей з ексудативним діатезом. Характерні ураження шкіри, слизових оболонок, очей.

Золотушна екзема уражає шкіру навколо носа, очей і вух. Місце розташування золотушної екземи відрізняє її від звичайної екземи при ексудативному діатезі, яка може вкрити все лице, але губи і місце навколо очей лишаються чистими. Внаслідок тривалої екземи стовщується верхня губа і витягується у вигляді хоботка. Хронічний нежить, тривалі отити, які часто повторюються, збільшення лімфатичних вузлів на шиї, що зливаються у великі опухи, доповнюють картину хвороби і створюють характерну фізіономію золотушної дитини.

Золотушні захворювання очей виявляються частими кон'юнктивітами та блефаритами (стовщення й почервоніння країв повік); особливо відмічаються фліктенульозні кон'юнктивіти, дуже важливі як ознака золотухи; на краю рогівки утворюється жовтуватий горбок з головку шпильки завбільшки, а від нього до периферії кон'юнктиви відходять віялоподібно у вигляді трикутника розширені, червоні кровоносні судини. Туберкульоз може уражати й рогівку, і тоді після видужання лишається на рогівці плямочка — більмо.

Лікування різноманітне: повноцінне годування, чисте повітря, сонячне світло і риб'ячий жир (від чайної до столової ложки 3 рази на день).

Істотну допомогу в діагнозі туберкульозу дають специфічні шкірні реакції на туберкулін — реакція Пірке і більш чутлива — Манту.

Реакція Пірке проводиться так: на внутрішній поверхні передпліччя, очищеній ефіром, наносять краплю стэрого туберкуліну Коха і на віддалі 4 см від цього місця — краплю фізіологічного розчину кухонної солі (для контролю). Через ці краплі, спочатку через краплю фізіологічного розчину, а потім через краплю туберкуліну, роблять невеликі поверхневі насічки (скарифікації).

Якщо у досліджуваного є в організмі туберкульозне вогнище, то через 48 годин на місці застосування туберкуліну з'являється червоність і припухлість — інфільтрат. Це позитивна реакція.

Реакція Манту. Після такої ж підготовки шкіри впорскуються внутрішньошкірно 0,1 мл розчину туберкуліну з 1.0 : 10 000 : 1000 : 100. Реакція позитивна, якщо на місці впорскування через 48 годин з'являється червоність та інфільтрат. Реакцію Манту роблять тільки в разі негативної реакції Пірке, через 48 годин після контрольної оцінки останньої.

Цього ж правила додержуються при призначенні реакцій Манту в зростаючих концентраціях розчину туберкуліну (від 1 : 1000 до 1 : 100).

У дітей перших 3 років життя позитивна реакція на туберкулін свідчить не тільки про те, що дитина інфікована туберкульозом, а й про те, що туберкульоз у неї перебуває в активній стадії.

У старших дітей позитивна реакція доводить лише те, що у хворого є в організмі вогнище, але чи активне це вогнище, чи давно вже зарубцювалося і звапнене, — про це реакція нам не говорить. Повторно негативна реакція свідчить про те, що досліджуваний цілком вільний від туберкульозу.

Профілактика туберкульозу. Зміцнення організму чистим повітрям і світлим, фізкультура і спорт, чистота навколишнього середовища, підвищення культури, санітарноосвітня робота медичного персоналу. Денні, нічні санаторії, спеціальні лікарні для осіб з відкритим легеневим туберкульозом. Нарешті, вакцинація за Кальмет-Гереном—бецежування (БЦЖ). Новонародженому на 3-й—5-й і 7-й день життя дають вакцину БЦЖ, яка являє собою культуру туберкульозних бацил, багаторазово і довгий час пересіюваних на картопляно-жовчне поживне середовище. Бацили при цьому втрачають здатність викликати хворобу, але зберігають свою імунізуючу силу. Провадять вакцинацію і ревакцинацію також старших дітей і дорослих тією ж вакциною БЦЖ, якщо вони цілком вільні від туберкульозу (негативні реакції Пірке і Манту; нормальні рентгенологічні дані при дослідженні легенів). (Дивись відповідні інструкції МЗО СРСР).

Загальне лікування туберкульозу зводиться до зміцнення організму, посилення його опірності проти інфекції: повноцінне годування (білки, жири, вуглеводи, вітаміни, зелень, овочі, фрукти, ягоди), чисте повітря, санаторно-курортне лікування. Корисні риб'ячий жир, препарати кальцію (10% розчин Calcii chlorati по чайній—столовій ложці 4 рази на день). ПАСК, стрептоміцин (дивись вище).

ПОРОКИ СЕРЦЯ

Природжені пороки серця

Природжені пороки серця трапляються досить часто — близько 0,6% всіх захворювань. Найчастіше зустрічаються такі форми природжених пороків:

СТЕНОЗ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ. Симптоми: різко виявлений ціаноз, стовщення кінцевих фаланг рук і ніг у вигляді барабанних паличок, відсталість у рості й фізичному розвитку, гіпертрофія правого шлуночка, розлитий поштовх серця, систолічний шум, що вислухується в другому міжреберному проміжку вліво від грудини (шуму може й не бути), ослаблення другого тону легеневої артерії або навіть його відсутність. В середньому діти з таким пороком доживають до 12—13 років, у тяжких випадках смерть настає раніше, а зрідка хворі доживають до похилого віку.

ХВОРОБА ТОЛОЧИНОВА-РОЖЕ — ДЕФЕКТ У ПЕРЕГОРОДЦІ МІЖ ШЛУНОЧКАМИ. Симптоми: серцева глухість звичайно збільшена трохи вліво і вправо. Вислухуються голосний, грубий систолічний шум іноді по всьому серцю, особливо на грудині і найсильніше на третьому міжреберному проміжку вліво від грудини. Другий тон легеневої артерії посилений (акцентований). Ціанозу не буває. Прогноз сприятливий. Хворі часто доживають до 50 років.

НЕЗАРОЩЕННЯ БОТАЛЛОВОЇ ПРОТОКИ, яка є відкритою під час утробного життя і сполучає аорту з легеневою артерією. Ця протока закривається після народження дитини. Симптоми: схильність до застійних катарів дихальних шляхів і кровохаркання. Гіпертрофія правого шлуночка і приглушення перкуторного тону в першому — другому міжреберних проміжках біля грудини зліва. Голосний систолічний шум у верхній третині грудини, особливо сильний у другому і третьому міжреберних проміжках зліва. Другий тон легеневої артерії акцентований. Прогноз відносно сприятливий.

Окремі пороки можуть нерідко комбінуватися один з одним, тоді перебіг хвороби тяжчий і прогноз серйозний.

Лікування. Рекомендуються перебування на свіжому повітрі, фізкультура, що не потребує великих фізичних напружень, і вибір професії, яка не вимагає важкої фізичної праці. При серцевій слабості (розлад компенсації) — серцеві засоби (див. далі — *«Набуті пороки серця»*).

Набуті пороки серця

Набуті пороки сердця майже завжди є наслідком ревматизму. Найголовніші і найчастіше зустрічаються пороки мітрального та аортальних клапанів.

НЕДОСТАТНІСТЬ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА. Симптоми: задишка при підніманні по сходах, при швидкій ходьбі, легке синюватe забарвлення губ і щік. Гіпертрофія лівого шлуночка і передсердя, до якої згодом приєднується збільшення й правого відділу серця. Біля верхівки серця — систолічний шум, який проводиться в ліву пахвову ділянку, посилення другого тону легеневої артерії, прискорений, мало наповнений пульс.

МІТРАЛЬНИЙ СТЕНОЗ. Пресистолічний шум біля верхівки, різке посилення другого тону (акцент) легеневої артерії, збільшення лівого передсердя і правого шлуночка, іноді випинання в ділянці серця (серцевий горб), шийні вени часто переповнені і пульсують.

НЕДОСТАТНІСТЬ КЛАПАНІВ АОРТИ. Симптоми: розлитий, сильний поштовх серця, зміщений далеко вліво і вниз, нерідко серцевий горб, значне збільшення серця вліво, діастолічний шум у другому міжреберному проміжку справа, а іноді зліва, біля місця прикріплення третього ребра, сильна пульсація шийних артерій, пульс швидко і високо підіймається і швидко спадає.

СТЕНОЗ АОРТИ. Симптоми: велике збільшення лівого шлуночка, систолічний шум на другому міжреберному проміжку справа і на верхній частині грудини, повільний пульс, малого наповнення, поштовх різко зміщений вниз і вліво.

Лікування при ослабленні серцевої діяльності — декомпенсації серця (задишка, різке прискорення пульсу, збільшення і болючість печінки, набряки) зводиться до суворого постільного режиму не менше, як протягом 2—3 місяців, зменшення кількості вводжуваної рідини, до стравної їжі і до призначення серцевих засобів.

Rp. Inf. fol. Digitalis ex 0,1—0,2—100,0
Sirupi simplicis 20,0
M.D.S. Через 3 години по чайній-десертній ложці дається кілька днів.

Рекомендується також дигален або гітален по 3—5—8 крапель 3 рази на день або Т-га Strophanthi по 2—5 крапель 3 рази на день.

При ослабленні серцевого м'яза призначають підшкірні впорскування стрихніну щодня по 1 разу в дозі по 0,1 мл (1 поділка одногрампового шприца) на кожний рік життя 0,1% розчину стрихніну.

При повній компенсації серця дозволяється відвідування школи, прогулянки, легкі ігри та фізкультурни вправи. Забороняються такі ігри, як футбол, та інші, що вимагають великого фізичного напруження, ігри й спорт.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК

За новою класифікацією захворювання нирок поділяються на: 1) нефрити — гломерулонефрити — запальне ураження Мальпігійових клубочків, 2) нефрози — дегенеративні зміни епітелію сечових канальців і 3) мішані форми з перевагою нефритичного або нефротичного компоненту.

НЕФРИТ. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. Причиною нефриту є ряд інфекційних захворювань: скарлатина, ангина, значно рідше кір, грип, дифтерія, коклюш та ін. Деякі гнійні ураження, як-от піодермія, можуть також ускладнятися гломерулонефритом.

Симптоми: блідість шкіри лиця і деяка його одутлість, нудота, іноді блювання, втрата апетиту, головний біль. Зменшується кількість сечі, сеча стає темною, потім червоною, часто набуває кольору м'ясних помий. Зміна кольору сечі залежит від наявності в ній крові.

Пульс прискорюється, стає напруженим, з'являється акцент другого тону на аорті. Кров'яний тиск підвищується.

Головною ознакою гломерулонефриту є виділення з сечею кро-

ві — гематурія. Під мікроскопом у сечовому осаді визначаються, крім червоних кров'яних тілець, різні циліндри (гіалінові, зернисті, що вкриті еритроцитами або поспіль складаються з еритроцитів), невелика кількість лейкоцитів. Сеча містить білок у відносно невеликій кількості — до 1,5‰.

Набряки при гломерулонефриті не досягають великих розмірів, часто їх совсім не буває або вони спостерігаються лише в перші дні хвороби. Поява великих набряків усього тіла, навіть з випотом у черевну порожнину (асцит), вказує на приєднання до основного процесу нефрозу, з утворенням мішаної форми.

При легких формах гломерулонефриту хвороба поступово ліквідується протягом кількох тижнів. Але в тяжчих випадках відносно спокійний перебіг хвороби переривається припадками уремії і так званої судорожної, еклямптичної форми уремії. Припадкові передує головний біль, втрата апетиту, нудота, блювання, підвищення сухожильних рефлексів, а потім з'являється припадок загальних клонічних судорог з утратою притомності. Припадки іноді повторюються по кілька разів на добу і можуть закінчитися смертю дитини при явищах розладу дихання і серцевосудинної системи.

Лікування. Постільний режим протягом усього гострого періоду хвороби (не менш $1^1/_2$—2 місяців). Сухі банки на ділянку нирок (на поперек). Стежити, щоб хворий щодня мав випорожнення; у випадку запору ставити щодня клізму. На початку хвороби необхідно провести так званий цукровий день. Протягом доби не дають дитині нічого, крім розчину цукру в $1^1/_2$—2 склянках чаю, кофе, фруктового або ягідного відвару. Залежно від віку дають 100—150 г цукру на добу. Якщо протягом хвороби виникає втрата апетиту, головний біль, нудота — передвісники загрозливого припадку уремії, — то своєчасне призначення цукрового дня може запобігти виникненню припадку.

Після закінчення цукрового дня призначається спеціальна дієта. Якщо є набряки, то до зникнення їх забороняється вживання солі, але як тільки набряк зникне, треба дозволити сіль у кількості 1—2 г на добу. Забороняється м'ясо, риба, яйця, м'ясні супи, бульйони. Молоко містить багато білка та кухонної солі; краще давати дитині замість молока вершки і в усякому разі не давати більше $^1/_4$ л молока на день. Основну частину дієти при гломерулонефриті становлять: вершки, невелика кількість молока, білий хліб, масло, всякі крупи (манна, рис, вівсянка, перлова і т. ін.), овочі у вигляді пюре, оладок (картопля, морква, капуста, буряки та ін.), фрукти, ягоди, цукор; локшина, макарони, вермішель, жовток яйця.

У період поліпшення поступово вводять в дієту тваринні білки в формі сиру, вареного м'яса, відварної риби, і тільки після повного видужання можна перевести дитину на звичайну дієту.

При еклямптичному припадку застосовується поперекова пункція, а якщо вона не дає ефекту, доводиться застосувати кровопускання. При лікуванні гломерулонефриту призначають: 10% розчин CaChl, по 1 чайній — 1 столов. ложці 5 разів на день; аскорбінову кислоту 0,1 три рази на день та пеніцилін по 50 000—100 000 на $^1/_2$% розчині новокаїну 3 рази на добу у м'язи, 2—3 курси по 8—10 днів, з перервами по 6—7 днів.

НЕФРОЗ. В основі нефрозу є дегенеративний процес ниркового епітелію сечових канальців.

Нефрози розвиваються як ускладнення ряду інфекційних захво-

рювань, наприклад, дифтерія, грип, тиф, кір, запалення легень. Серед причин нефрозу відіграють роль і такі захворювання, як хронічні нагноєння кісток, наприклад, остеоміеліт, туберкульоз кісток та ін. (амілоїдна форма нефрозу) і сифіліс.

Головною ознакою нефрозу є набряк, який досягає надзвичайно великих розмірів, дуже швидко розвивається, захоплює все тіло, скупчується у підшкірній клітковині в серозних порожнинах. Шкіра дуже бліда.

Кількість сечі зменшена, іноді до 300 мл на добу, питома вага її висока. Кількість білка в сечі, на відміну від нефриту, досягає дуже великих розмірів, доходить до 40‰.

У сечовому осаді мікроскопічно виявляють гіалінові, зернисті й епітеліальні циліндри, зустрічаються жирнопереродженні ниркові епітеліальні клітини і небагато лейкоцитів. При нефрозі, відмінно від нефриту, крові, еритроцитів у сечі ніколи не буває. Напруженого пульсу і підвищення кров'яного тиску при нефрозі не спостерігається.

Прогноз при нефрозах тяжкий, багато серйозніший, ніж при нефритах. У легких випадках хвороба закінчується видужанням за кілька тижнів. Але нерідко хвороба затягується на багато місяців. Проте навіть у цих затяжних випадках може настати видужання.

Лікування. Суворий постільний режим; тільки коли цілком зникнуть набряки, можна дозволити дитині залишити постіль.

У період розвитку набряку обмежувати кількість вводжуваної рідини до ½л на добу. Під час набряків слід зовсім виключити з їжі сіль, після зникнення набряків можна дозволити 2 г солі на день. Можна давати: несолений хліб, булку, масло, сметану, кисле молоко, всякі крупи, овочі, фрукти, ягоди. На відміну від нефриту, при нефрозі не тільки можна, але й треба давати білкову їжу: сир, рибу, біле м'ясо, яйця.

Одним з цінних методів лікування при нефрозі є переливання плазми (40—60 мл повторно).

Проти набряків можна призначити сечогінні засоби.

Rp. Diuretini 0,1—0,2
Sacchari 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 15
S. 3 рази на день по 1 порошку.

Дає також користь при набряках тривале лікування препаратами щитовидної залози:

Rp. Thyreoidini 0,03—0,05—0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 20
S. 3 рази на день по 1 порошку.

Щоб вплинути на проникність стінок капілярів, призначають 10% розчин хлористого кальцію по чайній-десертній ложці 3 рази на день, аскорбінової кислоти 0,1 три рази на день. Обов'язково призначати пеніцилін по 50 000—100 000 на ½% розчині новокаїну у м'язи, 2—3 курси по 8—10 днів, с перервами по 6—7 днів.

МІШАНІ ФОРМИ. Захворювання характеризується сукупністю симптомів, властивих нефрозові і нефритові: великі набряки, багато

білка в сечі, більше, ніж буває при чистому гломерулонефриті (понад 1‰), гіалінові циліндри, циліндри з жирноперероджених клітин ниркового епітелію; в той же час сеча містить кров, у сечовому осаді є еритроцити.

Лікування провадиться за тими ж правилами, що й при нефриті та нефрозі, дієта виробляється в кожному окремому випадку, залежно від того, чи переважає в загальній картині сукупність симптомів нефриту чи нефрозу.

Запалення ниркових мисок і сечового міхура (Pyelitis; Pyelocystitis)

ПІЄЛІТ досить часто зустрічається у дітей, особливо в грудному віці. Хвороба викликається кишковою паличкою (bacillus coli), яка проникає в ниркову миску або висхідним шляхом через сечовипускний канал, сечовий міхур і сечовід, або низхідним — гематогенним шляхом через кров. Хвороба уражає дівчаток значно частіше, ніж хлопчиків.

Хвороба починається гостро, підвищенням температури і у маленьких дітей нерідко тяжкими мозковими явищами: блюванням, втратою притомності і загальними судорогами (еклампсія). Місцеві явища у вигляді частого болісного сечовипускання не обов'язкові. Тому дуже часто діагноз становить значні труднощі, і тільки аналіз сечі дає змогу точно і швидко розпізнати хворобу. Температура — ремітативна, іноді інтермітативна. У дитини швидко розвивається недокрів'я. Сеча кислої реакції, в осаді багато лейкоцитів (від кількох десятків до багатьох сотень), клітини ниркового і міхурового епітелію. Якщо немає ніяких ускладнень (поширення процесу на нирки — pyelonephritis; переходу в септичну форму з гнійними вогнищами в нирках), то хвороба закінчується через 2—4 тижні; але нерідко вона рецидує.

Зустрічаються форми, які проходять хронічно. Тільки анемія, яка поступово розвивається, вказує на якесь приховане захворювання. І в цих випадках аналіз сечі вирішує питання про діагноз.

Профілактика і лікування. Утримування в чистоті зовнішніх статевих органів, ділянки заднього проходу і промежини. Витирати промежини у дівчаток після дефекації тільки *спереду* назад. Дбати про зміцнення і підвищення опірності організму дитини свіжим повітрям, фізкультурою, спортом. Стежити за нормальними функціями кишок (боротьба з поносами і запорами). *Достатнє введення з їжею вітамінів* має надзвичайно велике значення як у профілактиці, так і в лікуванні піело-циститів. Питво у великій кількості в жарку погоду і в жарких приміщеннях.

В гострому періоді — постільний режим.

При лікуванні звертати увагу на введення великої кількості рідини. З медикаментів хороші результати дає стрептоцид. Доза у віці до 2 років — 4 рази на день по 0,15—0,2, старшим дітям — 4 рази на день по 0,3—0,5; курс лікування 10—12 днів.

Корисно також призначати уротропін в дозі по 0,5—1,5 на день залежно від віку, поділивши цю добову дозу на 3—4 прийоми. В тяжких випадках рекомендується внутрішньовенне введення уротропіну в 40% розчині від 1 до 5 мл залежно від віку хворого, через день. Курс лікування від 8 до 14 ін'єкцій. Хороші результати дає лікування пеніциліном (методика: див. лікування пневмонії).

В тяжких і затяжних випадках рекомендується переливання крові (по 30—40 мл залежно від віку дитини), повторно, 3—4 рази через 5 днів. В разі неможливості зробити переливання крові, можна вводити кров внутрішньом'язово по 10—15 мл через кожні 2 дні, всього 6—8 разів.

ГЛИСТЯНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Глистяна інвазія дуже поширена серед дітей і дорослих. Тому боротьба з цими захворюваннями можлива тільки при одночасному лікуванні всіх заражених членів сім'ї, дитячого колективу тощо.

Відомо багато видів паразитичних червів людини. Клінічна картина завжди більш-менш схожа незалежно від роду червів, а також зустрічається і без глистяної інвазії. Тому діагноз буває точним тільки при виході глистів або знаходженні в калі яєць того чи іншого їх виду. Відмічається нудота, блювання, болі в животі, головним чином натщесерце. Іноді відмічається слинотеча, мінливе випорожнення. Спостерігається: головний біль, запаморочення, дратливість, іноді свербіння в носі.

При **аскаридозі**, крім того, дуже рідко, але можуть зустрічатися потьмарення свідомості, ригідність потилиці, судороги, аритмія пульсу, кропив'янка. При гостриках діти скаржаться на свербіння в задньому проході, у вагіні; в зв'язку з цим виникають білі, вульвовагініти. Переконливе для діагнозу знаходження гостриків у калі або, частіше, в сечі або виявлення їх при розсуванні складок заднього проходу або великих і малих губ.

При **волосоголовці**, частіше ніж при інших видах глистів, спостерігаються поноси із слизом. Те саме стосується до стрічкових глистів (солітер, ціп'як)

Анемія, еозинофілія зустрічаються при всіх видах глистів далеко не завжди.

Профілактика глистів: коротко стригти нігті, миги руки перед кожною їдою, добре мити овочі і фрукти перед споживанням їх. Окрема постіль для кожної дитини, купання в окремій ванні або після старанного миття посуду, сон дітей в трусах. Вимогати окремих суден для випорожнень або хоч би старанного миття їх кип'ятком.

Лікування *при аскаридах* проводиться сантоніном. До 2 років сантонін краще не давати. Від 2 до 3 років на прийом 0,01; від 3 до 6 — 0,015—0,02; від 6 до 9 — 0,03; від 9 до 14 — 0,04. Дається 3 таких прийоми: 1-й—натщесерце, 2-й—через 1 годину після легкого сніданку, 3-й — через 1 годину після 2-го. Так роблять 2 дні підряд. Напередодні лікування ставлять очисну клізму, а після лікування дають проносне (англійська сіль — 10—15,0 в $^1/_2$ склянці теплої води). Лікування повторюється через 2 місяці.

Лікування *при гостриках:* щодня, через $^1/_2$ години після укладення дитини в ліжко, ввечері треба обмити ділянку заднього проходу і статеві органи водою кімнатної температури з милом, після чого обсушити шкіру і одягти чисті труси. Вранці їх змінятн і прогладжувати гарячим утюгом. Ділянку заднього проходу після обмивання змазують 2% білою або 1% жовтою ртутною маззю. Всередину дають Sulfur depuratum 0,05 на кожний рік життя на прийом, 5 днів підряд по 3 прийоми на день. Всього 4—6 курсів з 4-денними перервами, під час яких вечорами ставлять клізми з перевареної води кімнатної температури.

Лікування *волосоголовця, солітера* слід проводити в стаціонарі.

ВЕНЕРИЧНІ ХВОРОБИ

СИФІЛІС

Сифіліс (syphilis) являє собою хронічне захворювання всього організму, спричинюване блідою спірохетою, відкритою в 1905 р. Ф. Шаудіним і Є. Гофманом.

Збудник сифілісу. Бліда спірохета виявляється найзручніше при дослідженні в темному полі зору мікроскопа, де на темному фоні виразно бувае видно живі спірохети. Метод виявлення спірохет тушшю (за Буррі) або фарбою Романовського—Гімза та рядом інших способів поступається наочністю перед картиною темного поля, хоч і не виключае можливості користуватися ними.

Оптимальною температурою для розвитку спірохет е температура +37°Ц. При кімнатній температурі і денному світлі у вологій атмосфері спірохети зберігають свою рухомість протягом 11—12 годин. Встановлено, що прищеплення кроликові куска печінки мертвонародженої сифілітичної дитини дає позитивний результат ще через 48 годин після зберігання трупика в льодовні. З хімічних речовин найсильніше діе на бліду спірохету сулема, яка в розведенні 1 : 1000 убивае її за кілька хвилин. Так само діе і фенол в концентрації 1 : 100 — 1 : 200.

Зараження сифілісом може виникнути статевим і нестатевим шляхом. Крім того, сифіліс може передаватися батьками дітям (природжений сифіліс).

Щоб зараження могло виникнути, необхідна наявність живої спірохети і пошкодження у особи, що зазнае зараження, цілості епідермального покриву (вхідні ворота). При передачі природженого сифілісу зараження відбувається через плаценту.

НАБУТИЙ СИФІЛІС. Загальний перебіг. Заглибившись в організм, спірохети спочатку не викликають ніяких змін ні в організмі в цілому, ні на місці заглиблення. Починається, так званий первинний інкубаційний період, який тривае в середньому тижнів із три, буваючи іноді то коротшим, то довшим.

Первинний інкубаційний період закінчується при появі первинної сифіломи — склерозу (sclerosis).

Приблизно на початок п'ятого тижня з моменту зараження появляється припухання одностороннього регіонарного лімфатичного

вузла (lymphadenitis syphilitica). Наприкінці шостого тижня після зараження реакція Вассермана в крові стає позитивною, ще через тиждень може настати збільшення всіх лімфатичних вузлів.

Через 8—9 тижнів після зараження звичайно виникають шкірні прояви вторинного свіжого сифілісу (syphilis secundaria (II) recens), перед якими йдуть іноді загальні продромальні явища: головний біль, ломота в кінцівках, анемія, ангіна та ін. Період з моменту появи первинної сифіломи до виникнення висипки має назву первинного періоду хвороби (syphilis primaria або syphilis I). Цей період поділяється на серонегативний до появи позитивної реакції Вассермана у крові і серопозитивний. Крім цього, розрізняють ще первинний прихований сифіліс (syphilis I latens), до якого належать всі випадки сифілії при відсутності клінічних проявів у осіб, які почали лікування в первинному періоді.

З моменту вторинних висипок починається вторинний період сифілісу (syphilis secundaria).

Виниклі вторинні висипки, проіснувавши деякий час, можуть зникати з тим, щоб потім появлятися знову (рецидивні висипки вторинного періоду — syphilis II recidiva). Період зникнення висипок позначається як прихований період (syphilis II latens). Далі висипки стають все менш численними і бувають локалізованими.

Через 3—4 роки, нерідко значно пізніше, рідше раніше, сифіліс переходить у свій третинний період (syphilis tertiaria або gummosa), що характеризується появою на зовнішніх покривах, у внутрішніх органах або в кістках. На шкірі та слизових бувають прояви горбкових (syphilis III tuberculosa) або гумозних (syphilis III gummosa) форм. Цей період може тривати дуже довгий час, протягом якого періоди висипання ураження змінюються прихованим періодом (syphilis III latens).

Перебіг сифілісу, який тривав уже багато років, може на цьому й закінчитись. Однак можливе і настання пізніх проявів з боку центральної нервової системи — прогресивного паралічу (paralysis progressiva) і спинної сухотки (tabes dorsalis). Це буває років через десять і більше після зараження. У окремих хворих явища з боку нервової системи, зв'язані з сифілісом, можуть настати вже в найбільш ранніх періодах хвороби.

Клінічна картина. Звичайно на початку четвертого тижня з моменту зараження на місці заглиблення блідої спірохети появляється запального характеру пляма, яка швидко перетворюється у вузлик; переходячи в ерозію або виразочку, цей вузлик вкривається згодом кірочкою. Дефект тканини, що утворився, дедалі більше набирає характерних особливостей первинної сифіломи — склерозу, твердого шанкеру (sclerosis, ulcus durum, syphilis I).

Виникаючи здебільшого поодиноко, первинна сифілома своїми розмірами досягає величини поперечника 20-копійкової монети, іноді й більшої. Форма її буває овальною або круглою, краї виразки рівні, різко відмежовані від нормальної шкіри. Вони похило спускаються до дна виразки, яке є гладким, часто «полірованим», нерідко вкритим сальним нальотом. Скоро шанкер набуває характерної щільності, що надає йому хрящової консистенції. Звертає на себе увагу, при неускладненій вторинній інфекції сифіломи, відсутність у цьому періоді будь-яких болючих відчувань.

Розпізнати сифілітичні висипки, властиві вторинному періоду захворювання, можна на підставі таких симптомів: 1) *колір*, який най-

частіше нагадує колір копченого м'яса або буває червоним з мідним відтінком. Інтенсивність цього кольору буває різна. Тілька свіжа розеола в період свого висипання має рожевочервоний колір; 2) *щільність* висипань. Така ж щільнуватість відчувається і при сифілітичній папулі та при гумі до її розм'якшення і т. д.; 3) *блиск* люетичної висипки, який залежить від розтягнення інфільтратом епідермісу; 4) *схильність* висипань *звороτно розвиватися* з своєї центральної частини. Це ясно буває помітно на великорозеольозній висипці — кільцеподібна рецидивна розеола на центральному розм'якшенні гуми і т. д.; 5) *різкість границь*, 6) *схильність* сифілітичних уражень шкіри, особливо при рецидивах, *до групування;* 7) *відсутність*, як правило, *суб'єктивних відчувань* і відсутність у більшості хворих підвищення температури тіла.

Клінічним симптомам допомагають методи бактеріоскопічного і серологічного досліджень (знаходження блідої спірохети, реакція Вассермана і т. д.).

За морфологічними особливостями поділяють сифілітичні висипки так:

1) *Плямисті висипання — розеола* (syphilis maculosa, roseola syphilitica). Ми бачимо цю форму висипки найчастіше у хворих із свіжим вторинним сифілісом. Нерідко вона буває і при рецидивному сифілісі [1].

2) *Вузликові (папульозні) висипання* (syphilis papulosa, papulae syphiliticae). Звичайно величина вузликів при цьому буває з сочевицю. Вузлики мають плоский характер. Рідше є гострокінцеві вузлики — lichen syphiliticus, які супроводяться іноді іритом, іридоциклітом, тяжкими загальними явищами, головним болем і т. д. До вузликових сифілідів належать також папули на статевих органах і слизових оболонках рота.

3) *Гнійчковий (пустульозний) сифіліс* (syphilis pustulosa, pustulae syphiliticae). При цій формі сифілісу є схильність до гнійного розтоплення специфічного інфільтрату, до руйнування тканини з наступним іноді утворенням рубця.

У деяких хворих на кінець першого півріччя захворювання або пізніше спостерігається поява пігментного сифіліду (leucoderma syphiliticum). У виражених випадках на темнуватому шкірному покриві виразно виступають круглуватої або овальної форми світлі плями, досить різко відмежовані без усяких ознак лущення і без запальних явищ навколо. Звичайно локалізацією пігментного сифілісу є ділянка шиї і шкіри перед пахвовими западинами.

Дуже часто разом з сифілітичною лейкодермою, пігментним сифілісом виявляються і поразки волосся (alopecia syphilitica). Сифілітичне ураження волосся виражається у вогнищевому їх поріднінні, яке найчастіше появляється на волосистій частині голові, рідше на інших ділянках шкірного покриву, вкритого волоссям. Випадання волосся може мати дифузний характер, нагадує випадання волосся, що спостерігається у осіб, які перенесли будь-яке інфекційне захворювання, або набирає характеру вогнищевого, нагадуючи ділянки «виїдені міллю». Суб'єктивних відчувань немає.

4) *Гуми сифілітичні* спостерігаються в третинному періоді сифілісу. Серед них розрізняють: шкірні гуми — горбковий сифіліс

[1] Рекомендується в утруднених випадках ставити діагноз syphilis II recens в тих випадках, коли, при наявності вторинних сифілітичних висипань, є ще й твердий шанкер або збільшений регіонарний лімфатичний вузол.

(syphilis tuberculosa), які розміщені в дермі і які загоюються або рубцевою атрофією, або рубцем, і підшкірні гуми (syphilis gummosa), які лежать у глибоких тканинах, можуть розсмоктатися, не залишивши сліду на шкірі, або розпастися і залишати після себе рубці.

Сифілітичні ураження кісток і суглобів, внутрішніх органів і нервової системи. Ураження кісток і суглобів рідше зустрічаються у вторинному періоді сифілісу і частіше — в третинному періоді. Найчастіше уражаються великоголінкові кістки, потім кістки верхніх кінцівок і кістки голови. Появляється пружно-еластична припухлість веретеноподібної форми, спричинена появою на внутрішньому листку надкісниці гумозного утворення. Звичайно гума швидко поширюється і на кісткову тканину. В цьому періоді розвитку ураження буде вже картина гумозного остеоперіоститу (osteoperiostitis gummosa). В ділянці розміщення гуми кісткова тканина розріджується, тобто розвивається остеопороз. По периферії інфільтрату утворюється нова щільна кісткова тканина (остеосклероз), яка обмежує припухлість щільним кістковим валком.

Гумозні руйнування кісток можуть мати дуже серйозні для хворого наслідки. Так, наприклад, при руйнуванні черепних кісток можуть оголитися мозкові оболонки. Якщо процес локалізується на лицевих кістках, то руйнування їх веде до серйозних виродливостей і каліцтв.

Характерним симптомом при всіх описаних ураженнях є болі в кістках (dolores osteocopi nocturni), що загострюються вночі.

Енергійне і своєчасне протисифілітичне лікування припиняє розвиток процесу.

Сифілітична інфекція вже при наявності ранніх проявів сифілісу може викликати ураження внутрішніх органів і нервової системи. Безумовно, доказових клінічних ознак ураження сифілісом внутрішніх органів немає. Щоб поставити діагноз сифілісу внутрішніх органів, доводиться використовувати наявність інших проявів сифілісу — на шкірі, видимих слизових оболонках, в кістках і т. д., серологічні дослідження, а нерідко і пробне антисифілітичне лікування.

При ураженнях сифілісом нервової системи відрізняють дві форми: ранній, або мезенхімний, сифіліс і пізній, або паренхіматозний Ранній невросифіліс є менінговаскулярною формою. До пізньої форми належать спинна сухотка, міатрофічний[1] спінальний сифіліс і прогресивний параліч. Слід пам'ятати, що поділ невросифілісу на ранній і пізній не має на увазі точного їх розмежування за хронологічним принципом.

Долю хворих вирішує своєчасно розпочате протисифілітичне лікування.

ПРИРОДЖЕНИЙ СИФІЛІС (SYPHILIS CONGENITA). Передача сифілісу плодові відбувається від хворої на сифіліс вагітної жінки через плаценту. Захворювання плаценти, пуповини та яйцевих оболонок, а також ураження блідою спірохетою внутрішніх органів самого плода легко викликають таку характерну для природженого сифілісу смерть плода, яка настає частіше у другій половині вагітності. Звідси виходить, що наявність в «акушерському» анамнезі вагітної вказівок на те, що у неї до цього були викидні, що наста-

[1] Термін для позначення схуднення, атрофії м'язів, які можуть бути різного походження і, зокрема, можуть залежати від захворювань центральної нервової системи і вегетативної нервової системи.

вали у другій половині вагітності, повинна завжди змусити запідозрити наявність сифілісу.

Дуже велике значення для постановки діагнозу сифілісу має факт народження мацерованого (ніби обвареного кип'ятком) плода.

Однак уражена сифілісом дитина далеко не завжди умирає в утробі матері. Дитина може народитися здоровою або достроково, або ж роди настають у строк. При цьому вона може народитися з клінічними проявами сифілісу, або ж вона народжується з вигляду здоровою, і симптоми сифілісу розвиваються пізніше. Розлади в організмі немовляти, спричинені сифілісом, залишають глибокі сліди на загальному стані дитини, яка своїм виглядом нерідко вже нагадує старичка (habitus syphiliticus): маленьке, зморщене личко землистого кольору, суха в'яла шкіра, худенькі ціанотичні ручки й ніжки, кволий тоненький голос. Дитина часто кричить вночі. Відмічається збільшення печінки і селезінки, які виступають з-під краю ребер; іноді у дитини є нефрит, уражаються яєчка та їх додатки. Апетиту у хворої дитини немає, або смоктанню груді заважає наявний у неї нежить; після годування може наставати звичне блювання, відзначається кривавий понос. Надзвичайно характерне для природженого сифілісу грудних дітей ураження очей (хоріоретиніт, іридоцикліт), а також ураження середнього і внутрішнього вуха (отит) та слухового нерва. Захворювання слухового нерва може викликати згодом виникнення глухоти. Поява до одного року життя у дитини менінгіту звичайно також зумовлюється сифілісом. Для постановки остаточного діагнозу велику роль відіграють результати серологічних досліджень і, зокрема, аналізу спинномозкової рідини. Іноді бувають уражені не тільки мозкові оболонки, а й тканина мозку. Тоді ми маємо картину менінгоенцефаліту, який нерідко приводить до стійких змін. Далі, в центральній нервовій системі відзначаються крововиливи, вогнища розм'якшення, зв'язані з ураженням судин мозку. Прогноз при цьому тяжкий, бо без своєчасного протисифілітичного лікування можуть настати необоротні явища у вигляді паралічів кінцівок, розладу мови, ідіотизму і т. д. Іноді спостерігається головна водянка — гідроцефалія. Часто уражається кісткова система то у вигляді періостальних нашарувань, то — остеохондритів, які ведуть до появи так званого псевдопаралічу Парро. Дитина лежить при цьому з нерухомими кінцівками, бо кожен рух супроводиться сильним болем.

Крім описаних проявів природженого сифілісу, можуть спостерігатися прояви сифілісу на шкірі і видимих слизових оболонках. Тут особливо характерними є червоні, інфільтровані, пластинчато-злущувані долоні і підошви, а також інфільтрати навколо рота і заднього прохода, поява на долонях і підошвах пухирів (сифілітична пухирчатка), а також міліарно-пустульозно-плямисті висипання на шкірі, схильні до групування і до злиття в значні бляшки. Останні прояви сифілісу досить уперто протистоять протисифілітичному лікуванню, зникаючи після загоєння інших шкірних проявів сифілісу.

На волосистій частині голови у дитини з природженим сифілісом можуть розвиватися дифузні і вогнищеві облисіння. Зміни нігтів при ранньому природженому сифілісі зустрічаються у вигляді уражень самих нігтів або уражень нігтьового ложа. Такі пароніхії часто спостерігаються одночасно на кількох пальцях.

Всі описані симптоми належать до проявів раннього природженого сифілісу (syphilis congenita praecox), який реєструється у дити-

ни до 4 років. Звичайно ж всі вище зазначені симптоми спостерігаються на першому році життя дитини (так званий сифіліс грудного віку).

Прояви природженого сифілісу у дітей віком від 1 до 4 років (так званий сифіліс раннього дитячого віку) не багаті симптомами. В цьому періоді на шкірі і видимих слизових оболонках можуть зустрічатися плямисті вузликові або гноячкові елементи, що розміщуються групами і зберігають всі властиві їм клінічні особливості. Частіше в цьому періоді спостерігаються папули біля заднього проходу, на зовнішніх статевих органах, у кутках рота, на слизовій оболонці рота і т д Всі ці явища дуже заразні.

Прояви сифілісу у народженої від матері, хворої на сифіліс, на вигляд здорової дитини можуть виявлятись і після 4 років і багато пізніше. Це — пізній природжений сифіліс (syphilis congenita tarda). При цьому реєструються симптоми горбкового або гумозного сифілісу. Залишені без лікування, ці прояви сифілісу можуть вести до значних деструктивних змін. Тут характерною є тріада Гетчінсона: 1) верхні середні різці мають форму похилених одна до одної викруток або на їх нижніх краях є півмісяцеві вирізки; 2) глухота і 3) ураження очей — паренхіматозний кератит. Навколо природних отворів (рот, промежина), де в ранньому дитинстві був інфільтрат, можуть лишитися на все життя глибокі рубці, які розходяться радіарно.

Дуже характерні для пізнього природженого сифілісу зміни в довгих трубчастих кістках, особливо у великогомілковій, які проходять за типом остеоперіоститів. Великогомілкові кістки стають здутими, стовщеними, вони покривлені, опуклі вперед, їх поверхня горбаста. При цьому відбувається ще здовження кістки і відповідне викривлення гомілки вперед («шаблевидні голічки»). Наявність водянки головного мозку в грудному віці залишає більш-менш виразно видимі сліди і в більш пізньому віці дитини.

Ураження внутрішніх органів або центральної нервової системи при пізньому природженому сифілісі нічим не відрізняються від таких уражень при набутому сифілісі

Для запобігання народженню дітей з природженим сифілісом, кожна жінка, що захворіла на сифіліс, повинна пройти повний курс лікування до і 2—3 курса під час кожної вагітності.

Необхідно забезпечити чітку роботу жіночих консультацій по раннього виявленню серед вагітних жінок хворих на сифіліс і своєчасно направляти їх на лікування (докладний анамнез як загальний, так і акушерський, старанний огляд у вагітної шкіри, слизових оболонок, обслідування стану внутрішніх органів, нервової системи, зіничних рефлексів, дослідження крові вагітних на реакцію Вассермана).

Надзвичайно важливим для збереження життя грудної дитини з природженим сифілісом є раннє і енергійне протисифілітичне лікування її. При енергійному лікуванні з початку життя діти добре розвиваються, без будь-яких ознак фізичної і розумової відсталості. Також надзвичайно важливим для сприятливого прогнозу є раціональне вигодовування хворої дитини жіночим молоком і створення гігієнічних умов його життя.

В нашій країні природжений сифіліс став рідким явищем. Умови нашого державного ладу зробили можливим широке виявлення і диспансеризацію всіх хворих, енергійне і швидке лікування, нагляд не

тільки за хворими жінками, а й за всіма вагітними взагалі, старанне клінічне обслідування і серологічний контроль, нагляд за новонародженими. Санітарно-освітня робота в масах сприяє успішному виконанню цього завдання.

Серологічні реакції на сифіліс. Реакція Вассермана (р.В., запропонована в 1906 р.) Кров для р.В. береться звичайно з ліктьової вени в кількості 5 мл. У грудних дітей для одержання крові роблять надріз п'ятки.

Хворому пропонують з'явитися вранці, натщесерце, за день або за два до постановки реакції. Напередодні він не повинен приймати які-небудь лікарські речовини, пити алкогольні напої, їсти жирну їжу. Жінкам рекомендується провадити р.В. поза менструальним циклом. Слід уникати брати кров для аналізу в період якого-небудь інфекційного захворювання, при наявності запорів, після давання наркозу. Всі перелічені привхідні обставини в певному проценті випадків можуть зумовити позитивні результати р.В. і при відсутності сифілісу.

При розвитку сифілітичної інфекції результати р.В. змінюються. На 4-му тижні після виникнення первинної сифіломи поступово р.В. переходить з негативної в позитивну. Ставши позитивною, р.В. стійко лишається такою і у вторинному свіжому, і у вторинному рецидивному періодах сифілісу. Винятки щодо цього бувають дуже рідко і свідчать лише про недостатню реактивність макроорганізму (хворого), даючи можливість ставити несприятливий прогноз. У прихованому вторинному періоді і без лікування р.В. може переходити і в негативну, а потім знову стати позитивною при виникненні клінічного рецидиву або навіть без нього (серологічний рецидив)

У прихованому періоді сифілісу негативна р.В. зовсім не свідчить про те, що сифілісу немає або що він вилікуваний, а є лише певним сприятливим симптомом при загальному задовільному стані здоров'я.

При активних проявах третинного періоду сифілісу позитивна р.В. зустрічається приблизно в $^3/_4$ всіх випадків. Коли зникають активні прояви третинного періоду сифілісу, р.В. часто переходить у негативну. Однак негативна р.В у таких хворих ще не буде свідчити про те, що вони вільні від сифілітичної інфекції. Все сказане щодо коливань р.В. у третинному періоді сифілісу відноситься і до сифілісу нервової системи, і до сифілісу внутрішніх органів. При прогресивному паралічі, при сифілісі серця і великих судин р.В., як правило, позитивна.

При ранньому природженому сифілісі р.В. майже в усіх випадках позитивна і є цінним опорним моментом для розпізнавання хвороби. При пізньому природженому сифілісі результати р.В. в основному аналогічні одержаним у третинному активному періоді набутого сифілісу

Дуже велике практичне значення має дослідження р.В. в крові у хворих на сифіліс, яких піддають лікуванню. В цих випадках результати р.В. роблять істотний вплив на план лікування (див. «*Лікування сифілісу*»).

У окремих хворих, незважаючи на енергійно проведене протисифілітичне лікування, р.В. не переходить в негативну; це так званий серорезистентний сифіліс. В цих випадках проводити без кінця протисифілітичне лікування, добиваючись переходу позитивної р.В. в негативну, немає рації.

Завжди треба мати на увазі, що позитивний результат р.В. ще не є безумовним доказом наявності сифілісу.

Позитивна р.В. може спостерігатися, крім сифілісу, ще при ряді інших захворювань, наприклад, при проказі, тифах, скарлатині, хворобах крові (лейкемія), туберкульозі, злоякісних опухах, бері-бері, сонній хворобі. Треба пам'ятати, що неспецифічна позитивна р.В. може бути при малярії, особливо в період приступів.

Для більш точної серодіагностики сифілісу користуються поряд з р.В. ще й осадочними реакціями. Лабораторія видає результати всіх (звичайно трьох) серологічних реакцій, які і враховуються приблизно в тому чи іншому випадку. В основних рисах усе сказане щодо клінічного витлумачення р.В. стосується і до осадочних реакцій.

Якщо немає серологічних лабораторій, допускається взяти у хворого кров, дати устоятися на місці сироватці накапати градуйованою піпеткою по 0,5 сироватки на 2 ділянки вощанки, целофану або щільного білого паперу і залишити в захищеному місці до наступного дня. Засохлу на папері сироватку з зазначенням прізвища хворого (написи роблять простим олівцем) відсилають у найближчу серологічну лабораторію, яка і провадить звичайно аналізи для діагностики сифілісу.

Тепер великого значення набуло дослідження спинномозкової рідини, особливо з метою діагнозу і прогнозу при сифілітичних захворюваннях центральної нервової системи. Позитивна р.В. у спинномозковій рідині розглядається як один з найважливіших симптомів сифілітичного ураження мозку. Трактування даних дослідження спинномозкової рідини багато складніше, ніж тлумачення результатів р.В. в крові, і потребує спеціальних знань і навиків.

Лікування сифілісу. Тепер для лікування сифілісу застосовують антибіотики (пеніцилін), препарати миш'яку, вісмуту, ртуті і йоду. Це так звані «специфічні» протисифілітичні засоби. Крім цього, використовують ще і неспецифічні засоби. Звичайно, при застосуванні протисифілітичного лікування треба враховувати загальний стан здоров'я хворого. Перед початком всякого протисифілітичного лікування хворого треба старанно обслідувати і врахувати всі протипоказання для призначення цього лікування.

Пеніцилін (penicillinum). Лікувальне діяння плісняви (penicillinum) на сифіліс було встановлено ще в 70-х роках минулого століття нашими вітчизняними ученими О. Г. Полотебновим і В. А. Манасеїним. Тепер найбільш поширеним препаратом є безводна натрійова сіль. Це — гігроскопічний порошок жовтого або білого кольору. Зберігати пеніцилін рекомендується при температурі не вище 10°. Пеніцилін розчиняється в стерильному фізіологічному розчині або в дестильованій воді. Вміст ампул розчиняється з таким розрахунком, щоб кінцева концентрація розчину була 10 000—20 000 ІО (інтернаціональних одиниць) в 1 мл. Пеніцилін при лікуванні сифілісу переважає інші протисифілітичні заходи. Ускладнення при пеніцилінотерапії спостерігаються рідко: зареєстровано реакцію загострення сифілідів після введення пеніциліну, шлунково-кишкові розлади, дерматити, поліневрити та ін. Окремі хворі скаржаться на болі в місці ін'єкції.

Пеніцилін вводиться внутрішньом'язово з розрахунку 60 000 ІО на 1 кг ваги хворого, але не менш 3 600 000 ІО в сумарній дозі на курс, по 40 000 ІО через кожні 3 години.

Препарати миш'яку. Тепер застосовуються такі препарати миш'яку: новарсенол (Novarsenolum), міарсенол (Myarsenolum), осарсол (Osarsolum).

Новарсенол. Для надання новарсенолу форми, придатної для введення в організм, розчиняють його в дестильованій воді, безпосередньо перед вливанням перевареній і охолодженій до кімнатної температури. Новарсенол застосовується внутрішньовенно в концентрованих розчинах з приблизним розрахунком 0,1 препарату на 1,0—1,5 води.

Після розчинення препарат треба вливати протягом найближчих хвилин (5 хвилин), після чого застосовувати його не можна, бо, окисляючись на повітрі, він швидко стає отрутним. Вливання проводять повільно протягом 1,5—2 хвилин під постійним контролем того, що він попадає у вену. При попаданні розчину під шкіру хворий зараз же відмічає почуття болю. Звичайно, всі описані маніпуляції провадяться з додержанням всіх правил асептики. Вливання рекомендується проводити не раніше, як через 2—3 години після приймання їжі. Після вливання хворий не мусить приймати їжі протягом 1,5—2 годин.

В історію хвороби записується доза вливання, серія препарату, кількість води, в якій він був розчинений. Попереду реєструється результат дослідження сечі, бо з появою симптомів ураження нирок не можна робити вливань. Наступного дня після вливання відмічається в історії хвороби стан хворого.

Міарсенол розчиняється у 2—3 мл дестильованої води з додержанням вищенаведених запобіжних заходів і ін'єкується в зовнішній верхній квадрант сідниці.

Новарсенол і міарсенол застосовують у дозах 0,15—0,3—0,45—0,6. Для першого разу застосовують 0,15—0,3. Якщо попереднє вливання не дало ускладнень, то поступово підвищують дозу при кожному вливанні, доводячи її у жінок до 0,45[1] і у чоловіків до 0,6. За курс вводять як жінкам, так і чоловікам 5,0—5,55, маючи на увазі, що недостатнє лікування препаратами миш'яку може привести до ускладнень у перебігу сифілісу. Вливання провадяться з розрахунку 0,12 препарату на добу. Таким чином, після першого вливання 0,15 роблять інтервал у 2 дні, а між вищими дозами — 4—5 днів.

При лікуванні ослаблених людей добову дозу новарсенолу (міарсенолу) слід знижувати до 0,1. Знижувати добові дозировки треба при наявності гіпо- і авітамінозу, алкоголізмі, туберкульозі. При третинних формах сифілісу курсова доза новарсенолу (міарсенолу) не повинна перевищувати 4,0. Ін'єкції міарсенолу показані при пізніх формах сифілісу, поганій переносності новарсенолу, в дитячій практиці, заключних курсах лікування свіжого сифілісу, а також у випадках, коли внутрішньовенне вливання технічно не можна виконати.

Перед кожним вливанням треба робити аналіз сечі і звертати увагу на можливі симптоми недостатньої діяльності нирок, підшлункової залози і печінки: білок, цукор, уробілін.

До лікування, а також і під час проведення лікування слід робити у хворих дослідження морфології крові.

Осарсол. Хворим, які погано переносять новарсенол і міарсенол, можна призначати осарсол, починаючи з малих доз. Осарсол призначається всередину за схемою (див. схему 1).

[1] У фізично міцних жінок вагою не нижче 60 кг при хорошій переносності дозволяється застосовувати одноразову дозу новарсенолу або міарсенолу до 0,6.

Дітям осарсол призначається, як і дорослим, 2 рази на день, але у відповідних до віку дозировках (див. схему 2).

Необхідно докладно інструктувати хворих про порядок приймання осарсолу і про припинення лікування при виникненні побічних явищ.

Застосування осарсолу одночасно з іншими препаратами миш'яку (органічними і неорганічними) недопустиме. Треба стежити за нормальною функцією кишок, станом нирок і періодично робити дослідження сечі.

Протипоказання для лікування сполуками миш'яку поділяються на абсолютні і відносні. *До абсолютних протипоказань* належать:

1. Індивідуальна непереносність препаратів миш'яку.
2. Гострі шлунково-кишкові захворювання, виразка шлунка або дванадцятипалої кишки в стадії загострення.
3. Хвороби печінки несифілітичного характеру з ослабленням її функції.
4. Тяжкі захворювання центральної нервової системи неспецифічного характеру.
5. Поширені гострозапальні захворювання шкіри.
6. Хвороби нирок несифілітичного характеру з порушенням секреторної їх функції (нефрит, нефроз, нефросклероз, туберкульоз нирок).
7. Діабет, що не піддається дієтотерапії.
8. Хвороби серця з тяжкими порушеннями кровообігу.
9. Геморагічний діатез.
10. Тяжкі форми туберкульозу легень і всі випадки кровохаркання.
11. Різко виражені форми базедової хвороби, мікседема, хвороба Аддісона.
12. Гострі інфекційні захворювання (ангіна, грип і т. д.). Виняток становлять інфекції, для лікування яких застосовується сальварсан (ангіна Венсена, сибірка, поворотний тиф, малярія і хвороба Содоку).
13. Захворювання зорового апарата (неспецифічні ірити, іридоцикліти, кератити, хоріоретиніти, ураження зорового нерва).

До відносних протипоказань, коли потрібна особлива обережність при застосуванні сполук миш'яку, належать:

1. Вік понад 50 років.
2. Хронічні інтоксикації (алкоголізм, свинцеві отруєння та ін.).
3. Захворювання серця і судин (особливо м'яза серця).
4. Кахексія (різке виснаження).
5. Туберкульоз легень, носа і гортані.
6. Тяжка форма недокрів'я.
7. Захворювання центральної нервової системи, що супроводяться дегенеративними змінами; епілепсія неспецифічного походження.
8. Ураження гортані з утрудненим диханням, різко виражені тонзиліти, отосклероз.
9. Захворювання печінки і нирок або наявність цих захворювань в анамнезі.
10. Базедова хвороба, ожиріння.
11. Меньєрова хвороба і меньєрівські захворювання.

Побічні явища. При лікуванні препаратами миш'яку можуть виникати такі побічні явища.

Нітритоїдні кризи звичайно настають під час, незабаром або через деякий час після вливання. Частіше появляється різке почервоніння лиця, яке може змінюватись мертвенною блідістю. При цьому дихання стає поверхневим, хворий може непритомніти. Нітритоїдні кризи можуть проявлятися також шлунково-кишковими розладами або гострими обмеженими набряками тканин (шкіри, слизових оболонок). Якщо криз настав під час вливання, треба негайно припинити вливання, хворого покласти, дати до нього доступ свіжого повітря, розстібнути всі застіжки, які утрудняють дихання і ввести підшкірно 0,5—1 мл розчину адреналіну (1 : 1000) і 1 мл 10% розчину кофеїну. Враховуючи можливість виникнення нітритоїдного кризу, треба завжди мати під рукою адреналін і кофеїн.

Підвищення температури, що настає після першого вливання, є вираженням так званої реакції загострення. Підвищення температури, яке повторюється після кожного вливання, звичайно вказує на погану засвоюваність препарату і може поставити питання про необхідність змінити препарат, замінивши, наприклад, новарсенол міарсенолом тощо.

Дерматити (еритродермії) починаються з появи почервоніння шкіри, свербіння, набряклості. Згодом на шкірі можуть появитись мокнучі ділянки різної величини. Це ускладнення нерідко затягується у своєму перебігу, набирає тяжкого характеру і супроводиться високою температурою. Для лікування призначають проносні, роблять внутрішньовенні вливання 10—20% розчину гіпосульфату натрію (Natrii hyposulfurosi) по 10—20 мл щодня. Місцево застосовують цинкове масло за таким прописом:

Rp. Acidi borici pulverati 2,0
Zinci oxydati 20,0
Olei Helianthi 80,0

M.D.S. Зовнішне.

У великій кількості призначають вітамін С.

Нерідким ускладненням є жовтяниця. Вона виникає по закінченні першого, протягом або по закінченні другого курсу лікування, іноді пізніше. В разі появи жовтяниці антисифілітичне лікування треба припинити. Лікування таке саме, як при катаральній жовтяниці, відповідна дієта. Після зникнення жовтяниці хворий не мусить одержувати в наступному курсі лікування миш'яковими препаратами.

Геморагічний енцефаліт є рідким, але тяжким ускладненням. Найчастіше це ускладнення виникає після 3-го—4-го вливання. Слідом за останнім вливанням у хворого того самого дня або через 1—2 дні підвищується температура, починаються різкі головні болі, настає підвищена нервова збудливість, яка закінчується приступами епілептиформних судорог. Хворий непритомніє, згодом розвивається кома, може настати смерть. Рекомендується кровопускання (300—350 мл), спинномозкова пункція, підшкірні ін'єкції адреналіну (1 : 1000) в початковій стадії захворювання внутрішньовенні вливання 40% розчину глюкози; на голову — пузир з льодом, серцеві (кофеїн, бо камфора протипоказана) в міру потреби. При виникненні епілептиформних припадків слід ввести внутрішньом'язово 1,0 гексаналу, розчиненого в 10 мл води. Краще вводити цю дозу в обидві

сідниці по 5 мл в кожну, після чого зробити мікроклізму з 0,5—1,0 мединалу, розчиненого в 20 мл води (попереду поставити очисну клізму або мікроклізму з хлоралгідратом за таким прописом:

Rp. Chlorali hydrati 2,0
Mucilaginis gummi arabici
Aquae destillatae aa 25,0

M.D.S. Для клізм.

В разі потреби можна введення гексеналу і мединалу повторювати кожні 6—8 годин.

Поліневрити спостерігаються, як правило, у осіб, які одержували великі дози миш'якових препаратів протягом першого курсу лікування. Поліневрит — множинне запалення периферичних нервів (майже виключно кінцівок), яке проявляється порушеннями чутливості і болями в дистальних частинах кінцівок, їх похолоданням, набряком, а іноді і парезами. Спостерігається дрижання витягнутих пальців рук. У виражених випадках спостерігаються симптоми Ромберга і виражена атаксія. Хворому з вираженим поліневритом введення препаратів миш'яку протипоказане. Лікування поліневритів: постільний режим, ванни, внутрішньовенне вливання вітаміну B_1 (15 вливань по 50 мл кожне), 10% розчин гіпосульфату або 40% розчин глюкози. Всередину призначають сольові проносні. Масажі і курортне лікування призначаються після стихання гострих явищ.

Агранулоцитоз, що виникає іноді під впливом миш'яку, супроводиться слабістю, розбитістю, болями при ковтанні, підвищенням температури до 39—40°. На мигдаликах, піднебінних дужках, язиці, яснах появляються білі або сірі нальоти, які швидко переходять в гангренозно-некротичні. Характерна для всіх випадків агранулоцитозу різка лейкопенія; відмічається зменшення числа нейтрофілів в крові за рахунок збільшення числа лімфоцитів. Рекомендується лікування пеніциліном.

Реакція загострення настає після першого вливання препаратів миш'яку. Супроводиться ця реакція загостренням клінічних явищ: сифіліди на шкірі стають яснішими, набряклими, яскравими. В перші години після вливань спостерігаються підвищення температури, озноб. Особливо небезпечне виникнення реакції загострення при ураженні гортані в третинному періоді сифілісу, коли є звуження дихальних шляхів. При цьому таке загострення може спричинити закриття дихальних шляхів і привести до смерті від ядухи. Такі самі небезпечні прояви згаданої вище реакції при специфічного характеру ураженні центральної нервової системи. Щоб уникнути реакції загострення, треба перед вливанням препаратів миш'яку зробити 2—3, а іноді і більше ін'єкцій вісмуту і ртуті або фрикцій сірої ртутної мазі.

Іноді доводиться спостерігати післясальварсанні фіброзити. В цих випадках хворі скаржаться на біль в окремому суглобі, утруднення при активних і пасивних рухах.

Лікування: припинення миш'якового лікування, теплі ванни, парафінові укутування, полівітаміни, пірамідон, в тяжких випадках — постільний режим.

Препарати вісмуту. З препаратів вісмуту застосовується, головним чином, Bijochinol у вигляді суспензії для внутрішньом'язових

впорскувань. Біохінол впорскують по 3,0—5,0 з розрахунку 1,0—1,3 на добу На курс вводиться 50,0 препарата.

Bismoverol вводиться 2 рази на тиждень по 1,5 мл суспензії. Всього на курс лікування вводиться 20 мл бісмоверолу.

Найбільш дешевими і доступними препаратами є 10% суспензія в маслі: Bismuti salicylici, Bismuti subnitrici, Xeroformi (трибром-феніл-вісмут), Dermantoli (Bismuti subgallici) та ін. Роблять всього 20 ін'єкцій по 1 мл суспензії — через 3—4 дні.

Препарати ртуті. Ртуть застосовують звичайно або у вигляді фрикцій, або внутрішньом'язових ін'єкцій.

Втирання застосовуються здебільшого у дітей, рідше — у дорослих. Застосовують Unguentum Hydrargyri cinerei simplex. Мазі беруть на втирання у дорослих 4,0—5,0, у дітей — 0,5—2,0. Роблять 30—40 втирань на курс. Після 4—5 втирань робиться на добу перерва, під час якої хворий миється і міняє білизну.

Для внутрішньом'язових впорскувань застосовують розчинні або нерозчинні препарати ртуті. З перших можна назвати: Hydr. bichloratum, Hydr. cyanatum, Hydr. bijodatum і т. д. Застосовують їх в 1—2% розчинах по 1,0 на ін'єкцію. На курс роблять 30—40 щоденних ін'єкцій 1% розчину або 15—20 ін'єкцій 2% розчину через день.

Енергійніше впливають на прояви захворювання і зручніші для застосування впорскування нерозчинних солей ртуті. Звичайно застосовують Hydr. salicylicum і дещо рідше Hydr. thymoloaceticum. Застосовують їх у вигляді 10% суспензії в маслі — звичайно Ol. Amygd. dulc, Ol. Gossipii та ін. На впорскування беруть суспензії 1,0, повторюють ін'єкції кожні 5 днів, 10—12—15 ін'єкцій на курс.

Застосування ртуті всередину тепер залишили. Однак слід вказати, що при проявах третинної форми сифілісу, а також при специфічному ураженні внутрішніх органів і тепер охоче призначають хворим ртуть всередину у вигляді мікстури Бієтта:

Rp. Hydrargyri bijodati rubri 0,2
Kalii jodati 10,0
Aquae destillatae 300,0

M.D.S. По 1 столовій ложці 3 рази на день після їди.

Побічні явища. Не всі хворі однаково добре переносять лікування вісмутом і ртуттю. У деяких непереносність до вісмуту і ртуті виявляється одразу ж, у других розвивається поступово. Спостерігаються ускладнення з боку шкіри, нирок і слизової оболонки порожнини рота. Поява ускладнень потребує припинення лікування важкими металами.

Проводячи протисифілітичне лікування, треба систематично раз на тиждень досліджувати сечу у хворого. Поява в сечі білка, циліндрів, еритроцитів є ознакою захворювання нирок, яке потребує перерви в лікуванні до повного зникнення патологічних елементів у сечі. Найбільш часті ускладнення з боку рота. Спостерігаються ураження різного ступеня, починаючи з легкого почервоніння слизової оболонки і кінчаючи розпадом тканин, від легких гінгівітів до тяжких стоматитів. Згодом можуть відмічатися погіршання загального стану хворого і підвищення температури. Щоб запобігти цим ускклад-

ненням, рекомендується ще до лікування вісмутом і ртуттю провести старанне лікування порожнини рота. Під час лікування хворий повинен старанно чистити зуби і після кожного приймання їжі полоскати рот неміцним розчином соди, розчином борної кислоти (чайна ложечка борної кислоти на склянку перевареної води), розчином марганцевокислого калію 1 : 5000 або кухонної солі ($^1/_2$ чайної ложечки на склянку води).

При лікуванні препаратами вісмуту часто появляється на яснах сіра кайма (вісмутова кайма). Поява вісмутової каймн не є сигналом перервати лікування, але потребує особливої уваги до заходів щодо лікування порожнини рота.

При лікуванні вісмутом і ртуттю може спостерігатись виникнення уражень шлунково-кишкового тракту. При проведенні ртутного лікування іноді бувають явища загальнотоксичного характеру: втрата ваги, апетиту, розвиток анемії.

Звичайно, виникнення одного з перелічених ускладнень потребує перерви в лікуванні важкими металами, поки всі патологічні явища не зникнуть.

Препарати йоду. З препаратів йоду застосовують майже виключно Kalium jodatum—KJ і Natrium jodatum — NaJ. Звичайно застосовують 3—4% розчин солей йоду. На курс дають 70,0—80,0 йодидів. Іноді застосовують tinctura jodi по 15—50 крапель 2—3 рази на день у молоці.

Досить часто і тепер йодиди застосовуються при третинному сифілісі, при сифілітичному ураженні судинної системи і стійкопозитивній реакції Вассермана. Щоб уникнути явищ йодизму, слід у перші дні призначити $^1/_3$—$^1/_2$ звичайної дози.

Запропоновано багато інших препаратів йоду, з яких частіше застосовується сайодин (Sajodinum). Сайодин відпускається в таблетках по 0,5, призначається по 1—2 таблетки 3 рази на добу через годину після їди. Таблетки сайодину треба розжувати або перед приймапням подрібнити. Приймається сайодин протягом місяця. Як правило, сайодин не дає явищ йодизму і не подразнює шлунково-кишкового тракту.

Побічні явища, що викликаються препаратами йоду, відомі під назвою «йодизму». Уражаються при цьому слизові оболонки і шкіра. Поява запалення придаткових порожнин носа, кон'юнктиви, набряку язика і гортані, бронхів, розладу шлунково-кишкового тракту, йодистих висипок (вугрів) — сигнал до припинення лікування йодом або до зменшення доз. Щоб запобігти появі ознак йодизму, рекомендується випивати за 10 хвилин до приймання йоду 1 столову ложку 2% розчину уротропіну.

Протипоказанням для лікування йодом є, крім непереносності препаратів йоду, ще дуже розвинені нефрити, відкритий туберкульоз легень, тяжкі захворювання кровотворної системи і тяжкі несифілітичні захворювання серцевосудинної системи з порушенням компенсації.

Після зникнення явищ йодизму лікування йодом можна відновити при умові повільнішого підвищення доз.

При третинних ураженнях носоглотки потрібна особлива обережність при застосуванні йоду.

Допоміжні засоби для лікування сифілісу. Крім так званих специфічних засобів для лікування сифілісу, існує ще цілий ряд неспецифічних, до яких вдаються для лікування хворого на сифіліс. До

таких засобів належить насамперед піротерапія — лікування засобами і щепленнями деяких гострих інфекційних захворювань, які підвищують температуру організму. Перші спроби лікування сифілісу щепленнями гострих інфекційних захворювань були зроблені одеським лікарем М. С. Розенблюмом в 1874 році.

Щоб досягти стійкого лікувального ефекту, треба комбінувати лікування гарячкою з введенням достатніх доз ртуті (вісмуту) і препаратів миш'яку. Перед щепленням малярії старанно вивчають загальний стан організму і переконуються в тому, що у хворого немає непереносності хініну. Це є важливим моментом, бо хворого на малярію згодом доведеться лікувати хініном. Протипоказане щеплення малярії при захворюванні серця, нирок, та при туберкульозі легень.

Рекомендується спочатку провести хворому протисифілітичне лікування (3 г новарсенолу і 20 г біохінолу). Потім хворому прищеплюється кров, взята від хворого на malaria tertiana (5 мл внутрішньовенно). Інкубаційний період малярії при внутрішньовенному зараженні триває близько тижня. Хворий вже в стаціонарних умовах переносить 8—10 приступів гарячки. Лікування хворого на малярію провадиться призначенням йому хініну: 5 днів по 0,2 г 5 разів на день; 4 дні по 0,2 г 4 рази; 3 дні по 0,2 г 3 рази на день; 2 дні— по 0,2 г 2 рази на день і 1 день — 0,2 г 1 раз. Потім проводять другу половину протисифілітичного лікування. Подібне комбіноване лікування малярією з успіхом проводиться при прогресивному паралічі і при спинній сухотці.

Крім малярії, застосовують щеплення поворотного тифу, ін'єкції тифозної вакцини, ін'єкції 2% суспензії очищеної сірки в персиковому маслі:

Rp. Sulfuris depurati 0,6
Olei persicorum ad 30,0

M.D.S. Для ін'єкції від 0,3 до 1,0 внутрішньом'язово.

Строки ін'єкції встановлюються залежно від реакції організму на попередню ін'єкцію.

До неспецифічної терапії сифілісу належить і лікування на курортах. Лікування на курортах показане хворим з явищами ртутно-вісмутової інтоксикації та хворим, які потребують особливо енергійного лікування.

Залежно від показань, хворі направляються в П'ятигорськ, Сочі-Мацесту, Кисловодськ. Хворим, які перенесли жовтяницю, рекомендується лікування в Єссентуках, Железноводську, П'ятигорську. На курорти хворих слід направляти для одночасного бальнеологічного і специфічного лікування.

Принципи лікування сифілісу. Лікування сифілісу повинне бути раннім, насиченим, тривалим і складатися з ряду курсів. Беручи до уваги, що спірохети можуть звикати до одного і того самого медикаменту, слід, уникаючи одноманітності, чергувати специфічні засоби протягом усього періоду лікування. Проводячи лікування хворого, треба в кожному окремому випадку індивідуалізувати це лікування. Схеми лікування сифілісу, які ми наводимо нижче, повинні служити

лише для орієнтації, а саме лікування треба проводити з урахуванням стану здоров'я хворого.

При первинному серонегативному сифілісі рекомендується провести 3 курси інтенсивного комбінованого лікування з інтервалами в 1 місяць. Лікування рекомендується проводити за схемами 3, 4, 5 (див. додаток).

Первинний серопозитивний і свіжий вторинний сифіліс лікують 6 курсами. Керівними принципами і в цих випадках повинні бути інтенсивність лікування і зміна препаратів. Курсову дозу новарсенолу при відсутності протипоказань і ускладнень рекомендується доводити до 5,55 г; перші дози новарсенолу — 0,15—0,3 г. Перший, другий і четвертий курси проводити новарсенолом в комбінації з препаратами вісмуту або ртуті; третій і п'ятий курси — міарсенолом в комбінації з вісмутовими препаратами, шостий курс — ціаністою ртуттю в комбінації з осарсолом. В тих випадках, коли перехід позитивної реакції Вассермана в негативну затримується, ми намагаємося дати хворому не менше 3 курсів повноцінного лікування після того, як реакція Вассермана з позитивної перейшла в негативну.

Лікування проводиться приблизно за схемами 3, 5.

Перший курс — новарсенолу 5,0—5,55 г, біохінолу 50 мл (див. схему 3); перерва 1 місяць. Другий курс — новарсенолу 5,0—5,55 г, 2% ціаністої ртуті 20 мл (див. схему 5); перерва 1 місяць. Третій курс — міарсенолу 5,0—5,55 г, біохінолу 50 мл (див. схему 3); перерва 1 місяць. Четвертий курс — новарсенолу 5,0—5,55 г, 2% ціаністої ртуті 20 мл (див. схему 5); перерва 1 місяць. П'ятий курс — міарсенолу 5,0—5,55 г, біохінолу 50 мл (див. схему 3); перерва 3 тижні. Шостий курс — 2% ціаністої ртуті 20 мл в комбінації з осарсолом 30—40 г.

При вторинному рецидивному сифілісі рекомендується в першому курсі зробити спочатку 3 ін'єкції вісмутових препаратів.

Якщо реакція Вассермана не переходить в негативну на початок третього курсу лікування, то слід такому хворому провести не шість, а вісім курсів лікування.

При лікуванні третинних форм сифілісу курси повинні бути менш інтенсивними, а кількість їх доходити до 8. Курсова доза новарсенолу — близько 4 г. Перша доза новарсенолу (міарсенолу) — 0,15—0,3 г. Чергування: перший, другий і четвертий курси — новарсенол, третій і п'ятий — міарсенол, шостий і сьомий — осарсол, восьмий — один біохінол, без препаратів миш'яку. При лікуванні пізніх третинних форм сифілісу спочатку роблять 5—6 ін'єкцій вісмуту або ртуті, а потім переходять до застосування препаратів миш'яку (див. схеми 6 і 7).

При лікуванні третинних форм інтервали між курсами можуть бути здовжені до 1,5 місяця на початку лікування і до 2 місяців між останніми курсами.

Препарати йоду застосовуються переважно при лікуванні третинних форм сифілісу одночасно з іншими специфічними засобами з самого початку лікування. Препарати йоду слід застосовувати ще і в проміжках між трьома останніми курсами при вторинному сифілісі, а також при ураженні кісток, при серостійких формах і при злоякісному перебігу сифілісу.

У випадках клінічного або серологічного рецидиву попереднє лікування не береться до уваги. В цих випадках, крім специфічних препаратів рекомендується застосовувати також піротерапію (на початку курсу, в середині і в кінці).

В амбулаторній практиці можна користуватися так званим одномоментним методом лікування сифілісу (див. схему 8).

Місцеве лікування сифілідів. Для лікування твердого шанкеру або мокнучих сифілідів можна застосовувати 3—5—10% білу преципітатну ртутну мазь, присипку каломелем після попереднього обмивання 1% розчином кухонної солі.

Необхідний гігієнічний догляд, особливо при розміщенні сифілідів на ділянках шкіри, що стикаються.

Лікування сифілісу у вагітних. Вагітні, які хворіли на сифіліс, навіть зняті з обліку, повинні проходити специфічне лікування протягом усієї першої вагітності, незалежно від часу захворювання і проведеного раніше лікування[1]. Вагітність з нормальним перебігом не є протипоказанням для лікування миш'яковими препаратами. Вагітні повинні лікуватись препаратами новарсенолу, вісмуту і ртуті.

Навіть при відсутності зовнішніх проявів сифілісу і підозрілого анамнезу треба призначати вагітним специфічне лікування, якщо при дослідженні крові одержано дворазово позитивний результат серологічних реакцій (реакція Вассермана та осадочні). Не слід починати лікування вагітних при одержанні навіть повторно слабопозитивного або сумнівного результату серологічних реакцій без сифілісу в анамнезі і при відсутності захворювання у чоловіка.

До позитивного результату серологічних досліджень в останній тиждень вагітності треба ставитися дуже обережно, лікування не починати і повторити серологічне дослідження (не раніше ніж через 10 днів після родів).

Після встановлення у вагітної сифілісу треба негайно почати специфічне лікування, незалежно від строку вагітності. Одномоментний метод лікування сифілісу у вагітних не застосовується. Під час вагітності необхідно провести 2—3 курси комбінованого лікування.

Превентивне або *запобіжне лікування сифілісу* рекомендується проводити в таких випадках:

а) вагітним жінкам (які мають на те показання) в обов'язковому порядку;

б) чоловікам, якщо після можливого зараження минуло не більше 15 днів; в таких випадках рекомендується провести 2 курси мішаного лікування;

в) жінкам, якщо після можливого зараження минуло не більше 15—20 днів; в таких випадках слід проводити 3 курси мішаного лікування.

Запобіжне лікування проводиться без наявності у суб'єкта проявів сифілісу, коли є велика небезпека попереднього зараження. До таких випадків належать: наявність статевого контакту з особою, яка має активні прояви первинного або вторинного періоду сифілісу; поцілунки з особою, у якої прояви сифілісу є на губах і в роті; годування здоровою жінкою грудної дитини з активними проявами сифілісу (превентивно лікувати жінку, яка годувала груддю) або годування груддю хворою на активні форми сифілісу здорової дитини (лікуванню підлягає дитина). Крім цього, запобіжне лікування проводиться в тих випадках, коли здоровому суб'єктові зроблено переливання крові донора, що виявився хворим на сифіліс.

---

[1] Питання про необхідність лікування при наступних вагітностях вирішує лікар. Вагітні, які раніше одержали превентивне лікування, терапії не підлягають.

Запобіжне щеплення чоловікам роблять новарсенолом і препаратами вісмуту, а жінкам перші 2 курси новарсенолом і вісмутовими препаратами, третій курс — новарсенолом і препаратами ртуті. Особи, не взяті на запобіжне лікування, підлягають наглядові: чоловіки — протягом 3 місяців, жінки — 6 місяців. В перший місяць нагляду їх слід обслідувати кожні 7—10 днів, а потім рідше.

Лікування сифілісу у дітей. Діти без клінічних і серологічних симптомів, які народились від хворих на сифіліс матерів, що не лікувались, або погано лікувались, підлягають негайному специфічному лікуванню.

Діти без клінічних і серологічних симптомів, що народились від матерів, які одержували запобіжне лікування до або під час вагітності, підлягають тільки наглядові.

Діти без клінічних або серологічних симптомів, що народились від матерів, хворих на сифіліс, добре лікованих до і під час вагітності, підлягають наглядові.

Лікування треба починати якомога раніше і проводити якомога інтенсивніше.

При лікуванні дітей застосовуються у відповідних дозировках ті самі протисифілітичні засоби, якими користуються при лікуванні дорослих: новарсенол, міарсенол, осарсол, вісмут, ртуть, йод і пеніцилін.

При лікуванні дітей з раннім природженим сифілісом проводиться 8 курсів з проміжками між першими курсами в 1—1,5 місяця, а між шостим і сьомим, сьомим і восьмим курсами — до 2 місяців.

Одномоментне лікування дітей проводиться так само, як і дорослих (див. схему 10).

Введення новарсенолу грудним дітям, особливо з ураженням внутрішніх органів, треба починати після кількох ін'єкцій ртуті або вісмуту.

Крім віку, при призначенні лікування треба брати до уваги і вагу дитини. Як новарсенол, так і міарсенол вводять дітям віком до одного року з розрахунку 0,01—0,03 г на 1 кг ваги дитячи. Дозировка підвищується поступово: на перше вливання дитина одержує 0,01 г, на друге — 0,015 г, на третє — 0,02 г, на четверте — 0,03 г на кг ваги при хорошій переносності попередніх вливань; далі дозировка лишається та сама і після четвертого вливання не підвищується.

Проміжки між вливаннями дорівнюють 5 дням.

Якщо у дитини після вливання підвищується температура, відмічається блювання або часте випорожнення, доза на наступне вливання не тільки не підвищується, а, залежно від стану дитини, може бути знижена; іноді доводиться збільшувати проміжки між вливаннями. Для дітей кволих з підвищеною температурою, з нервовим і вісцеральним сифілісом перша доза може бути нижча — 0,005 г на 1 кг ваги; для наступних вливань дозировка поступово підвищується. Одноразова доза для дитини віком до 1 року при наступних вливаннях не повинна перевищувати 0,1—0,15 г залежно від ваги. Всього на 1 курс грудна дитина віком до 1 року одержує 1—1,25 г новарсенолу. Кількість вливань коливається від 10 до 12.

Для дітей віком 1—3 роки найбільшою дозою на 1 кг ваги є 0,02 (0,01 г на перше, 0,015 г на друге і 0,02 на третє вливання на 1 кг ваги). На інші вливання дозировка новарсенолу (міарсенолу) лишається та сама, тобто 0,02 г на 1 кг ваги. Одноразова доза для дітей віком 1—3 роки коливається від 0,05 до 0,2 г. Всього на курс

дитина віком до 3 років одержує від 1,5 до 2 г новарсенолу (міарсенолу).

Діти віком 3—5 років одержують не більш як 0,015 г на 1 кг ваги (для першого вливання 0,01 г, для другого і наступних — 0,015 г новарсенолу або міарсенолу на 1 кг ваги). Одноразова доза для цього віку коливається від 0,1 до 0,3 г препарату. На курс діти віком від 3 до 5 років одержують 2—3 г новарсенолу або міарсенолу.

Для дітей віком 5—10 років одноразова доза для першого вливання дорівнює 0,1 г новарсенолу або міарсенолу і підвищується поступово до 0,3 г на п'яте і всі інші вливання. Всього на курс діти одержують від 2,5 до 3 г новарсенолу або міарсенолу.

Для дітей віком 10—15 років одноразова доза може бути доведена до 0,35 г і курсова — до 3,5 г при хорошій вазі і хорошому загальному стані дитини.

Новарсенол вводиться грудним дітям внутрішньовенно — у вени голови, ліктьові і яремні.

Дітям віком до 1 року при внутрішньовенному вливанні новарсенол вводиться в слабоконцентрованому розчині: не менш як в 1,5 мл дестильованої свіжостерилізованої води. Для дітей після року новарсенол розчиняється з розрахунку 0,1 на 1 мл води. Міарсенол розчиняється не більш як в 1 мл води.

Розчини новарсенолу (міарсенолу) готуються безпосередньо перед вливанням окремо на кожного хворого.

В останніх курсах для лікування сифілісу у дітей слід застосовувати осарсол.

Біохінол вводиться дитині з розрахунку 0,1 мл суспензії, бісмоверол — з розрахунку 0,05 мл суспензії, 1% розчин ціаністої ртуті — з розрахунку 0,1 мл на 1 кг ваги дитини. Вісмутові і ртутні ін'єкції роблять внутрішньом'язово кожні 2 дні.

Ускладнення при застосуванні вісмутових і ртутних препаратів зводяться переважно до подразнення, рідше — запалення нирок і стоматитів у дітей після 1 року.

При застосуванні вісмутових препаратів відмічаються вісмутові клітини в сечі і вісмутова каймока на яснах.

Втирання сірої ртутної мазі робляться з розрахунку 0,1 г мазі на 1 кг ваги дитини.

Застосування ртутних препаратів протипоказане у кволих дітей з явищами анемії, з туберкульозною інтоксикацією.

Дослідження сечі треба робити 1 раз на 5 днів.

В першому курсі лікування дитині слід вводити сальварсанні препарати в комбінації з біохінолом; далі вісмутові і ртутні препарати чергуються при обов'язковому введенні сальварсанних препаратів у кожному курсі.

Лікування дітей з явищами пізнього природженого сифілісу проводиться за загальними принципами лікування третинного сифілісу у відповідних вікові дозировках. Звичайно рекомендується 8 курсів лікування.

Протипоказаннями до застосування новарсенолу і інших згаданих миш'якових препаратів у дітей віком до 3 років в основному є інфекційні захворювання, гострі розлади шлунково-кишкового тракту (повторне блювання, стійкі у великій кількості зригування, часте рідке випорожнення, особливо з домішкою крові), що приєднуються пізніше. У випадках нерізко виражених диспепсій застосу-

вання новарсенолу (міарсенолу) не дає погіршання. У дітей старших віків протипоказання ті самі, що й у дорослих.

Ускладнення у дітей віком до 3 років, викликані введенням сальварсанних препаратів, спостерігаються рідше, ніж у дорослих, проходять звичайно легко. Ці ускладнення зводяться до незначного підвищення температури (не вище 38°) і розладу з боку шлункового тракту (зригування, рідше — блювання, диспептичне випорожнення). Ці явища зникають звичайно через 2—3 дні і не є перешкодою для дальшого лікування. В дитячому віці дерматити зустрічаються рідко і проходять звичайно легко.

Додаток

Схеми лікування сифілісу, затверджені Міністерством охорони здоров'я СРСР (1948 р.)

Схема 1

Схема застосування осарсолу у дорослих

День лікування	Доза	Час приймання
1-й день	1 таблетка (0,25)	Вранці за годину до їди
2-й „	1 „ (0,25)	„
	1 „ (0,25)	Ввечері „
3-й „	2 таблетки (0,5)	Вранці „
	1 таблетка (0,25)	Ввечері „
4-й „	2 таблетки (0,5)	Вранці „
	2 таблетки (0,5)	Ввечері „
5-й „	Так само, як в 4-й день	

Примітка. Після 5 днів приймання осарсолу призначають перерву на 3 дні. Потім протягом 5 днів призначаються 2 таблетки (0,5) вранці натщесерце і 2 таблетки (0,5) ввечері перед вечерею з наступною перервою кожен раз на 3 дні; загальна доза 40 г на курс. З другого тижня одноразовою дозою для дорослих є 0,5, добовою — 1,0 осарсолу. При вісцеральному сифілісі нервової системи добова доза осарсолу дорівнює 0,75—1,0 (3—4 таблетки).

Схема 2

Схема застосування осарсолу у дітей

Вік	Одноразова доза	Денна доза	Курсова доза
Від 1 до 6 місяців . . .	0,06	0,12	4,0
„ 6 місяців до 1 року .	0,12	0,24	6,0
„ 1 року до 2 років .	0,15	0,3	8,0
„ 2 років до 5 „ . .	0,25	0,5	10,0
„ 5 „ до 8 „ . .	0,25	0,5	15,0
„ 8 „ до 12 „ . .	0,25—0,5	0,5—0,75	20,0
„ 12 „ до 16 „ . .	0,25—0,5	0,75	25,0
„ 16 „ до 18 „ . .	0,25—0,5	0,75—1,0	30,0

Схема 3

Звичайне лікування первинного серонегативного, первинного серопозитивного, вторинного активного і вторинного прихованого сифілісу новарсенолом (міарсенолом) і біохінолом

День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза біохінолу в мл	День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза біохінолу в мл
1-й	—	2,0	22-й	—	4,0 / 29,0
3-й	—	3,0 / 5,0	25-й	0,6 / 3,15	—
4-й	0,3	—	27-й	—	4,0 / 33,0
5-й	—	4,0 / 9,0	30-й	0,6 / 3,75	—
6-й	0,45 / 0,75	—	31-й	—	4,0 / 37,0
8-й	—	4,0 / 13,0	35-й	0,6 / 4,35	—
10-й	0,6 / 1,35	—	36-й	—	4,0 / 41,0
11-й	—	4,0 / 17,0	39-й	—	3,0 / 44,0
14-й	—	4,0 / 21,0	40-й	0,6 / 4,95	—
15-й	0,6 / 1,95	—	42-й	—	3,0 / 47,0
17-й	—	4,0 / 25,0	45-й	0,6 / 5,55	—
20-й	0,6 / 2,55	—	46-й	—	3,0 / 50,0

Примітка. В усіх схемах числівник означає одноразову дозу, а знаменник — сумарну.

Звичайне лікування первинного і вторинного прихованого сифілісу новарсенолом (міарсенолом) і 10% суспензією саліциловокислої ртуті

День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 10% суспензії саліциловокислої ртуті в мл	День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 10% суспензії саліциловокислої ртуті в мл
1-й	—	0,5	28-й	—	0,1 / 6,5
3-й	—	1,0 / 1,5	30-й	0,6 / 3,75	—
4-й	0,3	—	33-й	—	1,0 / 7,5
6-й	0,45 / 0,75	—	35-й	0,6 / 4,35	—
8-й	—	1,0 / 2,5	38-й	—	1,0 / 8,5
10-й	0,6 / 1,35	—	40-й	0,6 / 4,95	—
13-й	—	1,0 / 3,5	43-й	—	1,0 / 9,5
15-й	0,6 / 1,95	—	45-й	0,6 / 5,55	—
18-й	—	1,0 / 4,5	48-й	—	1,0 / 10,5
20-й	0,6 / 2,55	—	53-й	—	1,0 / 11,5
23-й	—	1,0 / 5,5	58-й	—	1,0 / 12,5
25-й	0,6 / 3,15	—			

Примітка: Лікування за цією схемою провадиться при повторних курсах.

Схема 5

Лікування первинного і вторинного прихованого сифілісу новарсенолом (міарсенолом) і 2% розчином сулеми або 2% розчином ціаністої ртуті

День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 2% розчину сулеми, ціаністої ртуті в мл	День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 2% розчину сулеми, ціаністої ртуті в мл
1-й	—	1,0	21-й	—	1,0 / 11,0
3-й	—	1,0 / 2,0	23-й	—	1,0 / 12,0
4-й	0,3	—	25-й	0,6 / 3,15	1,0 / 13,0
5-й	—	1,0 / 3,0	27-й	—	1,0 / 14,0
6-й	0,45 / 0,75	—	29-й	—	1,0 / 15,0
7-й	—	1,0 / 4,0	30-й	0,6 / 3,75	—
9-й	—	1,0 / 5,0	31-й	—	1,0 / 16,0
10-й	0,6 / 1,35	—	33-й	—	1,0 / 17,0
11-й	—	1,0 / 6,0	35-й	0,6 / 4,35	1,0 / 18,0
13-й	—	1,0 / 7,0	37-й	—	1,0 / 19,0
15-й	0,6 / 1,95	1,0 / 8,0	39-й	—	1,0 / 20,0
17-й	—	1,0 / 9,0	40-й	0,6 / 4,95	—
19-й	—	1,0 / 10,0	45-й	0,6 / 5,55	—
20-й	0,6 / 2,55	—			

Примітка: Лікування за цією схемою провадиться при повторних курсах.

Схема 6

Лікування третинного сифілісу новарсенолом (міарсенолом) і біохінолом

День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза біохінолу в мл	День лікування	Доза новарсенолу (марсеінолу) в г	Доза біохінолу в мл
1-й	—	2,0	27-й	—	3,0 / 29,0
3-й	—	3,0 / 5,0	29-й	0,6 / 2,1	—
6-й	—	3,0 / 8,0	30-й	—	3,0 / 30,0
9-й	—	3,0 / 11,0	33-й	—	3,0 / 35,0
12-й	—	3,0 / 14,0	35-й	0,6 / 2,7	—
13-й	0,15 (0,3) / 0,15	—	36-й	—	3,0 / 38,0
15-й	—	3,0 / 17,0	39-й	—	3,0 / 41,0
16-й	0,3 / 0,45	—	41-й	0,6 / 3,3	—
18-й	—	3,0 / 20,0	42-й	—	3,0 / 44,0
19-й	0,45 / 0,9	—	45-й	—	3,0 / 47,0
21-й	—	3,0 / 23,0	47-й	0,6 / 3,9 (4,05)	—
23-й	0,6 / 1,5	—	48-й	—	3,0 / 50,0
24-й		3,0 / 26,0			

Схема 7

Лікування третинного сифілісу новарсенолом (міарсенолом) і 2% розчином сулеми або 2% розчином ціаністої ртуті

День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 2% розчину сулеми, ціаністої ртуті в мл	День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 2% розчину сулеми, ціаністої ртуті в мл
1-й	—	1,0	22-й	0,6 / 1,5	—
3-й	—	1,0 / 2,0	23-й	—	1,0 / 12,0
5-й	—	1,0 / 3,0	25-й	—	1,0 / 13,0
7-й	—	1,0 / 4,0	27-й	—	1,0 / 14,0

Продовження табл.

День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 2% розчину сулеми, ціаністої ртуті в мл	День лікування	Доза новарсенолу (міарсенолу) в г	Доза 2% розчину сулеми, ціаністої ртуті в мл
9-й	—	1,0 / 5,0	28-й	0,6 / 2,1	—
11-й	—	1,0 / 6,0	29-й	—	1,0 / 15,0
12-й	0,15 (0,3) / 0,15	—	31-й	—	1,0 / 16,0
13-й	—	1,0 / 7,0	33-й	—	1,0 / 17,0
15-й	0,3 / 0,45	1,0 / 8,0	34-й	0,6 / 2,7	—
17-й	—	1,0 / 9,0	35-й	—	1,0 / 18,0
18-й	0,45 / 0,9	—	37-й	—	1,0 / 19,0
19-й	—	1,0 / 10,0	39-й	—	1,0 / 20,0
21-й	—	1,0 / 11,0	40-й	0,6 / 3,3	—
			46-й	0,6 / 3,9 (4,05)	—

Схема 8

Одночасне введення новарсенолу і біохінолу (або ртуті) при первинному і вторинному прихованому сифілісі

День лікування	Новарсенол в г	Біохінол в мл	10% саліцилово-кисла ртуть в мл	День лікування	Новарсенол в г	Біохінол в мл	10% сал.-цилово-кисла ртуть в мл
1-й . .	—	3	0,5	41-й . .	0,6	5	1,0
4-й . .	0,3	3	1,0	46-й . .	0,6	5	1,0
7-й . .	0,45	5	1,0	51-й . .	—	—	1,5
11-й . .	0,6	5	1,0				
16-й . .	0,6	5	1,0				
21-й . .	0,6	5	1,0				
26-й . .	0,6	5	1,0	Число відвідувань 12	5,55	51	12,0
31-й . .	0,6	5	1,0				
36-й . .	0,6	5	1,0				

Примітки: 1. Спочатку вводиться новарсенол і через півгодини, якщо немає побічних явищ, — біохінол або ртуть.

2. Біохінол вводиться окремо по 2,5 мл в кожну сідницю.

3. Введення двох лікарських речовин в один день допускається, якщо у хворого немає яких-небудь протипоказань до застосування специфічних засобів.

Схема 9

Одноразові і курсові дози новарсенолу (міарсенолу), біохінолу і ртутних препаратів при лікуванні природженого і набутого сифілісу у дітей

Вік	Новарсенол (міарсенол) в г		Біохінол в мл		1% розчин оксиціаністої ртуті в мл		Втирання сірою ртутною маззю в г		Каломель в г
	Одноразова доза	Сумарна доза	Одноразова доза	Сумарна доза	Одноразова доза	Сумарна доза	Одноразова доза	Сумарна доза	
До 6 місяців . . .	0,03—0,15	0,8—1,0	0,3—0,5	8,0	0,3—0,5	6,0—8,0	—	—	0,005
6 місяців — 1 р. .	0,05—0,15	1,0—1,25	0,5—0,8	8,0—10,0	0,5—0,8	8,0—10,0	0,5—1,0	30,0—40,0	0,01—0,02
1 — 3 роки . . .	0,05—0,2	1,5—2,0	0,5—1,0	12,0—15,0	0,5—1,0	12,0—15 0	1,0	40,0	0,02
3 — 5 років . . .	0,1—0,3	2,0—3,0	1,0—1,5	15,0—20,0	0,75—1,5	15,0 – 20,0	1,5	40,0—50,0	Три рази на день після їди по 1 порошку на молоці протягом 4—6 тижнів
5 — 10 „ . . .	0,1—0,3	2,5—3,0	1,0—2,0	20,0 – 25,0	1,0—1,5	17,0—20,0	1,5—2,0	50,0—60,0	
10—15 „	0,15—0,35	3,0—3,5	1,0—3,0	25,0—30,0	1,0—1,5	20,0—30,0	2,0—3,0	60,0—80,0	

Примітка: Зазначені одноразові дози новарсенолу (міарсенолу) розраховані для введення 1 раз на 5 днів. Впорскування біохінолу і ртуті провадяться через 2 дні на третій. Втирання ртутної мазі провадиться щодня, як у дорослих, з перервою на 1 день після 4 — 5 втирань.

Схема 10

Примірна схема одночасного введення новарсенолу (міарсенолу) і біохінолу при лікуванні сифілісу у дітей

Вік	Препарати	День введення											Курсова доза	
		1-й	5-й	10-й	15-й	20-й	25-й	30-й	35-й	40-й	45-й	50-й	Новарсенол в г	Біохінол в мл
До 6 місяц.	Новарсенол в г	—	0,05	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,15	0,1	—
	Біохінол в мл	0,2	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	—	8
Від 6 місяц. до 1 року	Новарсенол в г	—	0,05	0,1	0,1	0,1	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	1,25	—
	Біохінол в мл	0,3	0,7	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	—	10
Від 1 до 3 років .	Новарсенол в г	—	0,05	0,1	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,2	0,2	1,5	—
	Біохінол в мл	0,5	1,0	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5	—	14
Від 3 до 5 років .	Новарсенол в г	—	0,1	0,15	0,15—0,25	0,2—0,25	0,2—0,25	0,2—0,25	0,25—0,3	0,25—0,3	0,25—0,3	0,25—0,3	2,0—2,4	—
	Біохінол в мл	0,5	1,5	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	-	20
Від 5 до 10 років	Новарсенол в г	—	0,1	0,15—0,2	0,2—0,3	0,2—0,3	0,25—0,3	0,25—0,3	0,25—0,3	0,25—0,3	0,25—0,3	0,25—0,3	2,15—2,7	—
	Біохінол в мл	1,0	1,5	2,0	2,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	—	24
Від 10 до 15 років .	Новарсенол в г	—	0,15	0,25	0,3	0,3	0,3	0,3	0,35	0,35	0,35	0,35	3,0	—
	Біохінол в мл	1,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	—	30

Лікування пеніциліном дорослих.

1. Запобіжне лікування — один курс лікування пеніциліном.

2. При первинному серонегативному сифілісі перший курс лікування проводиться пеніциліном, слідом за цим після 7—10-денної перерви — курс комбінованого лікування.

При проведенні першого комбінованого курсу лікування після пеніцилінотерапії новарсенол вводиться з розрахунку 0,1 і біохінол— 1 мл. на добу.

Під час перерви між лікуванням пеніциліном і першим мішаним курсом хворі повинні перебувати в стаціонарі. Хворий може бути виписаний із стаціонара після половини першого курсу (новарсенол — вісмут) для дальшого амбулаторного лікування.

3. При сифілісі первинному серопозитивному і сифілісі вторинному свіжому спочатку проводиться курс лікування пеніциліном і слідом за ним після 7—10-денної перерви — курс комбінованого лікування. Після місячної перерви — ще два курси комбінованого лікування із звичайними проміжками (всі курси за схемами).

4. При сифілісі вторинному рецидивному:

а) нелікованому — перший курс лікування проводиться пеніциліном, слідом за яким після 7—10-денної перерви — курс комбінованого лікування, після чого перерва 1 місяць; потім другий курс лікування пеніциліном, слідом за яким—курс комбінованого лікування, перерва 1 місяць, після чого ще 2 курси комбінованого лікування за схемами. Пеніцилін дається в сумарній дозі з розрахунку 100 000 ІО на 1 кг ваги хворого;

б) лікованому (включаючи серорецидивний) — спочатку проводиться курс лікування пеніциліном (100 000 ІО на 1 кг ваги, не менше 4 800 000), слідом за яким після 7—10-денної перерви проводиться курс комбінованого лікування, після чого перерва 1 місяць; потім другий курс лікування пеніциліном у тій самій дозі, слідом за яким після 7—10-денної перерви проводиться курс комбінованого лікування, після чого перерва 1 місяць і ще 3 курси комбінованого лікування (за схемами).

5. При сифілісі третинному активному спочатку проводиться курс лікування пеніциліном, після чого 5 курсів комбінованого лікування (за схемами).

6. При серорезистентному сифілісі лікування проводиться за схемами лікування вторинного рецидивного сифілісу з додаванням методів неспецифічної терапії (ін'єкції сірки та інші методи неспецифічної терапії).

7. Лікування вагітних. Всі вагітні, незалежно від раніше одержаного лікування, повинні інтенсивно лікуватися. Перший курс проводиться пеніциліном з розрахунку 80 000 ІО на 1 кг ваги, але не менше 4 800 000 на курс; потім після 7—10-денної перерви проводиться курс комбінованого лікування без пеніциліну, перерва 1 місяць, потім другий курс комбінованого лікування (за схемами).

При вагітності, туберкульозі, тяжких захворюваннях центральної нервової системи (епілепсія та ін.), ураженнях внутрішніх органів, щоб уникнути бурхливої реакції загострення, слід призначати лікування з половинної одноразової дози пеніциліну, поступово підвищуючи дозировку.

При протипоказаннях до застосування миш'якових препаратів або препаратів важких металів, а також у тих випадках, коли звичайне специфічне лікування не переноситься, рекомендується ліку-

вання пеніциліном з наступним застосуванням прийнятого препарату. При абсолютній непереносності звичайної неспецифічної терапії лікування пеніциліном проводиться в кількості від 3 до 4 курсів з 3—4-тижневою перервою, залежно від стадії сифілісу.

Примітка: По закінченні вагітності наступне лікування (якщо попереднє лікування було недостатнім) проводиться залежно від стадії сифілісу, при якій було почато лікування вагітної.

Лікування пеніциліном дітей.

1. Грудні діти до 1 року з проявами природженого сифілісу: курсова доза на 1 кг ваги дитини дорівнює від 200 000 до 300 000 ІО. Загальна кількість пеніциліну на курс становить у середньому 1 500 000 ІО.

Пеніцилін вводиться 6 разів на добу по 5 000—20 000 ІО на ін'єкцію. Початкова доза (перші 1—2 доби), щоб уникнути реакції загострення, становить 30 000 ІО, в наступні дні доза збільшується на 30 000 ІО, щодоби, з доведенням до 120 000 ІО. Тривалість курсу — до 12—18 днів.

Після першого курсу пеніцилінотерапії — перерва 2 тижні. Після перерви проводиться другий курс лікування пеніциліном у тих самих дозах, що й перший.

Після тритижневої перерви проводяться 3 курси комбінованого лікування (за схемою). Дальше лікування залежить від перебігу захворювання.

2. Діти від 1 до 4 років з проявами природженого сифілісу: доза пеніциліну на 1 кг ваги — від 150 000 до 200 000 ІО. Загальна кількість пеніциліну на курс лікування становить не менше 2 000 000 ІО. Методика лікування і тривалість курсу та сама, що й в грудному віці.

Через 3 тижні після проведення другого курсу пеніцилінотерапії проводиться комбіноване лікування в кількості 3—4 курсів з перервами в 1—1,5 місяця (за схемами).

3. Пізній природжений сифіліс: лікування проводиться так само, як і при третинному активному сифілісі. Показаннями до застосування пеніциліну у дітей з пізнім природженим сифілісом є: ураження вісцеральних органів, паренхіматозний кератит, нервово-психічні зміни та ін.

В цих випадках також рекомендується проведення двох послідовних курсів лікування пеніциліном з двотижневим проміжком між ними. Курсова доза 150 000 ІО на 1 кг ваги, але не менше 2 500 000 ІО на курс лікування по 40 000 на кожну ін'єкцію. Ін'єкції роблять 6 разів на добу.

Після другого пеніцилінового курсу проводиться комбіноване лікування в кількості від 5 до 6 курсів, залежно від перебігу захворювання і переносності лікування (за схемами).

4. Набутий сифіліс у дітей слід лікувати за тими же принципами, що й природжений сифіліс, застосовуючи ту саму методику, одноразові і курсові дози пеніциліну, відповідно до віку, вказаному при лікуванні дітей з природженим сифілісом.

Венерологічні заклади, які проводять лікування сифілісу за вказаними схемами, зобов'язані вести систематичний нагляд над дорос-

лими не менше 5 років, а над дітьми не менше 10 років (не знімати з обліку).

Місцеве лікування сифілісу. На мокнучі сифіліди застосовуються або присипки з каломелю з окисом цинку в рівних частинах або ртутна мазь. Звичайно вказані прояви сифілісу успішно піддаються загальній терапії сифілісу.

Зняття з обліку хворих, які закінчили лікування.

1. В основу показань до зняття з обліку хворих на сифіліс покладено принцип їх вилікованості.

2. При оцінці якості проведеного лікування слід керуватися існуючими схемами лікування сифілісу.

3. Критерієм вилікованості слід вважати:

а) якість проведеного лікування;

б) дані клінічного обслідування (шкіра, слизові, внутрішні органи, нервова система і органи почуттів), а також рентгенологічне обслідування;

в) дані лабораторного (серологічного) дослідження [1].

4. Хворі, які почали лікування в стадії первинного серонегативного сифілісу, знімаються з обліку після 3 курсів повноцінного лікування і 2 років нагляду, протягом яких кожні 3—6 місяців проводиться серологічний контроль.

5. Хворі, які почали лікування в стадії первинного серопозитивного, вторинного свіжого, вторинного рецидивного і вторинного прихованого серопозитивного сифілісу, знімаються з обліку після 6 курсів повноцінного лікування і 3 наступних років нагляду. При вторинному рецидивному сифілісі, залежно від строків переходу серологічних реакцій у негативні, проводиться від 6 до 8 курсів лікування.

6. Хворі, які почали лікування в третинному періоді сифілісу або в третинному прихованому періоді, знімаються з обліку після 8 курсів лікування і 3 наступних років нагляду.

7. Хворі, у яких діагноз сифілісу в минулому твердо встановлений, але які недосить лікувалися, не беруться на облік, якщо з моменту зараження минуло понад 10 років; в усіх інших випадках такі хворі повинні після відповідного лікування перебувати під наглядом диспансера протягом 3 років.

8. Хворі на серорезистентний сифіліс знімаються з обліку після 8 курсів повноцінного лікування при додаванні неспецифічної терапії в останніх курсах і наступного нагляду протягом 5 років. При знятті з обліку таких хворих необхідним є рентгенологічне дослідження, а також дослідження спинномозкової рідини після закінчення строку лікування.

9. Хворі на природжений сифіліс (всі форми) після 8 курсів повноцінного лікування і наступного нагляду протягом 5 років знімаються з обліку після клінічної, серологічної і бажано ліквороло-гічної та рентгенологічної перевірки.

10. З настанням вагітності жінки, які хворіли на сифіліс, направляються консультацією в шкірно-венерологічний диспансер.

11. Хворі на свіжий сифіліс можуть бути допущені до роботи в дитячих закладах і закладах громадського харчування після проведення повноцінного курсу лікування і при умові дальшого систематичного лікування.

---

[1] При знятті з обліку бажано брати до уваги результати дослідження спинномозкової рідини, яке рекомендується проводити через рік після закінчення специфічного лікування, але не раніше 3 років від моменту захворювання.

ГОНОРЕЯ (GONORRHOEA)

Гонорея чоловіків

Збудник. Гонорея викликається збудником, відкритим у 1879 р. Нейссером і названим за ім'ям цього вченого гонококом Нейссера. Гонококи містяться в уретральних виділеннях, а також у соку простати, сім'яних пухирців і т. п. Для виявлення гонококів на предметному склі робиться мазок уретрального секрету або розмазуються нитки, виловлювані петлею з сечі хворого, фіксуються над полум'ям і забарвлюються за методом Грамма. За методом Грамма гонококи забарвлюються в колір додаткового забарвлення. Гонококи мають вигляд диплококів; кожний з них нагадує своїм виглядом боб або кофейні зерна, що лежать звичайно групами внутрішньо- або позаклітинно. Під впливом лікування гонококи набухають, втрачають свою типову форму, можуть набувати вигляду куль.

Способи зараження. Улюбленим місцем розвитку гонококів у чоловіків є слизові оболонки сечовипускного каналу і прилеглих залоз, прямої кишки і кон'юнктива очей. Зараження відбувається в переважній більшості випадків шляхом статевого контакту. Прихований (інкубаційний) період дорівнює звичайно 3—5 дням, хоча може бути й довший. Гонококи, що попали в сечовипускний канал, починають швидко розмножуватися, захоплюючи дедалі більші простори слизової оболонки. Залежно від сили і ступеня поширення гонорейної інфекції розвиваються і різні клінічні прояви хвороби.

Симптоми і перебіг гонорейного уретриту (Urethritis gonorrhoica). Після інкубаційного періоду хворий починає відчувати сверблячку і печію в уретрі при сечовипусканні. Далі появляється спочатку слизисте, а потім гнійне витікання з сечовипускного каналу, в якому під мікроскопом знаходять у великій кількості гній, окремі клітини епітелію і великі групи гонококів. Отвір сечовипускного каналу червоніє і стає набряклим. Сеча, випущена в першу і в другу склянки, в першій своїй порції стає мутною (Urethritis anterior gonorrhoica). Ерекції, що часто виникають, можуть бути надзвичайно болючими й викликати загострення процесу.

Якщо пацієнт погано лікується і не виконує певного режиму, то приблизно на другому або третьому тижні хвороби процес може переходити на задню частину сечовипускного каналу, що характеризується погіршанням симптомів хвороби (Urethritis posterior gonorrhoica).

Сечовипускання стає частим, болючим наприкінці акту, а іноді до останніх крапель сечі приєднується кров, внаслідок сильного подразнення внутрішнього сфінктера уретри. Якщо хворий мочиться при цьому у дві склянки, то сеча буде мутною і в першій і в другій порції. При настанні ускладнень гонореї можуть уражатися парауретральні ходи, лакуни Морганієві і Літтреєвські залози, Куперові залози, сім'яні пухирці, додатки яєчок, простата, сечовий міхур, ниркові миски. Гонококи можуть поширюватися по лімфатичних і кровоносних шляхах, викликаючи ураження суглобів, ендокарда, плеври, сепсис та ін.

При переході гонореї в хронічну форму процес стає локалізованим і може спричинитись до сполучнотканинного переродження уражених ділянок, внаслідок чого в сечовипускному каналі можуть утворюватися звуження уретри — стриктури.

Профілактика. Особиста профілактика полягає насамперед

в уникання позашлюбних статевих зносин. Вживання кондомів (презервативів) під час зносин запобігає зараженню. Після підозрілих зносин чоловік обов'язково повинен помочитися, щоб змити сечею гонококи, які попали в сечовипускний канал. Якщо мали місце підозрілі статеві зносини, то з метою профілактики найкраще звернутися до пункту противенеричної допомоги, де, після того як відвідувач випустить сечу і старанно вимие руки водою з милом, йому пропонують старанно обмити теплою водою з милом статевий член, мошонку, лобок, стегна і промежину. Після обсушування ті самі місця старанно протираються ватою, змоченою розчином сулеми 1 : 4000 або оксиціаністої ртуті 1 : 3000. З іригатора роблять промивання передньої частини каналу розчином марганцевокислого калію 1 : 6000, пропускаючи до 0,5 л промивної рідини. Далі відвідувач захищає статеві органи від забрудненої білизни марльовою салфеткою. Після повернення додому білизну треба змінити. Одночасно слід вжити профілактичних заходів проти можливого зараження сифілісом. З цією метою статеві органи й ближчі шкірні покриви змазують великою кількістю каломельової мазі.

Якщо пацієнт звертається до нас з явищами гонореї, то ми під час першого його обслідування розпитуємо хворого про джерела зараження і з'ясовуємо контакти — осіб, з якими хворий близько стикався і які могли бути ним інфіковані (спання у спільному ліжку, користування спільною білизною і т. п.). При цьому вказуємо хворому, що він може служити джерелом зараження інших осіб, забороняємо йому статеві зносини і звертаємо увагу на необхідність уникати занесення гонорейного гною в очі (миття рук після стикання з статевими органами, окремий рушник для рук і обличчя).

Лікування. Необхідно вказати хворому на шкоду для нього самого (в розумінні погіршання перебігу хвороби) всяких статевих збуджень, приймання спиртних напоїв, гострої їжі, різких фізичних напружень і т. д. Дієта під час хвороби рекомендується рослинна і молочна. Необхідно стежити за правильною функцією кишечника. Отвір сечовипускного каналу повинен бути закритий легковбираючою гній марлею або кусочком гігроскопічної вати, які треба часто міняти, щоб гній з уретри завжди міг відтікати і не скупчувався б там.

Лікування пеніциліном. Великим успіхом для лікування гонореї користується пеніцилін. Розчиняють пеніцилін фізіологічним розчином або дестильованою водою без доступу у флакон повітря.

Курсові дози пеніциліну при гострій неускладненій гонореї у чоловіків і жінок рекомендуються в 300 000 ІО, які вводять одноразовими дозами по 50 000 ІО з інтервалами в 3 години. При гострих ускладненнях, а також при хронічній гонореї курсові дози повинні бути від 300 000 до 500 000 ІО і вище, залежно від характеру інфекційного процесу. При лікуванні гострої гонореї у випадках невдачі після одного курсу пеніцилінотерапії доза пеніциліну повинна бути збільшена в 1,5—2 рази. При гострій неускладненій і ускладненій гонореї пеніцилін слід застосовувати з самого початку лікування. Інші методи лікування повинні застосовуватися при наявності відповідних показань після закінчення пеніцилінотерапії.

У хронічних випадках гонореї пеніцилінотерапії повинна передувати попередня підготовка хворого імунотерапією (3 ін'єкції гоновакцини, молока або власної крові хворого — див. відповідний розділ) і місцева терапія відповідно до діагнозу. Хворі на гонорею, у яких 2 проведених повноцінних курси пеніцилінотерапії не дали результа-

тів, повинні практично вважатися пеніциліностійкими. В цих випадках дальше застосування пеніциліну показане лише після імуно- і місцевої терапії відповідно до діагнозу.

Дуже ефективним методом лікування гонореї є комбіноване застосування пеніциліну і сульфамідних препаратів (сульфазол, сульфатіазол, дисульфан, норсульфазол та ін.). Обидва препарати призначаються одночасно. При гострій неускладненій гонореї слід застосовувати 200 000 ІО пеніциліну з сульфамідами (по 1 г 5 разів на добу 3 доби підряд). При всіх інших формах гонореї обидва препарати призначаються в повноцінній дозировці (пеніцилін 400 000 МО і сульфаніламіди 20 г на курс).

Тепер запропоновано метод введення пеніциліну у власній крові хворого, який дозволяє робити ін'єкції пеніциліну з перервою між ін'єкціями у 8 годин. Методика введення пеніциліну у власній крові така: пеніцилін у стандартному флаконі розводиться у фізіологічному розчині з розрахунку 100 000 ІО в 0,5 мл. У шприц набирають 0,5 мл розчину і змішують з 3—5 мл крові, добутої з вени хворого. Одержана сумішка, що містить 100 000 ІО пеніциліну, вводиться внутрішньом'язово в сідниці з інтервалами між окремими ін'єкціями у 8 годин. Курсові дози пеніциліну при введенні у власній крові повинні бути такі самі, як і при введенні у фізіологічному розчині.

Можна також вводити пеніцилін, розчинений у 2% розчині піраміdону. Роблять 2 внутрішньом'язові ін'єкції по 200 000 ІО пеніциліну, розчиненого в 5 мл 2% розчину піраміdону. Ін'єкції роблять з інтервалом у 10—12 годин.

Слід мати на увазі, що відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я СРСР № 143 від 15 лютого 1951 р. чоловіки (жінки), притягнені як контакти жінок (чоловіків), що хворіють на гонорейну інфекцію, також підлягають лікуванню пеніциліном.

Лікування сульфамідними препаратами. Хворі на гострий гонорейний уретрит можуть одержувати лікування і одним з сульфамідних препаратів з одночасним промиванням сечовипускного каналу розчином марганцевокислого калію в концентрації 1 : 10 000 — 1 : 6 000. З сульфамідних препаратів застосовують звичайно сульфідин, сульфазол, сульфатіазол (Sulfidin, Sulfasol, Sulfathyasol) та ін. Сульфамідні препарати даються хворим у такій дозировці: по 1,0 препарату 5 разів на день через 4 години з нічною перервою не більше 7—8 годин.

Білий стрептоцид (Streptocidum) тепер застосовується рідше, бо він менш дійовий. Дозировка його така: перші 6 днів дають по 0,6 білого стрептоциду 6 разів на день, другі 6 днів по 0,6—5 разів на день.

При вказаному лікуванні не можна приймати проносних, що містять сірку, — глауберову сіль, англійську сіль, бо легко можуть настати серйозні отруєння. Там, де це можливо, на 6—7-й день лікування білим стрептоцидом необхідно зробити загальний аналіз крові і, в разі появи лейкопенії — зменшення кількості сегментованих білих кров'яних тілець, зразу ж припинити приймання препарату. Іноді хворі скаржаться на ряд ускладнень, які настають при проведенні даного лікування: головний біль, запаморочення, нудота, блювання. Якщо ці ускладнення стають бурхливими, то доводиться перервати лікування на кілька днів.

Не можна застосовувати сульфамідні препарати при декомпенсованих пороках серця, захворюваннях судин, крові, активному тубер-

кульозі легень, захворюваннях нирок, виразці шлунка й кишечника, хворобах печінки і залоз внутрішньої секреції. Обережно треба призначати лікування вагітним жінкам, у яких є явища токсикозу.

Якщо вилікування гонореї не настає, то, перш ніж дати пацієнтові повторно сульфамідні препарати, проводять лікування ін'єкціями вакцини, молока або власної крові хворого з застосуванням промивань уретри розчином марганцевокислого калію.

Після вказаної підготовки хворому повторно призначається курс лікування сульфамідними препаратами. При цьому рекомендується застосувати препарат і включити лікування пеніциліном.

Якщо лікування сульфамідними препаратами і пеніциліном було безуспішним, що буває порівняно рідко, то продовжують лікування хворого промиваннями сечовипускного каналу розчином марганцевокислого калію 1 : 15 000—6 000 або оксиціаністої ртуті 1 : 10 000—5 000. Промивання роблять раз на тиждень з есмархівської кружки, теплим розчином, у кількості 300—500 мл. При ураженні передньої уретри робиться промивання тільки передньої уретри. Перед промиванням хворий повинен помочитися.

Якщо настають загострення, ускладнення, то краще на час гострого періоду промивання припинити, дати хворому спокій, призначити всередину салол і уротропін по 0,5 3 рази на день. З успіхом застосовується ще decoctum Foliarum Uvae ursi ex 20,0—200,0 по столовій ложці 3—4 рази на день. Після зникнення гострих явищ починають обережне спринцювання спочатку передньої частини сечовипускного каналу, а при наявності заднього уретриту (мутна сеча в обох склянках), спринцюють всю уретру, наповнюючи рідиною сечовий міхур і пропонуючи після цього хворому помочитися.

Якщо у хворого є ускладнення у вигляді уражень гонококами Літтреєвських залоз або лакун Морганійових, які містяться в стінках сечовипускного каналу або є уражені гонореєю коло зовнішнього отвору сечовипускного каналу додаткові ходи (парауретральні ходи), то необхідно лікувати і їх. Гонорейні ураження парауретральних ходів лікують звичайно введенням у них тонкого дротика з напаяним на нього ляпісом (розігрітий дротик проводиться по олівцю ляпісу), а ураження Літтреєвських залоз і лакун Морганійових лікуються масажом на введеному в уретру бужі або коагулюються (випікаються) під контролем уретроскопа електричним струмом або 20% розчином ляпісу. Якщо в уретрі утворилися звуження — стриктури, то їх доводиться ліквідувати поступовим розширенням сечовипускного каналу бужами з наступними промиваннями уретри. Бужування проводиться звичайно 2 рази на тиждень.

Лікування гоновакциною, ін'єкціями молока і власної крові хворого. При лікуванні гонореї ми користуємось активною імунізацією, тобто вводимо у формі вакцини вбиті гонококи, які з ендотоксинами, що збереглися в них, спонукують організм посилити вироблення антитіл. Після ін'єкції вакцини спочатку настає загострення процесу — негативна фаза, яка лише пізніше змінюється позитивною фазою. Клінічне загострення місцевих явищ захворювання і загальна реакція організму свідчать про настання негативної фази, поліпшення симптомів — про настання позитивної фази. Повторно вводити вакцину можна лише в період настання позитивної фази, що звичайно буває через 2—3 дні після попередньої ін'єкції. Вводити гоновакцину слід, починаючи з 150—200 млн. мікробних тіл і збільшуючи дози, залежно від реакції, в 1,5—2 рази. Одноразову

кількість гоновакцини доводять до 1 міліарда мікробних тіл. Провадити вакцинотерапію слід доти, поки вона викликає вогнищеву і місцеву реакцію — загострення процесу і болючість на місці ін'єкції.

Молоко для ін'єкції застосовують обезжирене, свіжопрокип'ячене. Кип'ятять молоко в пробірці 10—15 хвилин, охолоджують до 37°, потім набирають у шприц через голку з глибоких шарів. Звичайно, зручніше й краще користуватися для ін'єкцій ампульованим стерильним молоком. Молоко вводиться внутрішньом'язово у верхньо-зовнішній квадрант сідниці. При ін'єкціях молока спостерігаються так само, як і при вакцинотерапії, негативні й позитивні фази його діяння. Повторно вводити молоко можна лише в період настання позитивної фази. Таким чином, ін'єкції молока проводять через 2—3 дні, збільшуючи дози з 3 до 10 мл, залежно від реакції на попередню ін'єкцію. Комбінований метод лікування — протеїнотерапії і вакцинотерапії — дає кращий терапевтичний ефект, ніж кожний з цих видів лікування окремо. Молоко застосовують також у комбінації з кров'ю, яка знижує клінічні реакції на протеїнотерапію. Сумішка молока з кров'ю хворого вводиться в пропорції 3 : 1 (3 мл молока і 1 мл власної крові хворого). Інтервали між окремими ін'єкціями, так само як і підвищення дози, такі ж, як і при інших методах імунотерапії. Кількість ін'єкцій при всіх перелічених методах — від 6 до 8.

Протипоказаннями до застосування ін'єкції вакцини й молока є: активний туберкульоз, органічні ураження серцевосудинної системи, тяжкі захворювання нирок і печінки, виснаження і тяжкі анемії.

Впорскування молока може викликати у хворого анафілактичний шок. Анафілактичний шок звичайно спостерігається при повторних ін'єкціях молока, якщо інтервал між ними перевищує 10—12 днів. Можливе настання анафілактичного шоку і при першій ін'єкції, якщо хворому коли-небудь раніше робили ін'єкції молока. Клінічна картина анафілактичного шоку полягає в тому, що при черговій ін'єкції молока у хворого розвивається різка задишка, пульс стає частим, слабого наповнення, появляється синюшність губ, похолодання кінцівок, настає непритомний стан.

З метою профілактики анафілактичного шоку рекомендується вводити дробові дози молока: 0,5 мл, через півгодини 1,0 мл і ще через півгодини всю решту дози.

Для автогемотерапії кров береться з ліктьової вени хворого і вводиться йому ж у сідничну ділянку. При лікуванні власною кров'ю клінічної реакції звичайно немає. Щодо лікувальної ефективності автогемотерапія поступається перед ін'єкціями гоновакцини й молока, але на відміну від цих препаратів має виражене обезболюючe діяння, яке настає через 5—6 годин після ін'єкції. Протипоказань до застосування автогемотерапії немає.

Автогемотерапія застосовується, починаючи з 5 мл крові; збільшуючи наступну дозу в 1,5 раза з інтервалами в 1—2 дні, одноразову дозу крові доводять до 10—15 мл.

УСКЛАДНЕННЯ ГОНОРЕЇ. ГОНОРОЙНИЙ КУПЕРИТ (COWPERITIS GONORRHOICA). В передню уретру коло зовнішнього сфінктера відкриваються вивідні протоки Куперових залоз, які лежать по обидва боки від середньої лінії промежини. В неураженому стані Куперові залози не промацуються. Коли вони втягуються у хворобливий процес, то збільшуються, стають болючими, флюктують, шкі-

ра над ними запалюється, посилюються розлади сечовипускання. Лікування полягає в застосуванні пеніциліну, сульфамідних препаратів, а якщо це не допомагає, то призначають спокій, гарячі ванночки, місцево — 10% іхтіолову мазь. Доцільно застосовувати вакцинотерапію або ін'єкції молока або власної крові хворого.

ПРОСТАТИТ (PROSTATITIS) — запалення передміхурової залози і **ВЕЗИКУЛІТ (VESICULITIS)** — запалення сім'яного пухирця — приєднується найчастіше у осіб з ураженою задньою уретрою. При втягненні у процес передміхурової залози або сім'яного пухирця загальний стан хворого різко порушується, підвищується температура, можуть появлятися озноби, нічні поти, може змінюватися лейкоцитарна формула крові, сечовипускання стає частим і болючим, іноді спостерігається затримка сечовипускання. Тиснення запаленої і збільшеної в об'ємі передміхурової залози на пряму кишку може викликати болі в задньому проході, крижах і утруднення при випорожненні. Про можливість наявності ураження сім'яних пухирців говорить приєднання гною і крові до сперми при полюціях. Сперма набирає гнійного або кров'янистого характеру. Крім того, полюції, які стають більш частими в цей період захворювання, звичайно супроводяться сильними болями.

При дослідженні ураженої передміхурової залози і сім'яних пухирців через задній прохід пальцем, захищеним рукавичкою, промацується болюча, збільшена передміхурова залоза або збільшені сім'яні пухирці. Сім'яні пухирці містяться на верхній границі передміхурової залози по обидва боки від серединної лінії. З факторів, що сприяють виникненню вказаних ускладнень, слід відзначити порушення хворим режиму — статеві збудження, вживання алкоголю і, крім того, неправильне лікування.

При бурхливих проявах гострого простатиту (везикуліту) слід насамперед покласти хворого в ліжко, відмінити всякі маніпуляції в уретрі, призначити легку дієту і стежити за відправленнями кишечника. Масаж передміхурової залози в цьому періоді робити не можна. Пацієнтові призначають гарячі мікроклізми з температурою до 50° 2—3 рази на день і внутрішньом'язові ін'єкції молока, починаючи з 3 мл, з проміжками в 3—4 дні, доводячи кінцеву дозу до 10 мл.

При сильних болях прописуються свічки з наркотиками (Extractum Belladonnae 0,02 на свічку). Коли процес заспокоюється, у свічки додають розсмоктувальні речовини:

Rp. Extracti Belladonnae 0,02
Ichthyoli 0,2
Butyri Cacao q. s. ut fiat suppositorium
Dtd № 10.
S. свічки.

Коли гострі явища минули (прояснення другої порції сечі, зникнення болів, нормальна температура), при поганому розсмоктуванні інфільтратів у простаті і сім'яних пухирцях переходять до погладжування передміхурової залози (сім'яних пухирців), спочатку легкого, потім більш енергійного. Якщо загострення запального процесу або підвищення температури немає, починають застосовувати діатермію, і масаж простати (сім'яних пухирців) через день. Після масажу хво-

рому пропонують помочитися, а потім промивають уретру звичайними розчинами. Масаж повторюється 3 рази на тиждень і не повинен супроводитися сильним болем.

Лікування припиняється при відсутності пальпаторних (при дослідженні пальцем) змін у простаті і сім'яних пухирцях, при наявності поодиноких лейкоцитів у полі зору і великої кількості ліпоїдних зерен у секреті простати.

ЗАПАЛЕННЯ ДОДАТКІВ ЯЄЧОК — ЕПІДИДИМІТИ (EPIDIDYMITIS) здебільшого виникають наприкінці 3—4-го тижня захворювання на гонорею. Виникнення епідидиміту супроводиться різким погіршанням загального стану хворого. Загальне нездужання, незначні болі в тазі і мошонці, що мали місце до цього, змінюються значним збільшенням додатка яєчка, сильною його болючістю; появляється озноб, температура підвищується до 39—40°. Гострий період хвороби триває звичайно близько тижня, потім настає поліпшення загальних і місцевих явищ.

Хворі на гострий епідидиміт повинні носити добре приладжений суспензорій. При наявності болів і високої температури показане постільне утримання і зогрівальний компрес на мошонку. Місцеве лікування уретри на час гострого періоду припиняється. Основним методом лікування є вакцинотерапія. Вводити гоновакцину слід починаючи з 150—200 млн. мікробних тіл, збільшуючи наступні дози, залежно від реакції, в 1,5—2 рази, з інтервалом у 2—3 дні, доти, поки організм реагує на її введення. При значних болях у додатку або температурі понад 37,5° застосовується автогемотерапія, починаючи з 5 мл, збільшуючи наступну дозу в 1,5 раза, з інтервалом в 1—2 дні. При наявності в додатку інфільтрату, що погано розсмоктується, застосовуються гарячі ванночки для мошонки, парафінотерапія або діатермія, іонтофорез і розчин йодистого калію всередину. При наявності невеликого безболісного інфільтрату в додатку епідидиміт слід вважати практично вилікованим.

ЦИСТИТ (CYSTITIS). Сечовий міхур уражається гонорейним процесом порівняно рідко. Звичайно ураження локалізується в ділянці між устями сечоводів і внутрішнім отвором уретри. Відчування хворого при цьому схожі на ті, які бувають при гострому задньому уретриті. Тяжкими є для пацієнта часті болючі позиви до сечовипускання. Сечовипускання нерідко закінчується виділенням кількох крапель крові — термінальна гематурія.

При запаленні сечового міхура в гострому періоді хворого кладуть в ліжко, призначається молочна дієта і регулюється діяльність кишечника. Прекрасний терапевтичний ефект дають тут сульфамідні препарати і пеніцилін.

АРТРИТИ ГОНОРОЙНІ (ARTHRITIS GONORRHOICA) бувають моноартикулярними — захворює один суглоб, хоч можуть уражатися і кілька суглобів зразу. Захворювання розвивається гостро, супроводиться найчастіше значним збільшенням в обсягу ураженого суглоба і різкими болями в ньому; температура підвищується.

Хвору кінцівку під час гострого періоду треба поставити в найкращі умови спокою. Однак, як тільки гострі явища зникнуть, зразу ж необхідно приступити до пасивних, а потім і активних рухів, щоб уникнути настання нерухомості суглоба—анкілозу. Найкращим методом лікування є вакцинотерапія. В тих випадках, коли вакцина перестає викликати реакцію, а процес у суглобах не затих, слід застосовувати ін'єкції молока. При різких болях і підвищеній темпе-

ратурі призначають автогемотерапію. Одночасно з імунотерапією застосовуються місцево зогрівальні компреси й гарячі ванни. Місцево на уражений суглоб застосовують 5—10% Unguentum Guajacoli або 10% Unguentum Ichthyoli. Після зникнення гострих явищ слід призначати парафінотерапію або діатермію уражених суглобів.

Критерій вилікованості гонореї у чоловіків. При встановленні вилікованості проводиться пальпаторне обслідування простати й сім'яних пухирців, мікроскопічне і бактеріологічне дослідження їх секрету. При відсутності запальних явищ у простаті, сім'яних пухирцях і сечовипускальному каналі провадиться комбінована провокація (інстиляція 6—8 мл 0,5% розчину азотнокислого срібла в сечовипускний канал і одночасно внутрішньом'язово ін'єкція гоновакцини 500 млн — 1 міліард мікробних тіл). Якщо після провокації у виділеннях з сечовипускного каналу або нитках з сечі гонококів не знаходять, лікування припиняють на 1 місяць. Після закінчення цього строку роблять обслідування хворого. При сприятливих результатах обслідування хворого слід вважати видужалим.

Гонорея жінок

Зараження жінок гонореєю відбувається в переважній більшості випадків статевим шляхом. Звичайно заражаються гонореєю спочатку сечовипускний канал і шийка матки. Звідси вже гонорейна інфекція поступово поширюється, захоплюючи весь сечостатевий тракт жінок від зовнішніх статевих органів, і доходить до очеревини. Крім цього, шляхом метастазів — заносів гонококи можуть бути занесені і у віддалені від місця зараження органи жінки.

Захворювання гонореєю здебільшого виявляється у жінок після 2—3 днів прихованого періоду відчуттям лоскотання, сверблячки в статевих органах, яка при ходьбі переходить у біль. Втягнення в процес сечовипускного каналу (Uretritis gonorrhoica) супроводиться появою почуття паління і різі при сечовипусканні, а також більш частими позивами до сечовипускання. При одночасному ураженні і шийки матки (endocervititis gonorrhoica) ще через 2—3 дні при наростанні хворобливих явищ появляється з статевих органів вершкоподібний гній з неприємним запахом, який засихає на білизні у вигляді жовтих плям. Нерідко у хворої підвищується температура, появляється озноб, який примушує її лягти в ліжко; виділення з статевої щілини набувають гнійно-кров'янистого характеру, приєднується то більш, то менш значний біль у крижах і внизу живота. При дослідженні таких хворих виявляють, що шкіра й слизова оболонка великих і малих губ, а іноді й вагіни, вкривається гноєм, червона, набрякла, болюча і має садна. Почервонілим і набухлим стає отвір сечовипускного каналу. При тисненні за ходом сечовипускного каналу з нього виділяється густий жовтий гній. При захворюванні Бартолінійових залоз (bartolinitis gonorrhoica), які містяться в нижній частині великих статевих губ, появляється болючість статевих органів біля входу у вагіну, червоніє тканина навколо вихідних отворів проток Бартолінійових залоз і можуть утворюватися абсцеси залоз, що випинають статеву губу і перетворюються у великий, флюктуючий опух. Дослідження Бартолінійової залози проводиться вказівним і великим пальцями, причому перший водиться у вагіну, а другий підводиться до залози з боку зовнішньої поверхні великої губи. В нормі Бартолінійові залози не про-

мацуються. Якщо ж вони втягнені у хворобливий процес, то промацується або потовщена їх протока або тіло самої залози. З самого початку запалення Бартолінійової залози в переддвер'ї вагіни в борозенці між малими губами і дівочою перетинкою виявляється почервоніння слизової оболонки навколо отворів вивідних проток залози (так звані maculae gonorrhoicae). Навколо зовнішнього отвору сечовипускного каналу можуть розміщатися додаткові ходи — Скеновські ходи, які не тільки легко уражаються гонококами, але надалі є зручним місцем, де гонококи приховуються від нашої терапії і служать постійним вогнищем рецидивів у хворої і джерелом зараження чоловіків при зносинах. При масажі уретри через вагіну з отворів ураженого ходу виділяється гній.

Так само небезпечні і ті ретенційні кісти, які утворюються біля зовнішнього отвору маткового каналу і мають вигляд сагових зерен — ovulae Nabotii. При огляді вагіни і шийки матки через дзеркало відмічається значне витікання гнійних виділень з шийки матки і наявність ерозії на шийці; це так звана гонорея нижнього відділу сечостатевого тракту жінки або неускладнена гонорея жінки. Перехід гонорейної інфекції на слизову оболонку порожнини матки є тим моментом, який дає підставу говорити про гонококову інфекцію, що розвивається, верхнього відділу статевого тракту жінки, про ускладнену (висхідну) гонорею. Ураження труб і яєчників, що потім часто приєднується, викликає загострення всіх перелічених симптомів і може зробити жінку тимчасово непрацездатною. Спричинені запальним процесом спайки очеревини, закупорка просвітів труб служать найчастішою причиною настання безплідності у жінки. Ураження суглобів своїм клінічним перебігом нічим не відрізняються від вищеописаних у чоловіків. Тут же необхідно сказати про гонорейне запалення прямої кишки (proctitis gonorrhoica), яке у жінок зустрічається значно частіше, ніж у чоловіків. Зараження звичайно настає внаслідок затікання гною з статевої щілини в задньопрохідний отвір. Суб'єктивні відчуття виявляються у вигляді свербляч-ки або невеликої болючості в задньому проході. Тільки в тих випадках, коли на слизовій прямої кишки виникають ерозії або тріщини, появляються більш або менш значні болі, які особливо непокоять хвору при дефекації. На калових масах можуть бути виявлені гній і кров.

Для постановки діагнозу гонореї жінки, крім клінічного огляду жінки, її статевих органів і задньопрохідного отвору, беруться мазки для лабораторного дослідження на гонококи. Мазки беруться стерильним зондом з виділень із сечовипускного каналу, Скеновських ходів і проток Бартолінійових залоз, з шийки матки і з прямої кишки. Для дослідження виділень з прямої кишки можна брати промивні води після промивання прямої кишки через катетер з подвійним відтіканням 100 мл теплої води. Промивну воду збирають у склянку і досліджують в ній грудочки слизу або гною, які плавають у ній.

Особиста профілактика гонореї у жінок. На пункті особистої профілактики після підозрілих статевих зносин рекомендуються такі заходи: зовнішні статеві частини старанно обмиваються теплою водою з милом; жінка мочиться, потім робиться спринцювання вагіни розчином марганцевокислого калію з наступною інстиляцією 1—2% розчину азотнокислого срібла; шийка змазується 2—3% розчином азотнокислого срібла і цим же розчином змазуються зовнішні ста-

теві частини. Одночасно слід вжити всіх необхідних засобів для профілактики сифілісу.

Лікування. Принципи лікування гонореї у жінок аналогічні таким у чоловіків. Основним методом є пеніцилінотерапія і хіміотерапія. Схема застосування цих препаратів така сама, як і у чоловіків. Одночасно з загальним лікуванням обов'язково проводиться місцеве лікування. Звичайно, жінкам, хворим на гонорею, забороняються спиртні напої, статеве збудження, сильні фізичні напруження і т. п.

Лікування жінки, хворої на гонорею, повинно починатися зразу ж після встановлення діагнозу. У випадках гонореї, що бурхливо розвивається, хвору кладуть у ліжко, призначають легку дієту, регулюють випорожнення. При загрозі розвитку перитоніту — бурхливого втягнення у процес внутрішніх органів — кладуть на живіт лід.

Лікування гонорейного уретриту в гострій стадії полягає в щоденних промиваннях уретри розчином марганцевокислого калію в концентрації 1 : 10 000—1 : 6 000. В підгострій стадії після промивання уретри роблять інстиляцію 1—2% протарголом і 1—2% альбаргіном і т. д.

При хронічному гонорейному уретриті проводиться змазування уретри 1—2% розчином азотнокислого срібла. При щільному інфільтраті—масаж уретри з наступним змазуванням чистим іхтіолом. Маніпуляції проводяться через день.

При наявності виділень з парауретральних ходів останні повинні бути піддані електрокоагуляції або припіканню на тонкому зонді ляписом.

Лікування гонорейного бартолініту. Вдома хвора повинна приймати щодня теплі сидячі ванни. В підгострих і хронічних випадках хороший ефект дає місцева автогемотерапія (ділянка Бартолінійової залози змазується йодною настойкою і в товщу губи над і під інфільтратом вводять кров, взяту з ліктьової вени хворої у кількості 1—2 мл). Лікування проводиться 2—3 рази з дводенними інтервалами.

При розвиненому абсцесі Бартолінійової залози — широкий розріз по внутрішній поверхні великої губи, після чого порожнина абсцесу пухко тампонується марлею. При рецидивному абсцесі залози — екстирпація її.

Лікування гонорейного ендоцервіциту. Місцеве лікування в гострій і підгострій стадії зводиться до застосування щоденних вагінальних ванночок з 3% протарголом або альбаргіном.

У хронічній стадії—ванночки з 2% розчином азотнокислого срібла або змазування нижнього відрізка цервікального каналу люголівським розчином або ж 2% розчином азотнокислого срібла. Змазування каналу проводиться через 1—2 дні. При наявності ovulae Nabotii їх слід розрізувати скальпелем чи скарифікатором або ж зруйнувати діатермокоагуляцією чи гальванокаустикою.

Лікування гонорейного проктиту. В усіх стадіях захворювання призначаються свічки з протарголом (по 0,2 г протарголу на свічку). В ректальну ампулу з спринцівки або гумової груші вводять 5—10 мл 2—5% розчину протарголу або коларголу через день.

У затяжних випадках проктиту — регіонарна вакцинотерапія (початкова доза вакцини — 100 млн. мікробних тіл), змазування уражених ділянок через ректоскоп або ректальне дзеркало 1—2% розчи-

ном азотнокислого срібла через день. Тріщини, екскоріації припікаються 3—5% розчином азотнокислого срібла.

Лікування висхідної гонореї (ендометриту, аднекситу, пельвеоперитоніту). При гострій висхідній гонореї показане постільне утримання, свічки з белладонною, при сильних болях — ін'єкції пантопону або морфіну.

Місцеве лікування уретри і шийки матки в гострій стадії висхідної гонореї протипоказане. В гострій стадії слід застосовувати автогемотерапію, в підгострій і хронічній — лактотерапію або вакцинотерапію (методику — див. «Лікування гонореї у чоловіків»).

Місцево на живіт у гострій стадії — холод кілька разів на день, з перервами. В підгострій стадії при відсутності перитонеальних явищ (негативний симптом Щеткіна) — холод заміняють теплом, поступово посилюючи його (зогрівальні компреси, грілки). Надалі переходять до фізіотерапії, причому в підгострій стадії краще іонтофорез, а в хронічній — парафін, діатермія, солюкс.

При кровотечах — постільне утримання, всередину 10% розчин хлористого кальцію по 3—4 столових ложки на день і Extractum viburnii prunifolii fluidi по 30—40 крапель 3 рази на день. Одночасно застосовується і автогемотерапія.

При затяжній кровотечі — стаціонарне лікування.

Лікування гонореї під час менструації. Менструація не є протипоказанням до призначення імуно-, сульфамідо- і пеніцилінотерапії, які застосовуються в тих же дозах і за тією самою схемою, що й поза менструацією. З метою профілактики висхідної гонореї призначають белладонну всередину або у свічках. Місцеве лікування шийки матки під час менструації припиняють, місцеве ж лікування уретри та інших органів слід провадити.

Лікування гонореї у вагітних. Вагітність також не є протипоказанням до застосування сульфамідо- і пеніцилінотерапії. Імунотерапія прі вагітності допускається, але проводять її обережно, уникаючи бурхливих реакцій. Це досягається застосуванням автогемотерапії або ж гоновакцини в знижених дозах (починаючи від 100—150 млн мікробних тіл і поступово підвищуючи дозу). В перші 2—3 місяці вагітності краще обходитися без вакцинотерапії. Не дозволяються місцеві маніпуляції, які можуть викликати скорочення матки, наприклад, внутрішньошийкові змазування, місцева автогемотерапія бартолінітів та ін.

Про вагітних, які перенесли гонорею під час вагітності, має бути повідомлено в родильний будинок для спеціального нагляду за ними до і після родів.

Лікування гонореї в післяродовому періоді. Імуно-, сульфамідо- і пеніцилінотерапія проводиться звичайним способом. При призначенні сульфамідотерапії треба старанно стежити за станом дитини. У випадках появи неспокою або диспепсії у дитини приймання сульфамідних препаратів матір'ю мусить бути негайно припинене.

Місцеве лікування уретри і прямої кишки проводять за загальними правилами, але не раніше 10 днів після родів, лікування шийки — не раніше 6 тижнів після родів.

Критерій вилікованості. До встановлення вилікованості слід приступати через 7 днів після закінчення застосування сульфамідів або пеніциліну. Після обслідування хворої і мікроскопічного аналізу виділень з уретри, шийки та інших вогнищ захворювання проводять комбіновану провокацію: ін'єкцію гоновакцини або молока в подвій-

них терапевтичних дозах, змазування уретри розчином Люголя, а цервікального каналу — 3—5% розчином азотнокислого срібла. Протягом 3-х днів підряд досліджують мазки з указаних вище органів. При відсутності гонококів хвору залишають до найближчої менструації без лікування. Під час менструації знову беруть мазки, а по її закінченні необхідна провокація з дослідженням виділень протягом трьох діб. Такі обслідування робляться протягом двох, а в сумнівних випадках і трьох послідовних менструацій, після чого при сприятливих результатах клінічного і лабораторного дослідження хвору знімають з обліку.

Критерієм вилікованості висхідної гонореї є відсутність болів, нормальний менструальний цикл і відсутність грубих пальпаторних змін з боку внутрішніх статевих органів.

Якщо при відсутності запальних явищ з боку нижнього відділу статевого апарата лишились невеликі безболісні ущільнення або спайки у внутрішніх геніталіях, таку хвору слід вважати вільною від гонореї.

Гонорея дітей

Гонорейні захворювання в дитячому віці зустрічаються частіше у дівчаток, у хлопчиків — рідко. Зараження звичайно відбувається позастатевим шляхом (спільна постіль, спільні губки, рушник). Зараження може статись і в убиральні.

Новонароджений може заразитися від хворої матері при проходженні через родові шляхи (це особливо легко відбувається у дівчат при сідничному передлежанні). Заходи профілактики, застосовувані для запобігання ураженню очей, повинні бути поширені і на статеві органи новонародженої дівчинки (закапування 2% розчину азотнокислого срібла в статеву щілину).

Профілактика гонореї у дітей. Для захисту дітей від захворювання на гонорею необхідні профілактичні заходи як в сім'ї, так і в дитячих закладах.

Профілактика в побуті зводиться ось до чого: діти повинні спати окремо від дорослих, мати індивідуальний нічний посуд, губки і мочалки для підмивання.

Профілактика в дитячих закладах полягає в тому, що персонал приймається на роботу після профілактичного огляду венерологом і надалі щомісяця піддається обслідуванню. Звичайно, і дітей треба оглядати перед вступом у дитячий заклад і під час перебування в ньому. Захворілі й підозрілі на гонорею ізолюються. Індивідуальний нічний посуд у дитячих закладах є обов'язковим. Підмивання дітей проводиться текучою струминою води з допомогою індивідуального ватного тампона; спільні мочалки або губки виключаються.

Велике значення для профілактики має санітарно-освітня робота серед персоналу дитячих закладів і серед батьків.

Гонорея у дівчаток. У дівчаток гонорея уражає вульву, вагіну та уретру. Перехід гонорейного процесу на матку та її додатки — явище дуже рідке. Проте у дівчаток часто спостерігається ураження гонореєю прямої кишки.

Захворювання починається гостро при ясно виражених симптомах вульвовагініту й уретриту: біль і печія у вульві, болючі сечовипускання і дефекація. Біль посилюється при рухові, коли запалені

частини зазнають тертя. Нерідко дівчатка лежать з розсуненими ногами, бо стикання стегон викликає біль.

При огляді зразу ж виявляється велика кількість гнійного виділення з статевої щілини, яке засихає на лобку і на стегнах у брудно-зелені корочки. При недостатньому догляді спостерігаються явища дерматиту навколо статевих органів, на стегнах і навколо задньопрохідного отвору. Великі й малі губи гіперемійовані і набряклі. При ураженні сечовипускного каналу зовнішній отвір його дещо розширений, слизова оболонка у вигляді валка виступає з каналу, є гнійне виділення. При захворюванні прямої кишки видно різку гіперемію тканини, гнійне виділення, а іноді й ерозії в ділянці заднього проходу.

Дуже часто погіршується загальний стан дитини: підвищується температура, розвиваються розбитість, слабість, іноді анемія.

Через 2—3 тижні гострий період минає, явища стихають, виділень з статевих органів стає менше, слизова вульви й вагіни блідне, але зовнішній отвір уретри все ще гіперемійований. Хоч виділень з статевих органів мало, при натискуванні пальцем на промежину з вагіни виступає гній.

Для мікроскопічного дослідження береться гній з уретри, вагіни і прямої кишки. Якщо гною мало і його не вдається видавити, то рекомендується зачерпнути виділення обережно введеною у вагіну тупою ложечкою або жолобоподібним зондом. Для одержання препарату з прямої кишки слід використати промивні води.

При затяжному перебігу підгострий період може змінитися хронічним, коли періоди повного затихання хвороби чергуються з періодами загострення. Слизова вагіни бліда, на фоні її видні гіперемійовані плями, гіперемія спостерігається і навколо зовнішнього отвору уретри, отворів вивідних проток Бартолінійових залоз, в ділянці Скеновських ходів. При незначних клінічних симптомах проходить і хронічний проктит.

Метастатичні захворювання при гонореї у дівчаток зустрічаються рідко (за винятком артритів).

Лікування. В гострій стадії захворювання необхідний постільний режим, бажано в стаціонарі. В підгострій і хронічній стадіях лікування може проводитися й амбулаторно.

Сульфамідо- і пеніцилінотерапія показана в усіх стадіях захворювання. Сульфамідні препарати (сульфідин, сульфазол, сульфатіазол, сульфадіазин) призначаються з урахуванням віку і загального стану дитини — по 0,1—0,15 г на добу на 1 кг ваги дробовими дозами, 5 разів на день, з інтервалами в 4 години, протягом 5 днів.

При безуспішності сульфамідотерапії застосовують гоновакцину (початкова доза 0,5—1 мл 3—4 ін'єкції) з наступним призначенням сульфамідів.

Пеніцилін призначається або самостійно або в комбінації з сульфамідами (останнє краще). Курсові дози пеніциліну у дітей і спосіб введення пеніциліну в організм такі самі, як у дорослих. При лікуванні в комбінації з сульфамідами доза пеніциліну зменшується вдвое: сульфопрепарати при цьому даються протягом 3 днів.

Місцеве лікування є обов'язковим в усіх стадіях захворювання, за винятком випадків, коли проводиться пеніцилінотерапія. В цих випадках місцеве лікування призначається лише тоді, коли лікування пеніциліном не дало зворотного розвитку запальних явищ.

Місцеве лікування в гострій стадії полягає в застосуванні теп-

лих сидячих ванночок з відвару ромашки або розчину марганцевокислого калію 1 : 10 000. Після ванночки, що триває 10—15 хвилин, зовнішні статеві частини слід обсушити й припудрити тальком. Роблять такі ванночки 2—3 рази на день.

У підгострій і хронічній стадіях проводиться промивання вагіни через тонкий гумовий катетер розчином марганцевокислого калію з наступною інстиляцією 3—5 мл розчину протарголу (1—2%) або азотно-кислого срібла (0,25—1%). Інстиляція азотнокислого срібла робиться через день. Одночасно в уретру вкапуються очною піпеткою 3—4 краплі розчину протарголу (0,5—2%) або азотнокислого срібла (0,25—0,5%).

При наявності проктиту в пряму кишку вводять 5—10 мл розчину протарголу або ж змазують стінки кишки маззю Микулича:

Rp. Argenti nitrici 0,1
Balsami Peruviani seu Balsami Schestakovitschi 1,0
Vaselini ad 10,0
MDS. Мазь.

Критерій вилікованості. Критерієм вилікованості є зникнення клінічних симптомів і повторні сприятливі результати лабораторного дослідження після провокації.

Провокація проводиться комбіновано: гоновакцина (150—200 млн. мікробних тіл) і змазування вагіни й вульви розчином Люголя. В уретру і пряму кишку інстилюється по 2—3 краплі 0,5—1% розчину азотнокислого срібла. На 2—4-й день після провокації беруть мазки з уретри, вагіни і прямої кишки. Провокація проводиться протягом 3 місяців по одному разу щомісяця. В сумнівних випадках слід вдаватися до методу посівів гонококів, а також ставити реакцію на відхилення комплементу.

При сприятливих результатах дослідження дитина вважається видужалою і може бути допущена в дитячий колектив.

Гонорея хлопчиків. Гонорея у хлопчиків зустрічається незрівнянно рідше, ніж у дівчаток. Процес обмежується звичайно ураженням уретри і стінок препуціального мішка, баланспоститом, який часто ускладнюється фімозом. Шкіра крайньої плоті червоніє, припухає, зовнішній отвір препуціума часто звужений і з нього витікає гній. Сечовипускання дуже болюче. У виділенні знаходять гонококи.

Перехід гонорейного процесу у хлопчиків на додатки спостерігається надзвичайно рідко.

Лікування. В першу чергу застосовують пеніцилін і сульфамідні препарати, далі — холодні примочки на статевий орган, щоденне промивання препуціального мішка слабким розчином марганцевокислого калію. Промивання уретри через малий розмір члена і вузькість препуціального отвору утруднене. Там, де це можливо, роблять 1 або 2 рази на день промивання уретри слабким розчином марганцевокислого калію.

М'ЯКИЙ ШАНКЕР (ULCUS MOLLE)

М'який шанкер передається звичайно статевим шляхом. Для зараження необхідне попадання збудника хвороби на поверхню шкіри або слизових оболонок, де порушена цілісність покривного шару.

Збудником м'якого шанкеру є стрептобацили, які називаються за ім'ям учених, що відкрили і вивчили їх, — нашого співвітчизника О. В. Петерсона і Феррарі. Виявляються стрептобацили в гною, взятому з-під краю м'якошанкерних виразок і розмазаному на предметному склі. Для виявлення збудника необхідно предметне скло з мазком гною фіксувати над полум'ям і забарвити за методом Грамма або метиленовою синькою. Розміщуються стрептобацили в мазку гною у вигляді ланцюжків або зграйок риб.

Через 1—2 доби після зараження на місці заглиблення стрептобацил появляється спочатку ясночервона пляма, яка незабаром перетворюється у вузлик, а далі в гноячок. Покришка останнього порушується і виявляється невелика виразочка. Виразочка ця швидко збільшується по периферії і незабаром набуває типових для неї властивостей. Описуючи її клінічну картину, ми паралельно вкажемо і на відмінність її від первинної сифіломи.

М'який шанкер:		*Первинна сифілома:*
1. Прихований період 2—3 дні	—	3—4 тижні
2. Кількість виразок множинна	—	звичайно поодинока
3. Краї підриті, болючі, дно порите, багато виділяється гною	—	краї рівні, блюдцеподібні, дно гладке, виділення мало
4. Виразка м'яка, болюча	—	виразка тверда, безболісна
5. Знаходження в гною стрептобацил	—	у виділеннях бліда спірохета
6. Серологічні реакції негативні	—	позитивні після тритижневого існування сифіломи
7. Відсутність збільшених регіонарних лімфатичних вузлів або іноді бурхливе їх запалення	—	постійно супровідний лімфатичний вузол збільшений, безболісний, не нагноюється, не спаяний з шкірою, що лежить над ним

Труднощі в постановці діагнозу можуть бути тоді, коли пацієнт заразився одночасно і м'яким шанкером і сифілісом. Виникла виразка спочатку має характерні властивості м'якого шанкеру. До 4-го тижня вона стає дедалі більше схожою на твердий шанкер.

Збільшення виразки м'якого шанкеру триває 2—3 тижні, а потім настає процес загоювання її. Однак іноді до наявного м'якого шанкеру або вже після його загоєння досить бурхливо приєднується болюче запалення регіонарного лімфатичного вузла, який швидко втягається в патологічний процес, настає розм'якшення ураженої залози і він може прорватися.

Лікування м'якого шанкеру успішно проводиться тепер сульфамідними препаратами: всередину — сульфідин по 1,0 4 рази на день 3—4 дні і місцево на виразку — присипка сульфідину. Дають також інші сульфамідні препарати, включаючи сюди і білий стрептоцид. Стрептоцид білий дають по 0,6 5 разів на день до вилікування. На курс білого стрептоциду дають 30—36 г.

Лімфатичні вузли, що нагноїлись, розрізують хірургічно, якщо

в них є вже нагноєння, або лікують за вищенаведеною схемою сульфамідними препаратами.

Успішно застосовуються для лікування ін'єкції пеніциліну по 30 000—40 000 ІО через 3 години, всього до 1 000 000 ІО.

ШКІРНІ ХВОРОБИ

КОРОСТА (SCABIES) спричиняється коростяним кліщем. Кліщі коростяні живуть на шкірі людини. Видалені з шкіри людини, вони через кілька днів гинуть. Після запліднення самка заривається у поверхневі шари надшкір'я (епідерміс) і прокладає тут ходи, в яких відкладає яйця. В середньому самка протягом 6—8 тижнів свого життя відкладає до 50 яець. Вираховано, що з відкладених однією самкою яець за 3 місяці народиться близько 150 000 000 кліщів.

Симптоми. Виявляється короста сильним свербінням, яке особливо непокоїть хворих уночі і іноді позбавляє їх сну. Все це викликає стомлення, розлад нервової системи, що в свою чергу іноді приводить до втрати працездатності. Наявність свербіння веде до того, що хворі розчухують висипання шкіри. Пошкоджені при розчухах шкіри ділянки забруднюються мікробами, тут легко утворюються гнійочки. Нерідко появляються болючі фурункули (чиряки) або навіть абсцеси. В деяких випадках короста ускладнюється екзематизацією.

Особливо характерним для корости є розміщення коростяних ходів. Коростяну висипку найчастіше виявляють у міжпальцевих складках рук, на бокових поверхнях пальців, на згинальній поверхні променевозап'ясткового суглоба, на шкірі попереду пахвової западини, в ділянці пупка, на сідницях і на внутрішній поверхні стегон. У чоловіків коростяні ходи можуть бути на статевому органі, у жінок — навколо сосків, у дітей — на долонях і підошвах.

Якщо коросту не лікувати, вона може тривати дуже довго. Якщо лікування проведено не досить старанно і в шкірі хворого збереглися яйця кліщів, через деякий час з яець виникнуть нові кліщі і короста розвинеться знову. При правильному лікуванні хворі протягом короткого часу видужують.

Профілактика. Зараження коростою найчастіше відбувається, коли сплять в одній постелі з хворим, або в постелі, в якій незадовго до цього спав хворий на коросту, або користуються рушником, простинею, білизною та іншими речами, якими незадовго до цього користувався хворий на коросту (на всіх цих речах могли зберегтися живі коростяні кліщі). Короста може передаватися від однієї людини іншій і через рукостискання з хворим на коросту.

На коросту хворіють не тільки люди, а й тварини—коні, собаки, кішки, корови, вівці, свині та ін. Однак короста тварин для людини мало заразлива.

Дуже важливо для боротьби з коростою виявити всіх хворих і якомога швидше їх всіх лікувати. Для цього треба, при виявленні хворого на коросту, зараз же обслідувати джерела і контакти (членів сім'ї, мешканців гуртожитку, школярів того самого класу, де вчиться хворий, і т. д.), та одночасно лікувати всіх захворілих.

Хворі повинні спати в окремому ліжку і користуватися окремим рушником тощо. До видужання хворі повинні утримуватись від стикання з близькими особами, від рукостискань.

Щоб убити кліщів, які можуть залишатися на білизні хворого,

досить виварити білизну при пранні. Верхній одяг хворих треба провести через дезинсекцію або можна обмежитись прогладжуванням або прожарюванням у печі чи в бані.

Коли захворіли на коросту діти, їх не можна допускати в дитячі будинки, піонерські табори, школи, дитячі садки. Їх треба старанно лікувати, а підозрілих на захворювання на коросту дітей треба направляти на огляд до лікаря для визначення хвороби і призначення лікування.

Доступна для всіх безплатна в СРСР медична допомога дає можливість кожному хворому на коросту своєчасно звернутися до лікаря, вилікуватися самому і перестати бути заразним для близьких осіб.

Лікування. Найбільш поширеним тепер є спосіб, що його пропагує в СРСР професор М. П. Дем'янович. Для лікування за цим способом потрібен 60% розчин гіпосульфіту і 6% розчин чистої («міцної») соляної кислоти.

Для виготовлення 6% розчину соляної кислоти беруть 6 частин чистої («міцної») соляної кислоти і 94 частини води. Замість чистої соляної кислоти можна взяти розведену соляну кислоту, що продається в аптеках (вона містить 1 частину соляної кислоти і 2 частини води). Тоді для виготовлення 6% розчину треба взяти 18 частин розведеної соляної кислоти і 82 частини води.

Втирання роблять у теплій кімнаті. Хворий, роздягнутий догола, сам втирає в шкіру всього тіла (крім голови) 60% розчин гіпосульфіту в такому порядку: 1) в ліве надпліччя і ліву руку, 2) в праве надпліччя і в праву руку, 3) в тулуб, 4) в ліву ногу, 5) у праву ногу.

В кожну з цих ділянок втирання проводиться по 2 хвилини (всього 10 хвилин). Втирають енергійними швидкими рухами; особливо старанно втирають в ті місця, де є прояви корости. Втирання провадять руками. Хворі втирають самі, хворим дітям втирання робить або середній медичний персонал, або батьки.

Після закінчення першого втирання хворому надається невеликий перепочинок для обсихання. В цей час вся шкіра вкривається найдрібнішими кристалами гіпосульфіту і через те стає білою, ніби припудреною.

Після цього роблять друге втирання тим самим розчином у тому ж порядку, теж по 2 хвилини на кожну ділянку для того, щоб втерти утворені на шкірі кристалики гіпосульфіту (що залишилися від першого втирання) в коростяні ходи і зруйнувати покришки ходів. Друге втирання також треба проводити енергійно, особливо в більш уражені хворобою місця. Друге втирання триває 10 хвилин. Потім, після обсихання, починають втирати розчин соляної кислоти.

Втирання розчину соляної кислоти проводиться в тому ж порядку, досить втирати в кожну ділянку по 1 хвилині (тобто 5 хвилин на всю поверхню тіла). Втирають руками, розчин наливають з пляшки собі на руку. Після обсихання треба повторити втирання розчину соляної кислоти ще 3 рази (всього 4 цикли втирань розчину соляної кислоти). Отже, весь курс лікування складається з 2 втирань розчину гіпосульфіту і 4 втирань розчину соляної кислоти.

Після закінчення втирань та після обсихання хворий одягає чисту білизну і не повинен змивати залишені на шкірі медикаменти протягом 3 днів.

Для вилікування корости досить провести 1 такий курс лікування, але при умові, якщо всіх зазначених тут правил будуть старанно додержувати.

Якщо перший курс лікування не дав повного видужання, через 3—5 днів лікування треба повторити. В рідких випадках доводиться проводити і третій курс лікування, через 3—5 днів після другого курсу.

Треба стежити за тим, щоб зазначені тут правила виконувалися точно і щоб розчини гіпосульфіту та соляної кислоти були прозорі, непомутнілі, бо помутніння їх вказує на змішування розчину в посудині.

Коросту можна також лікувати розчином Флемінгса. Хворий протягом півгодини миється з милом (краще зеленим). Слідом за цим протягом півгодини він натирається з допомогою сукнинки розчином Флемінгса, сліди якого видаляються після натирання наступним обмиванням з тазика (краще душ). Вся процедура займає близько години. Саме натирання може викликати у деяких хворих відчуття болю. У багатьох хворих після цього лікування може виникнути почервоніння, садна — подразнення шкіри, яке потім швидко проходить при засипанні подразненої шкіри окисом цинку або тальком. Лікування корости розчином Флемінгса слід провадити під наглядом медичного персоналу. Після лікування розчином Флемінгса хворий повинен перемінити білизну.

Прискореними методами за Дем'яновичем і розчином Флемінгса можна користуватися в спеціальних пропускних для хворих на коросту — в скабіозоріях.

З мазьового лікування, застосовуваного при корості, звичайно користуються Вількінсоновою маззю, що в побуті називається протикоростяною маззю.

Щодня протягом 4—5 днів хворий проводить енергійне втирання Вількінсонової мазі у весь шкірний покрив, крім шкіри голови. Особливу увагу звертають на руки і на місця між пальцями, де треба, щоб мазь не стиралась і не змивалась. 5-й і 6-й день хворий обтирання не робить, але лишається в тій же білизні, просяклій маззю. На 7-й день призначається гаряче купання з милом і одягається чиста білизна та одяг, підданий дезинсекції, і змінюється постільна білизна, ковдра та ін.

Якщо виникає подразнення шкіри, присипають почервонілі ділянки тією ж присипкою, як і при лікуванні розчином Флемінгса.

Для лікування корости ще рекомендується сірчана мазь. Склад її такий: сірчаного цвіту — 20,0, калій-карбонату — 10,0, свинячого сала (або вазеліну) — 120,0. Мазь втирається 4 рази протягом 3 днів. На 4-й день хворий миється і міняє білизну так само, як і при лікуванні маззю Вількінсона. Подразнення шкірч, яке іноді виникає, легко ліквідується звичайними присипками.

Успішно застосовують 5% водну емульсію мила «К» і сірчане мило (за Дьяковим) Прописи мила: білизняного мила 50,0, порошкоподібної сірки — 125,0, клею 50,0, борошна та крохмалю — 200,0—250,0, води — 350,0. Втирається так само, як і мазь Вількінсона.

При лікуванні дітей зазначеною сірчаною маззю користуються слабшою концентрацією. Для цього купують в аптеці 5% або 10% сірчану мазь або мазь Вількінсона і змішують з 2—3 частинами вазеліну (залежно від віку дитини: чим дитина молодша, тим мазь повинна бути слабша).

ВОШИВІСТЬ (PEDICULOSIS). Відрізняють три види вошей: головну вошу (pediculus capitis), одежну вошу (pediculus destimenti) і лобкову вошу (pediculus pubis).

Головна воша передається від людини людині найчастіше прямим контактом, але може передаватися гребінцями, головними уборами та ін. Свої яйця — гниди воша відкладає на волоссі, до якого їх приклеює хітиновою речовиною. Воші можуть поширюватися не тільки на волосистій частині голови, але іноді і на бровах, бороді і вусах. Присутність вошей на шкірі викликає більш або менш сильне свербіння і, як наслідок, розчухи і дерматит.

Лікування. Натирати голову гасом, змішаним у рівних частинах з олією (краще голову попереду обстригти). На ніч кладуть на уражену ділянку пов'язку, змочену зазначеним розчином. Вранці миють голову гарячою водою з милом. Волосся вичісують вранці і ввечері теплим столовим оцтом.

Одежна воша живе звичайно в складках білизни, звідки переходить на шкіру для добування собі їжі. На шкірі тулуба, крім розчухів та гноячкових захворювань, лишається часто на довгий час бура пігментація, яка локалізується на звичайних місцях розташування вошей — на ділянці шиї, лопаток і між ними та на попереці.

Лікування полягає в частому митті хворого, в дезинсекції білизни, постелі і жител (див. докладніше розділ *«Дезинфекція»*).

Лобкова воша — площиця живе переважно на шкірі лобка і суміжних частин живота і стегон, звідки вона може поширюватися на інші, вкриті волоссям ділянки шкірного покриву. Часто блощиці залишають на місцях свого перебування своєрідні круглі, з сочовицю завбільшки плями від блідосинього до блідосірого кольору (maculae ceruleae). Площицями заражаються часто при статевих зносинах.

Лікування. Рекомендується поголити всі уражені ділянки, обмити гарячою водою з милом і змазувати сірою ртутною маззю 2—3 дні.

Для дезинсекції рекомендуються такі препарати.

Сольвент застосовується звичайно у вигляді мильносольвентової пасти, з якої виготовляється 10% емульсія для обробки приміщень і речей обстановки та 50% емульсія для обробки волосистих ділянок шкіри.

Мило «К» — напівтверде, сірувато-коричневого кольору, застосовується у вигляді 2% емульсії (200 г на відро холодної води)

ДДТ — скорочена назва препарату — дихлордифенілтрихлоретан. Тканини, пересипані порошком ДДТ або змочені його розчином, забезпечують від появи вошей строком до 3 місяців.

Дуст ДДТ можна носити в марльових мішечках на внутрішній поверхні білизни або одягу, що також забезпечує від появи вошей. Докладніші відомості про ці дуже сильні дезинсектори див. у розділі «Дезинфекція».

ГРИБКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ. В нашій країні здійснюються широкі заходи щодо вивчення грибкових захворювань шкіри, їх профілактики та боротьби з ними. Передова радянська мікологія, базуючись на матеріалістичному прогресивному вченні Мічуріна—Лисенка, досягає все нових і нових творчих успіхів у вивченні патогенних грибків і в боротьбі з дерматомікозами.

Зараження трихофітією, мікроспорією і паршею, захворюваннями, спричинюваними відповідними грибками, може статися при безпосередньому стиканні здорової людини з хворою або через головні

убори, головні щітки, гребінці і т. д.; можливе також зараження від тварин.

ТРИХОФІТІЯ (TRICHOPHYTIA, HERPES TONSURANS). Трихофітія — дуже заразне захворювання; грибок — збудник був відкритий понад 100 років тому і названий trichophyton tonsurans.

Поверхнева трихофітія волосистої частини голови починається з появи на шкірі волосистої частини голови плям злегка запального характеру. Незабаром на поверхні плям появляються невеликі лусочки. Іноді по периферії плями можна бачити пухирці, гноячки, кірочки. Спочатку виникають 1—2 невеликих вогнища, що лущаться. Вогнища ці ховаються під волоссям, неприємних відчувань вони не завдають, і хворий спочатку може їх і не помітити. Поступово грибок обсіменяє всю волосисту поверхню голови, чому сприяють користування гребінцем, пригладжування волосся руками. Уражене грибками волосся втрачає блиск, стає тьмяним, сіруватого кольору і легко обламується на різному рівні в межах 2—3 мл над поверхнею шкіри, залишаючи так звані «пеньки». Волосся, що обломилося над рівнем шкіри, має вигляд чорних точок.

Без лікування поверхнева трихофітія триває роками і може пройти до початку періоду змужнілості. Після вилікування від поверхневої трихофітії будь-яких стійких слідів на шкірі не лишається.

Глибока трихофітія волосистої частини голови *(trichophytia profunda seu Kerion Celsi)* і ділянки бороди та вусів *(sycosis parasitaria)* спричиняється грибком, що передається від тварин. Глибока трихофітія проходить при значно вираженій запальній реакції шкіри у вогнищах ураження, у вигляді значних вузлів. Звичайно процес поширюється і на регіонарні лімфатичні вузли. На поверхні вогнищ ураження видно розширені отвори волосяних фолікулів, небагато уцілілих розхитаних волосків, гнійні корки. При легкому надавлюванні на вузол з волосяних фолікулів виступає краплями густий гній, що надає вогнищу вигляд «медових стільників». Уражені вогнища загоюються рубцюванням.

Трихофітія гладкої шкіри (trichophytia cutis glabrae). Відрізняють поверхневі і глибокі форми трихофітії гладкої шкіри. При поверхневій формі на шкірі з'являються правильної круглої або овальної форми, різко відмежовані від навкружної шкіри, злегка запального характеру плями. Плями схильні рости по периферії і зливатися одна з одною. Загоюватись плями починають з центра, при цьому центр плями дещо западає, шкіра набуває буруватого забарвлення, появляється лущення. Таким чином виникають кільцевидні фігури. При зливанні кількох плям обриси їх матимуть фестончатий вигляд. При глибокій формі трихофітії гладкої шкіри утворюються глибокі інфільтрати, густо просякнуті гнійними виділеннями і з різкими границями. Найчастіше описані ураження зустрічаються на тильній поверхні кистей.

Мікроспорія (microsporia) є дуже заразним захворюванням, яке уражає звичайно дітей віком від 4 до 14 років, частіше хлопчиків. Спочатку появляється на волосистій частині голови різко відмежоване, досить велике вогнище круглої форми. Волосся на вогнищі ураження тьмяне, сіруватого кольору, ламке, обламане на однаковому рівні (3—5 мл) над поверхнею шкіри. Здорового волосся тут не залишається. Шкіра на вогнищі ураження вкрита тонкими лусочками, які тримаються міцно. Кількість таких вогнищ на волосистій частині голови з часом збільшується.

В більш рідких випадках мікроспорії спостерігається загострення запального процесу. В таких випадках шкіра в ділянці ураження набрякає, червоніє, появляються фолікуліти, клінічна картина нагадує картину, що спостерігається при глибокій трихофітії. При ураженні шкіри, волосистої частини голови іржавим мікроспороном виявляються множинні маленькі вогнища. Запальної реакції з боку ураженої шкіри немає. В полі ураження є значна кількість довгих, здорових волосинок. Волосся обламується не на однаковому рівні, причому вище, ніж при трихофітії (5—8 мл). Вогнища схильні до злиття і поширення по всій волосистій поверхні голови. До статевого дозрівання, як правило, настає самовилікування від мікроспорії.

Парша (favus). Парша значно менш заразлива, ніж мікроспорія і трихофітія. На паршу хворіють люди, тварини і птахи. У людини парша уражає найчастіше волосисту частину голови, потім гладку шкіру і нігті.

Парша волосистої частини голови (favus capillitii). Заглиблюючись у шкіру волосистої частини голови, грибок парші оселяється в роговому шарі навколо волосяного фолікула. При цьому біля основи волоса формується плоске, жовтуватого кольору, незапального характеру утворення завбільшки з булавочну головку, яке пронизане волосом і виступає над поверхнею шкіри. Це утворення називається фавозним щитком (scutula favosa). Щиток являє собою чисту культуру грибка. З віком щиток розпушується і стає сіруватобілим. Волосся при парші стає ніби запиленим, втрачає блиск, обезбарвлюється і стоншується. На ділянках, де щитки існують довгий час, волосся випадає, шкіра атрофується. Волосся тут знов не виростає.

Парша може уражати і гладку шкіру (favus cutis glabrae). Звичайно грибок заноситься самим хворим з ураженої волосистої частини голови або ж шкіра уражається первинно. На гладкій шкірі парша може проявлятися у вигляді описаних вище скутул або ж на шкірі появляються неправильної форми невеликі, червоні плями, менш рідко окреслені, ніж при трихофітії. Парша на гладкій шкірі виявляється менш стійкою і зникає, не залишаючи звичайно рубця.

Ураження грибками нігтів (onychomycosis). Зазначені грибкові захворювання можуть викликати ураження нігтів. Захворювання починається з вільного краю нігтьової пластинки у вигляді її помутніння. Згодом ніготь стає нерівним, ламким, стовщується, краї його стають зазубленими, з'їденими. Нігті стають мутними, колір їх — брудносірим, буруватим. Захворювання тривае довго.

Діагноз ставиться на підставі клінічної картини і підтверджується мікроскопічним аналізом уражених лусочок, волосся, нігтів. Для дослідження беруть з уражених ділянок лусочки і уражене волосся, кладуть на предметне скло, закапують 20% розчином їдкого лугу, вкривають покривним склом, підігрівають, і, після прояснення, досліджують під мікроскопом. Грибки мають вигляд розгалужених ниток — міцелію або зерняток — спор.

Для розпізнавання мікроспорії застосовується обслідування з допомогою люмінісцентних фільтрів: уражене мікроспоріею волосся світиться характерним зеленим світлом і тому легко виявляється.

Профілактика. Найбільш контагіозним з трьох розглядуваних тут захворювань є мікроспорія, особливо та, що спричиняється недавно виявленим збудником — іржавим мікроспороном. Найменш заразна парша.

Основними завданнями в справі організації ефективної боротьби з цими захворюваннями є:

1. Негайне і обов'язкове залучення і обслідування всіх членів сім'ї захворілого та осіб з найближчого оточення (нянь, домашніх робітниць).

2. Систематичні, щомісячні масові огляди всіх дітей і доглядаючого персоналу в дитячих закладах і в школах. При виявленні випадку трихофітії або парші можна обмежитись дворазовим оглядом всіх дітей (контакти) з проміжком в 5—7 днів. При появі випадку мікроспорії, особливо викликаної іржавим мікроспороном, треба оглядати всіх дітей через кожні 4—5 днів протягом 5—6 тижнів, бо інкубаційний період при цій формі мікроспорії може бути дуже тривалим (до півтора місяця).

3. Карантинний режим у закритих дитячих закладах з припиненням приймання і виписування дітей встановлюється: при мікроспорії — на 6 тижнів з моменту виявлення останнього випадку захворювання, при трихофітії і парші — на 3 тижні.

4. Обов'язкова дезинфекція білизни, верхнього одягу, постільних та інших речей, якими користувався захворілий.

5. Обов'язкова рання госпіталізація хворих на трихофітію, мікроспорію, паршу.

6. Обов'язковий огляд дітей, що вступають до школи, дитячого будинку, в ясла та інші дитячі заклади, а також при відправленні їх у табір і поверненні звідти.

7. Обов'язковий облік грибкових захворювань.

8. Обов'язковий санітарно-гігієнічний нагляд за перукарнями, банями з систематичним оглядом працівників цих закладів.

9. Відсторонення від роботи і переведення на іншу роботу представників деяких професій при виявленні у них поширених форм хронічної трихофітії. Це стосується до обслуговуючого персоналу дитячих закладів, медичних закладів і працівників бань, перукарень, манікюрш, працівників прилавку, гардеробників тощо.

10. Залучення ветеринарних організацій до активної боротьби з мікозами: обов'язковий систематичний нагляд за домашніми тваринами, що належать дитячим будинкам, іншим дитячим закладам, а також сім'ям захворілих.

11. Ізоляція і лікування на ветеринарному пункті підозрілих на грибкове захворювання домашніх тварин. За висновком ветеринарного нагляду їх можна знищувати.

12. Проведення широкої санітарно-освітньої роботи, головним чином, серед учнів у школах і серед батьків.

Лікування грибкових уражень волосистої частини голови полягає в очищенні масляними пов'язками волосистої частини голови з наступним опроміненням промінням Рентгена, після чого на 14—16-й день волосся починає легко випадати. Волосся до опромінення треба остригти до 1—2 см довжиною. Голити волосся не слід. Видалення волосся — ручна епіляція — має бути проведене за 3—4 дні повністю. Ручна епіляція проводиться після облисіння, тобто починаючи з 20-го дня після опромінення. Видалене волосся збирають і спалюють. Починаючи з 11—12 дня після опромінення вранці миють голову теплою водою з милом. Епільована голова змазується перший день 1% розчином йодної настойки, другий день — Вількінсонівською маззю і на третій день миється голова. При наявності невеликих вогнищ уражень можна користуватись ручною епіляцією.

Вилікування контролюється триразовим дослідженням під мікроскопом відростаючого волосся.

Грибкові захворювання гладкої шкіри лікують повторним змазуванням вогнищ уражень 5—10% настойкою йоду (вранці) і втиранням 10—15% сіркодехтярної або Вількінсонівської мазі ввечері в середньому протягом 7—10 днів. Уражені грибками нігті лікують за методом А. М. Арієвича. Саліцилово-молочну мазь (саліцилової кислоти 12,0, молочної або бензойної кислоти 6,0 і вазеліну 82,0) накладають у вигляді компресної пов'язки (з вощаним папером) на всю нігтьову фалангу, без захисту м'яких тканин на 2 доби, повторно, 3—4 рази з одноденним проміжком; при цьому між сеансами накладання мазі на всю нігтьову фалангу накладають вазелінову пов'язку. Розм'якшену таким чином нігтьову пластинку відокремлюють від нігтьового ложа з допомогою скальпеля, розрізують ножицями вздовж по середній лінії, потім обидві половинки нігтя по черзі видаляють хірургічним пінцетом. На другому етапі лікування видаляють рогові нашарування на нігтьовому ложі після 48-годинних компресних пов'язок з тієї ж саліцилово-молочної мазі. Третій етап лікування полягає в накладанні на нігтьове ложе таких самих компресних пов'язок з 15—20% пірогалової мазі (3—4 пов'язки). Якщо немає пірогалової кислоти, призначають щоденні змазування нігтьового ложа 10% йодною настойкою, компреси з люголівської рідини, сулемового оцту (1 : 300), розчину сулеми (1 : 1000); новоутворювані рогові нашарування знову видаляють з допомогою компресних пов'язок з саліцилово-молочної мазі. В усіх випадках оніхомікозу треба також видалити роговий шар долоні і долоневої поверхні пальців, застосувавши «метод відшарування».

ЗАПРІЛІСТЬ (INTERTRIGO). Коли дві поверхні, стикаючись, труться, може виникнути більш-менш інтенсивне почервоніння на обмежених шкірних поверхнях. Ураження обмежується нерівними покрученими краями і супроводиться відчуттям жару і свербіння. До механічно викликаного подразнення приєднується дальший шкідливий вплив вторинної інфекції, розпаду відпадаючих шарів епідермісу і місцевих виділень, поту і т. д. Описана картина запрілості може ускладнюватися приєднанням піодермії, запаленням лімфатичних шляхів — лімфангоїтами, екзематизацією, що затягує перебіг хвороби.

Спостерігається запрілість на бокових поверхнях пальців ніг. Це має велике значення в армії при тривалих переходах. Далі запрілість спостерігається на внутрішній поверхні стегон, в міжсідничній складці, у гладких жінок під грудями.

Профілактика і лікування запрілостей полягає насамперед в додержанні чистоти шкірного покриву, особливо на його стичних поверхнях, в ізоляції стичних поверхень прокладки з м'яких чистих ганчірочок і мінеральних присипок (тальк, оксид цинку та ін.). В армії необхідно особливо старанно перевіряти, щоб взуття було правильно підібрано по нозі і щоб усі вміли правильно намотувати онучі. При розвинутому інтертриго успішно застосовують Pasta zinci або збовтувану мікстуру:

Rp. Zinci oxydati
Talci veneti aa 20,0
Glycerini
Aquae plumbi aa 30,0
MDS. Перед вживанням збовтувати.

Добре діє застосування в гострому періоді примочок з 1/8—1/4 розчину азотнокислого срібла.

ГНОЯЧКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ — ПІОДЕРМІЇ (PYODERMIA). Захворювання шкіри, спричинювані частіше стафіло- і стрептококами, які клінічно виявляються переважно пустулами, мають назву піодермій. Піодермії є найбільш поширеними захворюваннями шкіри. Близько 80% усіх випадків тимчасової непрацездатності з шкірних хвороб припадає на піодермії. Звідси цілком зрозумілою стає та велика увага, яка приділяється у нас питанню боротьби з піодерміями.

Фурункул (furunculus) спричиняється стафілококами, які уражають волосяний фолікул. Спочатку виникає поверхневий гнояк, розміщений навколо устя волосяного фолікула, болючий і оточений яскравочервоним запальним віночком. Далі стафілококи поширюються за ходом волосяного фолікула, скупчення мікробів обвивають волос і на певній глибині формують центр розмноження. В окружності цього вогнища розмножених стафілококів елементи волосяного фолікула і навкружної дерми гинуть. Цей некроз тканин навколо мікробного вогнища — стрижень фурункула.

Весь описаний процес відбувається протягом кількох днів. У цей час фурункул являє собою вузол гострозапального характеру, з нерізко обмеженими запальними краями. Температура при цьому може іноді підвищуватися, появляється біль в ураженій ділянці, вогнище ураження червоніє, припухають регіонарні лімфатичні вузли, рухи у вогнищі ураження болючі, і хворий нерідко скаржиться на загальне нездужання. Можуть приєднатися запалення лімфатичних шляхів, які підходять до фурункула, — лімфангоїти. Особливо небезпечні фурункули, розташовані на губах і носі. Супроводячись широко розлитим щільним набряком, у формуванні якого беруть участь легко тромбовані судини, ці фурункули ускладнюються іноді септичним флебітом і можуть стати вихідним пунктом загального сепсису.

Профілактика[1]. Щоб запобігти розвиткові фолікулітів і нових фурункулів, необхідно заборонити на час хвороби користування водними процедурами, остригти волосся в ділянці фурункула та його найближчої окружності, протирати 2 рази на день широку зону шкіри навколо фурункулів спиртово-камфорним розчином або 2% саліциловим спиртом, піддавати лікуванню кожний нововиниклий фолікуліт і доводити лікування кожного фурункула до повного зворотного розвитку. При появі значної кількості фолікулітів або нових фурункулів — призначати загальні опромінення ультрафіолетовим промінням (суберитемні дози). Категорично забороняється видавлювати фурункули, бо це загрожує виникненням нових фурункулів і настанням серйозних ускладнень.

Лікування фурункула повинно бути місцевим і загальним.

Місцеве лікування полягає в накладанні 1—2 рази на день на кожний фурункул чистого іхтіолу з наступним накладанням тонкого шару вати; поверх вати застосовують сухе тепло. Доцільним є місцеве застосування теплового проміння (лампа солюкс, інфрачервоне проміння) з наступним нанесенням чистого іхтіолу.

Після розрізування фурункула накладають стерильну марлю на центральну ділянку і чистий іхтіол на інфільтровану периферичну частину. Рекомендується користуватися електричним полем УВЧ,

[1] Див. наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР № 500 від 9/VII 1949 р.

проводячи лікування через день слаботепловими дозами при довжині хвилі 8 м. Необхідно вдаватися до якнайраніше рентгенотерапії фурункула лиця й голови.

При абсцедуванні фурункула застосовують хірургічне лікування або відсмоктують гній шляхом пунктирування абсцесу з наступним введенням в його порожнину стафілококового бактеріофагу або розчину пеніциліну (5 000—10 000 ІО в 1 мл). При наявності великої червоності й набряку, повільному дозріванні (розм'якшенні) фурункула або дуже різкій його болючості протягом 1—3 днів можна користуватися зогрівальними компресами (з 20—30° спирту або 5—10% водного розчину іхтіолу).

Загальне лікування при великих фурункулах і обов'язково при фурункулах на лиці й голові, при фурункульозі полягає в призначенні внутрішньом'язових введень пеніциліну з розрахунку 50 000 ІО на ін'єкцію через кожні 2—3 години. На курс дається 1 500 000 ІО. Призначають також всередину сульфазол, сульфатіазол і т. п. по 3—4 г на добу.

При фурункульозі або при тяжких фурункулах, які довго тривають, проводять, поряд з місцевим лікуванням, специфічну або неспецифічну терапію (антифагін, анатоксин, бактеріофаг, стафілофільтрат, автогемотерапія, протеїнотерапія і т. п.).

Стафілококовий антифагін застосовується для підшкірних впорскувань, здійснюваних щодня або через день, залежно від реакції організму на введення препарату. Проводити лікування можна і в амбулаторних умовах. Схема введення стафілококового антифагіну така: перший день — 0,2 мл, далі щодня доза збільшується на 0,1 мл і доводиться на 9-й день лікування до 1,0 мл.

Якщо неможливо робити ін'єкції щодня, стафілококовий антифагін можна застосовувати через день, збільшуючи дозу з кожною ін'єкцією на 0,2 мл. При рецидивах захворювання через 10—15 днів після закінчення лікування можна курс повторити. Протипоказанням до застосування стафілококового антифагіну є: розлад серцевої діяльності з явищами декомпенсації, виражені нефрити і нефрози, тяжкі захворювання печінки, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії загострення, тяжка форма недокрів'я, різке виснаження, активний туберкульоз легень, тяжкі органічні захворювання центральної нервової системи та гострі інфекційні захворювання.

Рекомендується також користуватися ін'єкціями стафілококового анатоксину (0,2—0,5—1,0—1,5, надалі по 2,0 з інтервалами в 2—4 дні, всього 6—10 ін'єкцій), бактеріофагу, стафілококового фільтрату (антивірусу) внутрішньошкірно по 0,1 мл, при наступних ін'єкціях доза збільшується на 0,1—0,2; максимально 1,0 з інтервалами в 3—5 днів, всього 6—10 разів.

При хронічному рецидивному фурункульозі краще починати з 0,1 фільтрату, розведеного в 5—10 разів у фізіологічному розчині, або застосовувати стафілококову вакцину.

Показані також автогемотерапія, лактотерапія, ін'єкції гемолізованої (лакової) крові 0,5—1,0—1,5—2,0 внутрішньом'язово.

Треба дослідити обмін речовин, в першу чергу вуглеводний, і призначити загальну терапію відповідно до результатів дослідження. Обов'язковим є дослідження сечі на цукор (діабет!). Виключаються спиртні напої, гострі приправи, мед, обмежується кількість вводжуваних вуглеводів. Призначають вітаміни С і А, пивні дріжджі (комплекс вітаміну В) відповідно до індивідуальних показань.

Гідраденіти (hydradenitis) — являють собою абсцеси, які розміщаються навколо потових (апокринових) залоз. Найчастіше вони виникають у пахвовій западині. Виникають гідраденіти, мабуть шляхом гематогенного (через кров'яне русло) проникнення стафілококів або місцевого попадання бактерій через протоки залоз. Нерідко суміжні гідраденіти зливаються своїми основами в загальну масу горбастого сосковидного інфільтрату, який займає велику поверхню («суче вим'я»).

Лікування гідраденітів проводиться за тими ж принципами, що й лікування фурункула. Доцільна якнайраніша рентгенотерапія і застосування ультракоротких хвиль (УВЧ).

Імпетиго стрептококове (impetigo streptogenes) являє собою гнійничкове захворювання, що розміщається в поверхневому шарі шкіри і спричиняється стрептококами. Появляючись спочатку у вигляді невеликого гнійничка, оточеного яскравочервоним запальним віночком, імпетиго швидко росте по периферії. Покришка гнійника в'яла й дрябла, швидко розривається, оголюючи ерозовану поверхню. Рідина, що виділяється звідси, засихає у світложовті медові кірочки, які можуть набувати темного забарвлення від домішки бруду й крові. Захворювання надзвичайно заразливе для оточуючих і легко поширюється на суміжні ділянки шкіри, куди заноситься забрудненою рукою при розчухах. Особливо часто зустрічається у маленьких дітей на лиці.

Лікування полягає в обтиранні здорових суміжних ділянок шкіри 70% спиртом, видаленні кірочок 5% сульфідиновою маззю або 5% білою ртутною маззю, або 2% жовтою ртутною маззю. Дуже добре діє червона ртутна мазь:

Rp. Hydrargyri sulfurati rubri 0,1
Sulfuris praecipitati 2,5
Vaselini flavi ad 10,0
M.f. unguentum
DS. Мазь.

Принципи організації боротьби з піодермітами. Міністерством охорони здоров'я СРСР порядком наказу введено ряд інструкцій, що забезпечують найбільш дійове лікування і найбільш гарантуючу профілактику цих захворювань.

Правильна й ефективна боротьба з гнійничковими захворюваннями неможлива без постановки правильного обліку і дослідження їх причин на основі матеріалів пунктів охорони здоров'я і поліклінік, які обслуговують окремі підприємства.

При аналізі матеріалів пунктів охорони здоров'я слід звернути особливу увагу на облік тих випадків гнійничкових захворювань з тимчасовою втратою працездатності, які настали при роботі з мастилами і після травм виробничих і побутових. Мають бути виявлені не тільки цехи з підвищеними коефіцієнтами гнійничкових захворювань, але й окремі професії, а також окремі робочі місця, що дають підвищений травматизм і гнійничкові захворювання. Одночасно повинні бути досліджені конкретні причини, моменти, що сприяють гнійничковим захворюванням (причини дрібних поранень, джерела й причини забруднення шкіри та ін.), і усунені можливості їх виникнення.

При з'ясуванні причин виникнення гнійничкових захворювань треба звернути увагу й усунути такі моменти:

а) фактори, що знижують стійкість шкіри до гноячкової інфекції (діяння на шкіру охолодних масел і рідин або інших речовин, які зумовлюють сухість шкіри і тріщини, вплив хімічних продуктів, що подразнюють шкіру, і т. п.);

б) наявність «масляних вугрів», які можуть служити вихідним пунктом для виникнення глибоких гноячкових захворювань;

в) фактори, що зумовлюють підвищене потовиділення в результаті роботи поблизу джерел тепла або в умовах підвищеної температури навколишнього середовища;

г) обставини, що зумовлюють забруднення шкірних покривів (пил, бруд);

д) поганий стан робочого стола, верстата та його деталей, недостатнє освітлення робочого місця, захаращеність зайвим інструментарієм, матеріалами, відходами виробництва;

е) незадовільний стан виробничого й ремонтного інструментарію;

ж) поганий стан тари для внутрішнього транспортування матеріалу.

Звідси випливають відповідні заходи, спрямовані до усунення причин виникнення гноячкових захворювань.

ЕКЗЕМА (ECZEMA). Екзема є дуже поширеним захворюванням, що характеризується появою на вогнищах уражень почервонінь, вузликів, пухирців, ерозій, кірочок, лущення, які ускладнюються приєднанням гноячків і, нарешті, у стійких, затяжних випадках потовщенням шкіри. Локалізуються екзематозні вогнища найчастіше симетрично; захворювання супроводиться свербінням і має схильність в своєму перебігу то стихати, то знову загострюватися. Причини виникнення екземи надзвичайно різноманітні, вони можуть залежати від самого організму і впливу зовні. Слід розрізняти екзему гостру й хронічну. Екзема може локалізуватися на будь-яких ділянках шкірних покривів, захоплюючи іноді й слизові оболонки. Під час розчухів екзематозних вогнищ хворий створює сприятливі умови для розвитку на місцях уражень гноячкових захворювань, завдяки заглибленню гноєтворних бактерій. Екзема ускладнюється приєднанням до неї імпетиго, фолікулітів, фурункулів. Нерідко екзема приєднується до раніше виниклого захворювання (наприклад, корости) і в цих випадках ми говоримо про екзематизацію.

Тепер виникнення екземи зв'язують з центральною нервовою системою. Це підтверджується експериментальними даними М. К. Петрової з лабораторії І. П. Павлова. М. К. Петрова спостерігала собак, у яких шляхом різкого ослаблення їх нервової діяльності і виведення нервової системи з стану рівноваги удавалось, поряд з ясновираженими нервовими явищами, спостерігати й різкі дистрофічні процеси у вигляді великих екзематозних вогнищ. Під діянням різних терапевтичних (фармако-фізичних) заходів на нервову систему, а також під впливом наркотичного (вероналового) і гіпнотичного сну зазначені експериментально викликані шкірні ураження швидко зникали.

Лікування. Найважливіший момент — виявлення й усунення фактора, який провокує розвиток екземи, що, на жаль, не завжди вдається.

Загальне лікування. До початку лікування старанно обслідують хворого: стан нервової системи, внутрішніх органів, функції нирок, ендокринного апарата, шлунково-кишкового тракту і т. д. Якщо виявлено ті чи інші патологічні зрушення, які можуть підтримувати

екзему (наявність глистів, запори, катаральний стан шлунка, легка нервова збудливість), вони повинні бути по змозі усунені, що значно полегшить вилікування від екземи. Крім цього, часто вдаються до методів неспецифічної десенсибілізації організму. Великою популярністю користуються внутрішньовенні вливання 10—20% розчину гіпосульфіту натрію в кількості 5—10 мл через день:

Rp. Solutionis Natrii hyposulfurosi chem. puri 10—20% 10,0
Dtd. № 10 in ampullis
S. Для внутрішньовенних вливань

Не менш популярні щоденні або через день внутрішньовенні вливання 10% розчину хлористого кальцію по 3—5—7—10 мл на вливання:

Rp. Solutionis Calcii chlorati 10% 100,0
Sterilisetur!
D.S. Для внутрішньовенних вливань.

При вливанні розчину хлористого кальцію хворий відчувае жар. Вливання треба робити повільно, остерігатися попадання розчину під шкіру (некроз!). Всього роблять, залежно від показань, 10—15 вливань розчину гіпосульфіту або хлористого кальцію

Запропоновано вливати 10% розчин бромистого натрію по 5—10 мл на ін'єкцію. Вливання ці проводяться з успіхом при гострих формах дерматозу. Добре у шприці для внутрішньовенного вливання змішувати в рівних кількостях розчини хлористого кальцію і бромистого натрію.

При поширених формах екземи застосовують як десенсибілізуючий засіб трансфузії одногрупної крові в кількості 80—100 мл. Трансфузії з інтервалом у 5—10 днів повторюють 2—3 рази. З цією ж метою застосовують автогемотерапію (від 3 до 10 мл власної крові хворого) або молоко (від 1 до 5 мл); ін'єкції молока повторюють 2—3 рази на тиждень, залежно від реакції організму. Курс лікування триває близько місяця. Деякі вітаміни, особливо вітамін С, видимо, мають десенсибілізуюче діяння.

Іноді буває успішним лікування деяких хворих на екзему навіюванням у гіпнозі. Сеанси навіювань проводяться 2—3 рази на тиждень; кількість сеансів індивідуалізується.

Здавна при підгострих і особливо при хронічних формах екземи застосовуються препарати миш'яку:

Rp. Solutionis Fowleri 10,0
T-rae Chinae compositae 20,0
MDS. 3 рази на день по 3—10 крапель.

Rp. Salutonis Natrii arsenici 1% 1,0
Dtd. № 40 in ampullis
S. По 0,5—1 ампулі щодня для підшкірних впорскувань.

Якщо у хворих на екзему є зменшення кислотності шлункового соку, то дають всередину Acidum muriaticum dilutum по 5 крапель перед їдою. Для врегулювання діяльності кишечника призначають препарати сірки та іхтіолу наприклад:

Rp. Sulfuris depurati 0,4
Dtd. № 10
S. 2—3 порошки на день.

або:

Rp. Ichthyoli puri 0,1—0,5
in caps. gelat. Dtd № 21
S. 3 рази на день після їди по 1 капсулі.

Стан шлунково-кишкового тракту у хворих на екзему, безперечно, робить значний вплив на перебіг екземи. Тому важливою є дієта. Протягом перших 3-х діб при гострій екземі доцільна сувора молочна дієта. Забороняються гострі страви, солодощі, яйця, міцний кофе, чай, спиртні напої. Слід уникати надмірного харчування, особливо у дітей. Рекомендується їжа, багата на вітаміни, біле м'ясо, варена або жарена риба, каші, масло, фрукти та овочі.

Взагалі комплекс заходів, застосовуваних при екземі, має бути суворо індивідуалізований. Іноді при різко вираженій екземі хворого доводиться госпіталізувати для стаціонарного лікування.

Місцеве лікування. Ураженій шкірі необхідно створити найсприятливіші умови спокою, усунувши все те, що може її подразнювати. Серед населення встановився правильний погляд: «Екзема боїться води». Справді, шкіра, уражена екземою, погано переносить воду й миття з лужними милами. Для очищення шкіри слід користуватися рідкими маслами (прованською олією, маслом солодких мигдалів). Якщо є кірки, то їх слід видаляти з допомогою масляних зогрівальних компресів.

Слід пам'ятати, що шкіра, уражена екземою, легко звикає до того чи іншого медикаменту. Що добре діяло на екзематозний процес сьогодні, через 2—3 дні може викликати подразнення шкіри, загострення процесу або звикання до даного медикаменту, який перестає виявляти будь-яке діяння або навіть починає подразнювати шкіру. Тому при екземі частіше, ніж при інших хворобах, доводиться міняти ліки.

При гострозапальних клінічних проявах екземи, при наявності мокнення й великої кількості пухирців застосовують примочки. З цією метою призначають 2% розчин борної кислоти, 20% свинцеву воду, 10% розчин оцтовокислого алюмінію, 0,5—2% розчин резорцину, 1/4% розчин ляпісу і т. п. Зазначені примочки мають в'яжуче або заспокійливе діяння. Розчином змочується клаптик полотна або в кілька разів складена марля, віджимається і прикладається на уражену ділянку. В міру зогрівання й висихання примочки міняють. При накладанні примочок здорову шкіру навколо вогнищ уражень слід захищати тонким шаром цинкової пасти.

Коли симптоми мокнення зменшились, але лишилися червоність і свербіння, переходять до діяння на вогнище екземи пудрами або присипками, які підсушують або охолоджують уражене місце. Розрізняють мінеральні і рослинні пудри. До перших належать: Bismu-

tum subnitricum, Creta alba, Talcum venetum, Zincum oxydatum та ін. До других — Amylum triticum, Rhisoma Iridis florentinae, Semina Lycopodis і т. п. Примірні прописи:

Rp. Zinci oxydati 30,0
Amyli tritici
Talci veneti aa 70,0
MDS. Присипка.

Для заспокоєння свербіння можна додати 1—2% ментолу:

Rp. Mentholi 1,0
Zinci oxydati
Talci veneti aa 25,0
MDS. Присипка.

Пудри легко зсипаються і стираються з шкіри. Щоб добитися кращої фіксації лікарської речовини на шкірі, замість пудр застосовують збовтувані мікстури, наприклад:

Rp. Zinci oxydati
Amyli
Aquae plumbi
Glycerini aa 25,0
MDS. Перед вживанням збовтувати.

Після попереднього струшування збовтувана мікстура наноситься тонким шаром на уражену ділянку; ліки швидко засихають і захищають шкіру від діяння шкідливих агентів, діючи, примірно, так само як і пудра. До зазначеного складу, відповідно до показань, можна додавати з лікувальною метою різні хімічні засоби: іхтіол, сірку, (2—5—10%) і т. п.

Дуже добре в цьому періоді екземи призначати на уражені вогнища ніжні мазі. Мазі ці не всмоктуються шкірою і не виявляють активного хімічного діяння, але в той же час розм'якшують шкіру, видаляють кірки, лусочки та інші відмерлі частинки разом з наявними в них мікробами та їх продуктами, а також захищають шкіру від зовнішніх подразнень. Наводимо кілька прописів таких ніжних мазей:

Rp. Zinci oxydati
Bismuti subnitrici aa 1,0
Unguenti lenientis
Unguenti simplicis aa 9,0
M.f. Unguentum.

Для мазей може бути використаний нафталан, який являє собою мазеподібну речовину, виготовлену з нафталанської нафти:

Rp. Naphthalani 5,0
Vaselini
Olei Helianthi seu Olivarum ad 100,0
M.f. Unguentum.

або свинцева мазь (Unguentum Diachylon). З успіхом застосовується цинкова мазь, яку краще призначати в такому прописі:

Rp. Adipis suilli benzoati 8,0
Cerae albae
Zinci oxydati aa 1,0
M f. Unguentum.

Ще ніжніше діє на шкіру так зване цинкове масло:

Rp. Zinci oxydati 10,0—40,0
Olei Helianthi seu Olei Olivarum ad 100,0
Mf. Suspensio.

Тепер охоче застосовують, особливо при екземі, що ускладнилася вторинною інфекцією, сульфідинову суспензію:

Rp. Sulfidini 10,0—20,0
Olei jecoris Aselli ad 100,0
Mf. Suspensio.

Кількість мазі, яка наноситься на уражену ділянку, повинна бути невеликою; звичайно поверх мазі накладається пов'язка.

Іншою лікарською формою, застосовуваною при екземі, є пасти. Будучи за своїм складом індиферентними, не подразнюючими шкіру, вони зручні, бо щільно вкривають шкіру і дають можливість обходитися без пов'язок. Звичайно застосовується цинкова паста:

Rp. Zinci oxydati, Talci veneti
seu Amyli tritici aa 5,0
Vaselini
Lanolini aa 5,0
Mf. pasta.

Рекомендується ще такий пропис цинкової пасти:

Rp. Zinci oxydati
Talci veneti subtile pulv. aa 5,0
Vaselini
Lanolini aa 25,0
Mf. pasta.

Застосовуючи пасту в пахвовій або пахвинній ділянках, додають Chrysarobini (1 : 1000).

Rp. Chrysarobini 0,1
Ung. Zinci ad 100,0
Mf. unguentum
D.S. Мазь.

Застосування паст протипоказане на волосистій частині голови, де важко буває потім очистити волосся, що злипається.

Коли гострі явища екземи слабшають, до індиферентних мазей і пасти обережно додають розсмоктувальні засоби: 5% іхтіолу, 1%

дьогтю (Oleum Rusci, Ol. Fagi, Pix liquida, Ol. Lithanthracis) або 1% резорцину.

В періоді лущення або в тих стадіях екземи, коли є потовщення шкірного покриву, ліхеніфікація, дедалі більше переходять до препаратів дьогтю, доводячи концентрацію його в мазях чи пастах до 10%, або до нафталану в концентрації до 30—50% в мазях. Наприклад:

Rp. Zinci oxydati
Talci veneti aa 5,0
Naphtalani 10,0
Mf. Unguentum.

При ускладненні екземи піококовою інфекцією доцільно застосовувати пеніцилін.

Якщо справа йде до поліпшення і немає явищ подразнення, то можна додати відповідний фізичний метод розсмоктувального лікування: опромінення синім світлом, солюксом або невеликими дозами ультрафіолетового проміння.

Як місцево діючий засіб, при підгострих і особливо хронічних формах екземи застосовують рентгенотерапію.

Хворих на хронічну екзему успішно лікують на сірководневих курортах (Мацеста, П'ятигорськ, Гарячий Ключ, Сергіївські мінеральні води, Алма-Арасан, Арчман, Джелалабад, Немиров та ін.). Направляти хворих на курорти слід у літній час.

ТУБЕРКУЛЬОЗ ШКІРИ. Туберкульозні захворювання шкіри були значно поширені в царській Росії, коли кількість хворих становила приблизно 200 000 чоловік. В СРСР у 1936 р. кількість хворих на туберкульоз шкіри зменшилась майже втрое і далі швидко продовжує зменшуватись. Зараз ця хвороба зустрічається дедалі рідше.

Виникає туберкульоз шкіри шляхом попадання туберкульозних паличок або іззовні, через дефекти в шкірі, або зсередини організму, з якого-небудь наявного в організмі туберкульозного вогнища.

Люпозний туберкульоз шкіри (tuberculosis cutis luposa). Вовчий лишай (lupus vulgaris). Прийнято вважати, що назва вовчий лишай увійшла в ужиток тому, що при цьому захворюванні руйнування шкіри нагадують укуси вовка. Починається вовчий лишай часто в дитячому віці, без лікування довго тягнеться і приводить до значних руйнувань шкіри. Спочатку в товщі шкіри виникають горбки, просвічуючі на поверхні шкіри у вигляді жовтуватих або буруваточервоних утворів. Горбки поступово збільшуються в розмірі, зливаються між собою і утворюють бляшки, виступаючі над рівнем шкіри. Горбки мають жовтуваточервоне забарвлення, м'які, легко продавлюються зондом (феномен зонда) і при натискуванні на них предметним склом набувають жовтуватобурого забарвлення, яке нагадує собою яблучне желе (феномен «яблучного желе»). Надалі горбки найчастіше перетворюються у виразки, руйнуючи уражену тканину, і, кінець кінцем, загоюються рубцем. На цьому процес не закінчується, бо на рубці незабаром виникають нові горбки — рецидиви хвороби. Вовчий лишай може ускладнюватися бешиховим запаленням, на вовчакових виразках може розвиватися рак.

Колікативний туберкульоз шкіри (tuberculosis cutis colliquativa). Скрофулодерма (scrophuloderma) або, як її називають у побуті,

«золотуха», починається в глибоких шарах шкіри. Часто хвороба розбивається спочатку на ближчих до шкіри органах, — залози, кістки, суглоби і шкіра вже втягаються вторинно.

Спочатку під шкірою утворюються досить щільні, округлої форми вузли. Ці вузли збільшуються, зливаються між собою, шкіра над ними червоніє, вузол починає розпадатися і, нарешті, рідкий гній прориває ться на поверхню шкіри. Утворюється виразка своєрідного вигляду: краї її синюшночервоного кольору, м'які, потоншені, підриті й нависають над виразкою; дно виразки являє собою легко кровоточиву запальну тканину, вкриту гнійним нальотом. З часом виразки рубцюються, рубці нерівні з сосочкоподібними виступами й химерними мостиками із збережених залишків нормальної шкіри.

Лікування туберкульозу шкіри складається з загального і місцевого. Загальні заходи повинні бути спрямовані на зміцнення всього організму. Сюди входить поліпшення санітарно-гігієнічних умов життя хворого, надання йому повноцінного, посиленого харчування, лікування сонячним світлом. Лікування сонячним світлом треба проводити обережно, стежачи за загальним станом хворого. Починають з 4 хвилин і щодня додають по 2 хвилини; доводять до 2-годинної щоденної сонячної ванни. Після кожної півгодини перебування на сонці роблять перерву 5—10 хвилин, проводячи її в затінку.

Хороші результати дає лікування хворих на туберкульоз шкіри вітаміном D_2, який застосовується у вигляді концентрованого розчину в маслі або в спирті. Оптимальною добовою дозою є для дорослих 100 000 ІО, для дітей до 15 років — 25 000—50 000—75 000 ІО, для осіб, старших від 50 років, — 75 000 ІО. Рекомендується починати лікування з 25 000 ІО і потім поступово протягом тижня доводити добову дозу до 100 000 ІО. Лікування вітаміном D_2 в найкращому разі тривае 4—5 місяців і більше. Протягом наступних 2—3 років слід щороку проводити додатковий профілактичний курс лікування тривалістю в 2—3 місяці. Лікування вітаміном D_2 протипоказане при гострих і хронічних хворобах нирок, печінки, при хворобах серця в стадії декомпенсації, при артеріосклерозі, прогресуючих формах туберкульозу легень, вираженій гіпертонії. Перед лікуванням слід провести клінічне й лабораторне обслідування хворого, зокрема, стану легень (клінічне й рентгенологічне).

До побічних явищ, спостережуваних при лікуванні вітаміном D_2, належать головні болі, поганий апетит, загальна слабість, болі в підложечковій ділянці, в животі, поноси або запори, болі в суглобах, посилена спрага, гарячковий стан, падіння ваги та ін. Іноді відмічаються явища подразнення нирок: у сечі появляються гіалінові циліндри, еритроцити, білок та ін. В процесі лікування вітаміном D_2 можливе загострення туберкульозного процесу в шкірі, в регіонарних лімфатичних вузлах, іноді в кістках і, що особливо важливо, в легенях. Звідси випливає потреба старанного нагляду за хворими при проведенні вітамінотерапії. Необхідно не рідше одного разу на тиждень контролювати сечу, щомісяця перевіряти стан легень, стежити за вагою хворих.

При виявленні будь-яких побічних явищ лікування вітаміном D_2 переривають і потім знову продовжують при відновленні стану хворих, але вже меншими дозами.

Складність нагляду за хворими, які приймають лікування вітаміном D_2, викликає потребу госпіталізувати цих хворих.

Першу спробу лікувати туберкульозний вовчий лишай вітаміном D_2 (опроміненим ергостеролом) було зроблено радянськими дослідниками Биховським і Павловим (Київський рентгено-радіологічний інститут), які опублікували свою роботу в 1936 році.

Не зважаючи на успішність лікування вовчого лишаю вітаміном D_2, не втратили значення й досі інші методи лікування, які часто застосовуються в комбінації з вітамінною терапією.

Місцеве лікування туберкульозу шкіри полягає в руйнуванні ураженої тканини. Для цього застосовують миш'яковисті пасти (Pasta plantagina), мазь з пірогаловою кислотою (5—15% Ung. Acidi pyrogallici) та ін. Там, де це можливо, видаляють уражену тканину хірургічним способом, вирізаючи її скальпелем або вискрібаючи гострою ложечкою з наступним після вискрібанням припіканням паличкою ляпісу. Руйнують туберкульозну тканину діатермокоагуляцією або застосовують проміння Рентгена.

Організація боротьби з венеричними і шкірними хворобами. В нашій країні перемігшого соціалізму знищено старі соціальні умови, які були передумовою для поширення заразних захворювань, зокрема венеричних.

Радянська медицина має величезні досягнення в лікуванні венеричних хвороб. Об'єднання лікарень і поліклінік розкрило широкі можливості для дальшого піднесення якості роботи медичних закладів. Практика об'єднання шкірно-венерологічних закладів показала, що запровадження в життя цього заходу дало підвищення ефективності медичної допомоги. Одержано кращі якісні показники лікувально-профілактичної роботи, створено всі умови для удосконалення знань медичних кадрів.

У боротьбі з венеричними хворобами в обласному центрі бере участь обласний шкірно-венерологічний диспансер, який керує роботою всіх відповідних лікувальних закладів області. В районі противенеричну роботу провадить районний шкірно-венерологічний диспансер, який здійснює практичне керівництво всією відповідною лікувальною сіткою району.

Шкірно-венерологічні кабінети районних поліклінік, а також сільські лікарські дільниці, встановлюють зв'язок з найближчим шкірно-венерологічним диспансером і погоджують з ним плани своєї лікувально-профілактичної роботи та організаційні заходи, провадженні в районі.

Вся венерологічна і загальномедична сітка проводить практичну роботу по боротьбі з венеричними хворобами в таких напрямках:

а) веде точний письмовий облік венеричних і заразних шкірних хворих на повідомленнях за формою № 281. Ці повідомлення складаються на кожного хворого не тільки активними, але й всіма формами венеричних хвороб, а також на хворих на паршу, трихофітію, мікроспорію як у спеціалізованій, так і в загальномедичній сітці, включаючи дитячі і жіночі консультації;

б) подає хворим безплатну лікувальну допомогу;

в) вживає заходів до обов'язкової госпіталізації в стаціонари хворих на сифіліс у гострозаразній формі;

г) залучає до обслідування членів сім'ї і «контакти», які спільно проживають або близько стикаються з хворими на венеричні хвороби, а також виявляє й лікує «джерела» венеричних хвороб;

д) стежить за акуратним лікуванням хворих, неакуратних спонукає до відвідування особисто або письмово;

е) залучає до огляду й лікування хворих, які злісно ухиляються від лікування;

є) проводить регулярний огляд робітників у гуртожитках і харчових підприємствах та дітей в дитячих яслах і дитячих садках;

в) провадить санітарно-освітню роботу як всередині лікувально-профілактичних закладів, так і поза ними шляхом лекцій, бесід, організацій виставок і т. п. Широкі маси населення сповіщаються про важливість раннього звертання в усіх підозрілих на вензахворювання випадках до лікаря, про значення акуратного лікування хворих на венеричні хвороби тощо.

Сільська лікарська дільниця відіграє надзвичайно велику роль у боротьбі з венеричними хворобами. На сільській лікарській ділянці повинен бути контрольний список (форма № 277), який складається на хворих з венеричними хворобами з виділенням осіб, виявлених як джерела інфекції. В контрольному списку відмічають: прізвище, ім'я та по батькові хворого, стать, вік, діагноз, порядок виявлення захворюваності (при звертанні за лікуванням, при профілактичних оглядах), проведене лікування (яке і де), направлення на лікування в інший лікувальний заклад (який), дата зняття з обліку і відмітка про причину зняття з обліку (у зв'язку з поліпшенням здоров'я, виїздом, смертю). Сільська лікарська ділянка подає піврічний і річний звіти за формою № 13.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОЧНОЇ ДОПОМОГИ У ДІЛЬНИЧНІЙ АМБУЛАТОРІЇ

Подання медичної допомоги при очних захворюваннях можна провадити в загальній амбулаторії, для чого слід устаткувати окремий невеликий столик. Треба мати кілька крапельниць з притертими пробками-піпетками для зберігання крапель, гумовий маленький балон для промивання очей, кілька банок з кришками для мазей, скляні палички для закладання мазі за повіки, сулію для розчину калій-перманганату, банку для вати, лупу, очне дзеркало, голки для видалення сторонніх тіл з рогівки, таблиці для визначення гостроті зору.

Якщо немає змоги дістати зразу спеціальні крапельниці стандартного зразка, можна пристосувати звичайні 20—30-грамові склянки з простими пробками, в яких проробити отвори і пропустити тонку піпетку достатньої довжини. *Кожна пляшечка повинна мати свою піпетку.*

Вату для очних хворих треба заздалегідь приготувати у вигляді жмутків і простерілізувати, щоб не відривати її щоразу від великого куска. Для дезинфекції рук, крім води й мила, треба мати розчин ртуть-ціаніду (1 : 5000). З медикаментів слід мати: краплі— дикаїн ¼%, альбуциднатрію 30%, атропін 1%, пілокарпін 1%, цинк-сульфат ¼% і розчин сріблю-нітрату 2%, мазі — жовту ртутну 1%, сульфамідну або сульфазолову 25%, синтоміцинову 5%, стерильний вазелін або будь-яке нейтральне масло; для промивання — свіжий розчин калій-перманганату (1 : 5000) (Див відділ «*Рецептура*»).

Для дослідження при боковому освітленні або прохідному світлі (техніку див. далі) потрібні затемнення вікон і лампа. Очний прийом можна провадити і в темній кімнаті із штучним освітленням. Якщо немає електричного освітлення, можна користуватися гасовою лампою з плоским гнотом (12—15 ліній).

НАЙПРОСТІШІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Огляд слизової оболонки повік. Для дослідження слизової оболонки *нижньої повіки* пропонують *досліджуваному дивитися вгору*— на стелю. Великий палець лівої руки приставляють до війкового

краю повіки і злегка відтягують повіку вниз. Тоді відкривається вся задня поверхня повіки, вкрита слизовою оболонкою. Для дослідження слизової оболонки *верхньої повіки* досліджуваний *повинен дивитися вниз*. Край його верхньої повіки з віями дуже легко захоплюється двома пальцями правої руки, злегка відтягується вниз і трохи від ока. На верхній край хряща ставлять ребром великий палець лівої руки або скляну паличку і повертають за вії повіку вгору, після чого палець лівої руки або скляну паличку видаляють.

Бокове або фокальне освітлення. Грубі зміни в передньому відділі ока (рогівка, радужна оболонка) помітно при звичайному освітленні. Щоб виявити тонші зміни, користуються боковим або фокальним освітленням. У темній кімнаті спереду і трохи збоку (ліворуч) від хворого на віддалі приблизно 20 см ставлять лампу і через двоопуклу лупу силою 18—20 діоптрій, яку досліджуючий тримає в правій руці, збирається пучок променів на рогівці. Пересуваючи злегка лупу трохи ближче і далі від ока, знаходять віддаль, з якої утворюється найбільш яскраве освітлення (фокус). Завдяки контрастові між яскраво освітленою невеликою ділянкою рогівки і неосвітленими сусідніми частинами навіть дуже малі зміни добре видно.

Дослідження у прохідному світлі. Якщо при боковому освітленні ділянка зіниці здається сірою, обов'язковим є дослідження у прохідному світлі. В темній кімнаті ставлять лампу збоку (ліворуч) і ззаду від хворого і очним дзеркалом (офтальмоскопом), приставленим до свого ока так, щоб дивитися в отвір в дзеркалі, наводять «зайчик» на око хворого і пропонують дивитися вгору, вниз, вправо, вліво. В нормальному оці зіниця освітиться червоним кольором, якщо є часткове помутніння, напр. в кришталику — на фоні червоної зіниці будуть окремі чорні плями, якщо ж є повне помутніння його — зіниця лишається сірою.

Особливості огляду малих дітей. Дитину кладуть спиною на коліна матері, а голову досліджуючий кладе між своїми колінами, мати придержує ручки дитини, а ніжки фіксує своїм ліктем, під голівку дитини кладуть клейонку. У малих дітей повіки легко вивертаються, якщо великі пальці обох рук вмістити на верхній повіці вище, а на нижній—нижче від периферичного краю хряща і легким рухом відтиснути хрящі назад і вниз. Всі маніпуляції при вивертанні повік треба проводити обережно, щоб не заподіяти хворому болю та пошкодження. Краще застосовувати скляні лопаточки.

Вимірювання гостроті зору. Досліджувати треба кожне око окремо, бо гострість зору очей часто може бути різною. Для зручності запису при масових оглядах дослідження треба завжди починати з правого ока. Друге око прикривають картонним прямокутником або щільним папером. Для визначення гостроті зору таблиці, наклеєні на картон, вміщують прямо на стіні проти вікон. Краще користуватися електричним освітленням таблиць у темній кімнаті. Досліджуваний сідає на віддалі 5 м від таблиць. Нижній рядок таблиць повинен бути на рівні його очей.

Якщо досліджуваний з віддалі 5 м розрізняє кожним оком всі знаки 10-го рядка, то гострість зору дорівнює 1,0. Якщо досліджуваний розрізняє знаки 9-го рядка, гострість зору дорівнює 0,9, і кожний верхній рядок відповідає зниженню зору на 0,1 і т. д.

Якщо кімната, де можна повісити таблиці, не має 5 м завдовжки, доводиться користуватися обчисленням гостроті зору з усякої віддалі. На таблицях з лівого боку кожного рядка є буква «Д» —

дистанція; цифра, що стоїть поряд, показує, з якої віддалі розрізнювання цих знаків дає гострість зору в 1,0. Наприклад: біля 4-го рядка зліва стоїть цифра 12,5; якщо око з віддалі 12,5 м розрізняє її, то гострість зору дорівнює 1,0. Припустимо, що кімната, де висять таблиці, має лише 3 м завдовжки, отже, досліджуваний, що читає цей рядок з віддалі 3 м, має гострість зору у стільки разів меншу, у скільки разів 3 менше 12,5, тобто $3 : 12{,}5 = 0{,}24$.

Якщо гострість зору менше 0,1 і досліджуваний не може прочитати рядка з найбільшими знаками (з віддалі 5 м), то його зір може мати соті частки одиниці. В цих випадках користуються розрізнюванням пальців руки, вміщуючи їх на фоні темних палітурок книги або картону, перед очима досліджуваного.

Віддаль у метрах, з якої хворий ясно розрізняє пальці, *помножена на 2,* дає гострість зору *в сотих частках одиниці.*

Наприклад, хворий лічить пальці на віддалі півметра — гострість зору досліджуваного ока дорівнює 0,01; хворий лічить пальці на віддалі 3,5 м — гострість зору дорівнює 0,07.

Функція ока може бути така мала, що хворий не може лічити пальці навіть на віддалі $^1/_4$ м. В цих випадках гострість зору практично вже немає потреби визначати в тисячних частках; звичайно досить зазначити, що гострість зору дорівнює *лічбі пальців біля лиця.* Значно важливіше вказати здатність ока помічати світло і визначати, звідки воно направляється в око. Якщо хворий може точно сказати, звідки випромінює на око будь-яке невелике джерело світла (свічка, маленький ліхтарик, світло, відбите від офтальмоскопа), гострість зору цього ока дорівнює *правильній проекції світла.* Якщо ж око тільки відчуває світло, але не з усіх боків хворий може вказати напрям світного джерела, гострість зору дорівнює *світловідчуванню без проекції* або з *неправильною проекцією світла.* Око, що не відрізняє навіть світла від темноти, не має зовсім функції і його зір дорівнює нулеві; в цих випадках звичайно є стійка справжня сліпота.

Сліпотою не можна називати хоча б і дуже різке зниження функції ока. Збереження навіть найменшої функції дає надію на можливість її підвищення при лікуванні в очному закладі.

Зниження зору пояснюється двома причинами: 1) анатомічними змінами заломних середовищ (рогівка, кришталик, склисте тіло) або зоровонервового апарата (судинна оболонка, сітчатка, зоровий нерв, зорові шляхи і центри) або 2) невідповідністю заломної системи і довжини ока (передньо-задньої осі) — аномалією рефракції.

Підвищити зір при аномалії рефракції звичайно вдається правильним призначенням окулярів, для чого слід направляти хворого до лікаря-спеціаліста.

Орієнтовний спосіб дослідження поля зору. Досліджуваний сідає спиною до світла проти досліджуючого. Досліджуваний дивиться на око, яке протистоїть йому, правим на ліве, лівим на праве, прикриваючи своє друге око. Досліджуючий тримає в руках чорну паличку, на кінці якої наклеєно квадратик білого паперу розміром 1 $см^2$, і пересуває її вниз, вгору, наліво, направо. Якщо білий квадратик зникає з поля зору одночасно у досліджуючого і у досліджуваного, то поле зору останнього нормальне. Якщо досліджуваний не бачить, а досліджуючий з нормальним полем зору його ще відрізняє, то поле зору в цьому напрямі у досліджуваного випадає.

Для точного дослідження поля зору застосовується периметр.

Пальпаторне визначення внутрішньоочного тиску (Tensio)[1]. Хворий повинен злегка зімкнути повіки. Четвертий і п'ятий пальці обох рук досліджуючого фіксуються на лобі та висковому краю орбіти. Вказівний палець лівої руки через закриту повіку злегка фіксує очне яблуко, відчуваючи круглу поверхню склери біля краю очної щілини. В цей час вказівним пальцем правої руки роблять легкі натискування на око (через шкіру повіки) з протилежної сторони. Якщо око нормально тверде або Т нижча від нормальної, то вже при мінімальному натискуванні на склеру правим вказівним пальцем вказівний палець лівої руки, що фіксує око, відчуває ніби «дихання» склери.

Коли Т висока, потрібне більше зусилля при натискуванні на склеру правим вказівним пальцем, щоб її вдавити, а лівий вказівний палець уже не відчуває податливості стінки ока. Це добре перевірити на своєму оці. Твердість ока, коли Т висока, навіть і без великого досвіду добре помічається.

Пальпацією відмічають три ступені щільності: Тп — нормальний тиск, Т + 1 — око щільне, Т + 2 — око дуже щільне і Т + 3 — око тверде, як дерево. Те саме щодо зниження: Т — 1 — око м'якше від нормального, Т — 2 — око дуже м'яке і Т — 3 — око таке м'яке, що палець не натрапляє на опір (атрофія).

Метод визначення Т пальцями, звичайно, неточний. Однак при підвищеній Т і цей метод, доступний в усяких умовах, дозволяє дістати дуже цінний симптом, щоб підтвердити діагноз глаукоми.

ХВОРОБИ ПОВІК

ЗАПАЛЕННЯ КРАЮ ПОВІК (BLEPHARITIS). 1. **Блефарит простий (blepharitis simplex).** Найлегша форма. Виявляється почервонінням і потовщенням краю повік — тієї вузенької смужки шкіри повіки, на якій ростуть вії.

2. **Блефарит лускатий (blepharitis squamosa).** Якщо не проводити лікування простого блефариту, то на почервонілому краї повіки з'являються дрібні сірі луски, під якими відкривається червона глянсувата поверхня.

3. **Блефарит виразковий (blepharitis ulcerosa).** При дальшому розвитку блефариту почервонілий і стовщений край повіки вкритий жовтими корочками, які склеюють вії пучками. Якщо видалити корочки, під ними виявляються виразочки, вкриті краплею гною.

При всіх формах блефариту скаржаться на свербіння і тяжкість повік, підвищену чутливість до світла, пилу, диму, швидку стомлюваність очей при роботі з книгою. Причини: загальний ослаблений стан організму, порушення в шлунково-кишковому тракті, схильність до запорів, аномалії слизової оболонки носа й носоглотки, аномалії рефракції, особливо, далекозорість. Ці моменти по змозі слід усунути.

Лікування. Обезжирювання краю повік ватним тампоном на сірнику, змоченому в спирті, ефірі або теплій воді. Обсушена поверхня змазується 1% розчином брильянтової зелені в 70° спирті. Це лікування чергується з масажем залоз повік і змазуванням країв повік 25% сульфазоловою маззю (або іншим сульфонамідом, наприклад, сульфідиновою, альбуцидовою та ін.). Техніка масажу: обидві повіки зближують великими пальцями обох рук і рухають горизон-

[1] Tensio—позначається буквою Т.

тально слизовими оболонками одну по одній; при цьому видавлюється секрет сальних залоз на краю повіки.

При виразочках по краю повіки треба їх змазати вазеліном і відокремити корочки, а потім припектри 1% розчином брильянтової зелені або 10% розчином ляпісу (тугим тампоном, щоб зайвина ліків не попадала на слизову оболонку).

При всіх стадіях блефариту треба заборонити хворому обмивати і мочити повіки холодною водою.

ЯЧМІНЬ (HORDEOLUM) — гостре гнійне запалення сальної залозки повіки біля вій і в товщі хряща. Спостерігаються: набряк і почервоніння шкіри повіки, болючість точки гноякa; набряк особливо великий, якщо ячмінь лежить у зовнішньому куті очної щілини.

Лікування. Тепло у вигляді припарок або сухе. При накладанні зогрівального компресу краї повік змазати 25% сульфамідною маззю, щоб при прориванні абсеса мікроби не інфікували сусідніх проток залоз. На самому початку іноді вдається припинити дозрівання ячменю змазуванням 1% розчином брильянтової зелені. *Не можна видавлювати гноякa.*

ГРАДИНА (CHALAZION) — обмежений щільний, круглий опух розміром від головки шпильки до горошини в товщі повіки. З шкірою не зрощений. Іноді набуває запального характеру і може бути сплутаний з ячменем: відмінності від нього — відсутність набряку та болючості.

Лікування. Масаж з жовтою ртутною маззю, сухе тепло. При рості — оперативне лікування: вилущення з боку слизової оболонки.

ЗАЯЧЕ ОКО (LAGOPHTHALMUS) — повне або часткове незмикання очної щілини. При спробі закрити повіки очна щілина лишається відкритою, в ній видно нижню частину рогівки. При відкритих повіках нижня повіка злегка опускається вниз і відстає від очного яблука, що веде до сльозотечі. Поверхня відкритого очного яблука підпадає висиханню, може розвинутися хронічний кон'юнктивіт, помутнення рогівки, виразка рогівки. Виникає при паралічі лицевого нерва, рубцевих виворотах повік, сильному випинанні ока при опухах і крововиливах в орбіті, при базедовій хворобі.

Лікування зводиться до усунення причини. Якщо хвороба загрожує висиханням рогівки, потрібна захисна пов'язка з годинниковим склом або склеювання країв повік пластиром. *Звичайної пов'язки накладати не можна.*

ОПУЩЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ПОВІКИ (PTOSIS). Однобічний птоз буває на грунті паралічу окорухового нерва (сифіліс) або травми. Двобічний — звичайно природжений, іноді при трахомі.

Лікування. Усунення причини. При природженому птозі і при набутому, якщо лікування не дає успіху, показана операція.

НЕПРАВИЛЬНИЙ РІСТ ВІЙ (TRICHIASIS). Вії направлені не вперед, а до ока, труть по поверхні очного яблука. Це викликає сльозотечу, ульцерацію (вкривання виразками) і помутніння рогівки. Спостерігається в пізніх стадіях трахоми, на грунті довготривалого виразкового блефариту, після травми.

Лікування. Окремі вії, що неправильно ростуть, можна вививати епіляційним пінцетом, але вони знову виростають, і вирівання доводиться повторювати. При поширеному трихіазі — операція.

ЗАВОРОТ ПОВІКИ ВСЕРЕДИНУ (ENTROPIUM). Вільний край повіки повернутий до ока. Шкіра й вії труть по рогівці, викликаючи

подразнення, сльозотечу та ульцерацію рогівки. Причини: рубцеве зморщування слизової оболонки і хряща повіки, найчастіше при трахомі, може бути після опіку, травми; сильне скорочення колового м'яза повіки у стариків.

Лікування — оперативне. Якщо немає рубців, можна спробувати виправити положення повіки з допомогою смужки липкого пластиру, приклеївши один кінець його до шкіри повіки під самими віями, а другий кінець — до шкіри щоки.

ВИВОРОТ КРАЮ ПОВІКИ НАЗОВНІ (ECTROPIUM). Край повіки не прилягає щільно до очного яблука, а більш або менш відхиляється від нього, або навіть вивернутий вперед, так що слизова оболонка повіки обернена назовні. Супроводиться сльозотечею, почервонінням шкіри, запаленням слизової оболонки повік.

Причини: рубцеве стягання шкіри (після виразкового блефариту), стареча в'ялість шкіри, параліч лицевого нерва (див. *«Заяче око»*), при блефаритах, гострих і хронічних кон'юнктивітах.

Лікування. При рубцевому виворот тільки оперативне. В інших випадках — усунення причини, яка викликала виворот.

РАК (CANCER PALPEBRAE) переважно на нижній повіці, на краю біля внутрішнього кута, виразка із злегка горбастим дном і щільними нерівними краями, яка *стійко не загоюється.*

Лікування — оперативне, променеве — рентген-радійове. Не лікувати припікальними засобами (ляпіс та ін.).

ХВОРОБИ КОН'ЮНКТИВИ

ГОСТРИЙ КАТАРАЛЬНИЙ КОН'ЮНКТИВІТ (CONJUNCTIVITIS CATARRHALIS). Початок раптовий. Просипаючись вранці, хворий почуває, що не може розкрити очну щілину — повіки склеїлись. Злипання країв повік вранці викликається виділенням слизової оболонки, яке за ніч засихає на краю повік. Різке почервоніння і набряклість слизової оболонки повік та очного яблука.

Причини: інфекція різними мікроорганізмами.

Лікування. Закапування кожні 2—3 години 30% розчину альбуциднатрію, або пеніциліну (100 000 одиниць на 10 мл води) або щоденне одноразове припікання слизової оболонки 2% розчином срібло-нітрату. *Техніка припікання:* треба вивернути обидві повіки і вдержувати їх пальцями лівої руки. Правою рукою з піпетки впускають кілька крапель 2% срібло-нітрату; поставивши піпетку на місце, з маленького гумового балона або 10-грамового шприца (без голки) промивають струминкою підсоленої води, щоб нейтралізувати зайвину срібло-нітрату і звільнити хворого від зайвого відчуття паління.

Додому — промивання з калій-перманганату (2—3 кристалики на склянку води, до слабкого синюваточервоного кольору). Припікання роблять, доки припиниться склеювання повік вранці, потім обмежуються тільки промиванням і дворазовим впусканням 30% альбуциднатрію за день. Оскільки припікання слизової оболонки болюче, останнім часом, особливо в дитячій практиці, віддають перевагу закапуванню кожні 2—3 години 30% розчину альбуциднатрію або пеніциліну (100 000 одиниць на 10 мл води).

Профілактика: в гуртожитку ізолювати постіль хворого до припинення виділення з ока. Організувати вмивання хворих окремо, особливо якщо умивальники влаштовані за типом соскових.

і усунути застосування предметів загального користування. Провести санітарну бесіду про способи зараження при хворобах слизової оболонки очей, про необхідність тримати в чистоті руки, про недопустимість доторкатися до очей немитими руками.

БЛЕНОРОЙНЕ (ГОНОРОЙНЕ) ЗАПАЛЕННЯ КОН'ЮНКТИВИ (CONJUNCTIVITIS BLENNORRHOICA). Зустрічається у новонароджених (зараження при проходженні через родовий канал) і у дорослих (перенесення руками). У новонароджених хвороба виникає на 2-й—4-й день після народження, у дорослих—через 2—3 дні після зараження. Повіки дуже щільні і важко вивертаються при огляді. Кон'юнктива різко гіперемійована, набрякла, легко кровоточить. У перші 2—3 дні виділення злегка забарвлене в колір крові. Через 3—4 дні повіки стають м'якіші з'являється значне гнійне виділення Колір гною жовтуватий із зеленуватим відтінком. Якщо не проводити правильного лікування, процес переходить на рогівку і руйнує її.

Лікування. Виготовляється 20% розчин норсульфазолу. Перші 3 дні (дорослим) щодня роблять 2 ін'єкції у вену з проміжком у 2 години по 5 мл і наступні 3 дні — по одній ін'єкції 5 мл. Всього, таким чином, вводять 9,0 норсульфазолу. Дітям норсульфазол призначають з розрахунку 0,03 на 1 кг ваги на день. Часте промивання очей слабким розчином калій-перманганату або ртуть-ціаніду (1 : 5000), пеніциліну (1 : 1000).

У новонароджених обов'язкова профілактика за способом Матвеєва. Всякому новонародженому зразу ж після народження, ще до туалету, витерши вологим добре віджатим ватним тампоном краї повік, впускають краплю 2% срібло-нітрату за повіки, не промиваючи. Дорослих, що хворіють на гоноройний уретрит, слід попередити про можливість перенесення інфекції на очі. Треба частіше мити руки. При захворюванні одного ока друге око, здорове, для ізоляції закривають годинниковим склом, прикріплюючи його легким пластиром.

ДИФТЕРІЙНЕ ЗАПАЛЕННЯ КОН'ЮНКТИВИ (CONJUNCTIVITIS DIPHTHERICA). Частіше буває у дітей. Спостерігається при дифтерії зіва, носа і гортані, але буває ураження тільки кон'юнктиви без ураження зіва, носа і гортані. Різкий набряк повік. Кон'юнктива вкрита брудним сірим нальотом, який важко знімається. Після зняття його відкривається виразкова кровотечна поверхня. Спочатку виділення мало, воно має вигляд мутної рідини з пластівцями гною; приблизно через тиждень починається значне виділення гною. Викликається паличкою Леффлера, але буває і легша форма, спричинювана іншими мікроорганізмами.

Лікування слід починати з введення антидифтерійної сироватки (6 000—10 000 одиниць). Місцево: промивання кілька разів на день розчином калій-перманганату. В період появи значного виділення закапувати кожні 2—3 години 30% розчин альбуциднатрію або пеніцилін (100 000 одиниць в 10 мл води). Лікування треба проводити в інфекційному відділі.

ХРОНІЧНИЙ КОН'ЮНКТИВІТ (CONJUNCTIVITIS CHRONICA). Кон'юнктива повік гіперемійована, шорстка, особливо по кутах хряща. Виділення немає. Скарги на паління, відчуття «піску за повіками», сухість. Причини: забруднене пилом, димом і хімічними речовинами повітря; патологічний стан слизової оболонки носа і додаткових порожнин; загальне ослаблення організму.

Лікування. Усунення по змозі причин, які викликали захворювання. В'яжучі засоби — цинк-сульфат 1/4% 2 рази на день.

ТРАХОМА (TRACHOMA) — хронічне інфекційне запалення сполучної оболонки, яке характеризується різкою набряклістю і потовщенням її, утворенням зерен і закінчується завжди рубцюванням. Здебільшого розвивається непомітно, рідше починається явищами гострого кон'юнктивіту. В перебігу трахоми відрізняють чотири стадії. *В першій стадії* кон'юнктива почервоніла, сильно набрякла, на ній напівпрозорі зерна, особливо на кон'юнктиві *верхньої* перехідної складки і хряща, мало виступають над поверхнею; потім зерен стає більше, вони вкривають кон'юнктиву нижньої перехідної складки і півмісяцеву складку, з'являються рубці у вигляді окремих білястих смужок — *друга стадія*. У *третій стадії* переважають рубці, зерен мало. *Четверта стадія* — закінчення трахоми; цілком закінчене рубцювання — біла сухожильна кон'юнктива.

Одним з найбільш небезпечних ускладнень трахоми є *панус* — поява на рогівці, що в нормі не має судин, поверхневих судин, які йдуть завжди з верхнього краю рогівки. В міру рубцювання кон'юнктиви може викривитися і хрящ повіки, так що вільний край її з віями повертається (заворот), тре по рогівці, через що утворюються на ній подряпини й виразки. На місці виразок лишаються більма, які й дають різке зниження зору або навіть повну сліпоту.

Певних даних про збудника трахоми ще немає, всяке виділення з ока може містити цей інфекційний фактор. Тому *трахома при наявності виділення заразна*. Індивідуальна профілактика зводиться до додержання елементарних правил чистоти. Не можна спільно з хворими користуватися предметами особистого вжитку (рушник, миски для вмивання, носова хусточка, подушка та ін.). Після стикання з хворими старанно мити руки. Від перебування в одному приміщенні з хворими заразитися трахомою не можна, бо для цього треба, щоб інфекція попала на сполучну оболонку ока, чого можна уникнути, коли додержувати зазначених заходів. Якщо виділення немає, можна хворому дозволити бути в колективі (дітям у школі, робітникам на виробництві і т. д.).

Лікування. Якщо є виділення, треба кілька днів до припинення виділень закапувати розчин 30% альбуциднатрію кожні 2 години або розчин пеніциліну (100 000 одиниць в 10 мл фізіологічного розчину) і промивати кілька разів на день слабким розчином калій-перманганату. Після усунення виділень — в усіх стадіях, коли є потовщення слизової оболонки і зерна, слід проводити повторне розминання слизової оболонки запропоноване академіком В. П. Філатовим. Розминають всю набряклу слизову оболонку. Це сприяє швидшому розсиханню, і рубці лишаються ніжніші.

Техніка видавлювання зерен і повторних розминань за Філатовим: слизова оболонка повік анестезується триразовим впусканням за повіку крапель 1/4% розчину дикаїну з інтервалами в 5 хвилин. Після вивертання верхньої повіки в перехідну складку вводиться голка шприца і впорскується під кон'юнктиву 2—3 мл 1% розчину новокаїну. Браншами пінцета захоплюють слизову оболонку на вивернутій повіці знизу і зверху і, стиснувши товщу, тягнуть зімкнутий пінцет до вільного краю вивернутої повіки. Послідовно проводять розминання всієї слизової оболонки повік; якщо є поверхневі зерна, то їх видавлюють. Не треба надмірно грубо травматизувати слизову оболонку. Але навіть при акуратному розминанні легкі трав-

ми її та кровотечі, хоч би й дуже незначні, все ж неминучі. Виділення, що з'являється протягом 2—5 днів після розминання, легко усувається закапуванням 30% розчину альбуциднатрію і промиванням калій-перманганатом. Коли зникне виділення, щодня (краще двічі на день) закладати 1% емульсію синтоміцину, проводячи масаж скляною паличкою. Якщо хворий відвідувати часто амбулаторію не має можливості, можна після розминання на 1—1½ місяця відпустити його додому, де він сам буде собі закладати 5% синтоміцинову або сульфазолову мазь за повіки. Через 4—6 тижнів хворий повинен з'явитися для повторного розминання. При появі ускладнень (ураження рогівки) хворого треба направити в найближчий очний відділ.

ФОЛІКУЛЬОЗ (FOLLICULOSUS) — блідорожеві зерна на слизовій оболонці переважно *нижньої* перехідної складки. Скарг немає. Виявляється випадково, наприклад, при оглядах школярів. Відмінність від трахоми — відсутність почервоніння і потовщення всієї слизової оболонки.

Причини: недокрів'я, рахіт, скрофульоз, патологічний стан слизової оболонки носа.

Лікувати основне захворювання.

ХВОРОБИ СЛЬОЗОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

ХРОНІЧНИЙ ДАКРІОЦИСТИТ (DACRYOCYSTITIS CHRONICA). Сльозотеча, при натискуванні в ділянці слізного мішка із слізних точок з'являється слизова або слизогнійна рідина. Мікроби, що є в цій рідині, хоч і не викликають помітних запальних ознак, патогенні для рогівки. Найменша, випадково спричинена подряпина рогівки може при попаданні мікробів викликати гнійну виразку рогівки, що залишає після себе грубе рубцеве помутніння рогівки, а то й приводить до цілковитої загибелі ока.

Лікування — тільки оперативне.

ДАКРІОЦИСТИТ НОВОНАРОДЖЕНИХ (DACRYOCYSTITIS NEONATORUM) зустрічається внаслідок закриття перегородкою нижнього кінця слізно-носового каналу.

Лікування. Часте видавлювання вмісту слізного мішка в напрямі до нижнього отвору каналу, щоб сприяти розриванню перегородки. Якщо через кілька днів гноетеча не припиниться, направити хворого до спеціаліста.

ГОСТРИЙ ДАКРІОЦИСТИТ (PHLEGMONA SACCI LACRIMALIS). Болі з різкою пульсацією в ділянці слізного мішка, почервоніння та припухлість цієї ділянки, часто підвищення температури. Розвивається з хронічного запалення, якщо не зроблено операції, і інфекція із слізного мішка проникає в навкружну клітковину.

Лікування. Зогрівальний компрес з 10% розчину іхтіолу або содовий; одночасно проводити курс сульфамідного лікування за загальними правилами. Коли гострий період закінчиться, направити хворого на операцію. *Надавлювати флегмону протипоказано.*

ХВОРОБИ РОГІВКИ

ПОВЕРХНЕВИЙ КРАЙОВИЙ КЕРАТИТ (KERATITIS SUPERFICIALIS MARGINALIS). Око подразнене, навколо рогівки червоність, частіше внизу біля лімба (край рогівки) дрібні сірі точки, що іноді зливаються в суцільну білу смужку, концентричну з лімбом. Іноді

вони розсисаються, але здебільшого утворюються дрібні виразочки, які швидко очищаються і загоюються безслідно або залишають після себе легкі помутніння. Скарги на сльозотечу, світлобоязнь, склеювання повік вранці.

Причини: ускладнення гострого кон'юнктивіту, якого не лікували або лікували неправильно, — зав'язували очі або, ще гірше, ставили зогрівальні компреси.

Лікування. Активне лікування гострого кон'юнктивіту (див. стор. 404). Закапувати 3—5 разів на день 30% розчин альбуциднатрію або 1% хінін-хлорид. *Ні в якому разі не допускати зав'язування очей.*

ПОВЗУЧА ВИРАЗКА РОГІВКИ (ULCUS CORNEAE SERPENS). Сильне подразнення ока. Скарги на біль, сльозотечу, світлобоязнь. На рогівці в центрі дефект поверхні, оточений помутнінням жовтуватого відтінку (гній). Протягом перших же днів дефект рогівки розширюється по поверхні і вглиб. Один з країв дефекту (виразки) підритий: це і є прогресуючий край, у напрямі якого поширюється виразка. У процес рано втягується радужна оболонка, в передній камері з'являється гній (гіпопіон), зіниця звужується.

Причини: пошкодження цілості поверхні рогівки та інфекція її пневмококом. Цей мікроб є і в нормальній флорі кон'юнктиви, а особливо часто міститься в гною слізного мішка при хронічному дакріоциститі.

Повзуча виразка рогівки — тяжке захворювання. Навіть при кращому закінченні лишаються грубі стійкі помутніння рогівки, які різко знижують зір. Може бути й перфорація (прорив) дна виразки, випадання радужної оболонки, а при поширенні інфекції вглиб ока розвивається панофтальміт — гнійне запалення всіх оболонок ока з переходом в атрофію ока.

Лікування. У початковій стадії — анестезувати рогівку закапуванням ¼% розчином дикаїну (3 рази через 5 хвилин по 2 краплі) і тушувати ділянку виразки і навколо неї тонким тампоном на зонді, змоченим 10% йодною настойкою. Вмістити хворого в очний відділ. Якщо не можна вмістити в очний відділ, а виразка після припікання 10% йодом продовжує поширюватися по рогівці, слід припекти (спочатку анестезувати) розжареним зондом всю ділянку помутніння, захопивши й здорову тканину попереду прогресуючого краю. Після припікання закапувати щогодини 30% розчин альбуциднатрію. Якщо зіниця вузька, — 2 рази на день по 1 краплі 1% атропіну. При наявності дакріоциститу розжареним зондом припекти слізну точку, спочатку видавивши вміст мішка, і негайно *направити в очний відділ для операції.* Ока не зав'язувати.

ГЛИБОКИЙ ПАРЕНХІМАТОЗНИЙ КЕРАТИТ (KERATITIS PARENCHYMATOSA DIFFUSA). Різке подразнення ока, сльозотеча, світлобоязнь, біль, молочносіре помутніння рогівки, яке найчастіше починається у верхній частині і повільно поширюється вниз у прозору рогівку. Поверхня рогівки матова, дефектів тканини немає. Через 4—6 тижнів у товщу рогівки із склери вростають глибокі судини. Зустрічається переважно у дітей віком 5—18 років, триває довго, 4—6 місяців. Можуть захворіти обидва ока в різний час і одночасно.

Причини: у 95% випадків природжений сифіліс. Звичайно одночасно з кератитом відмічаються й інші ознаки природженого сифілісу — зуби Гетчінсона, рубцеві смужки біля кутів рота, приглу-

хуватість, зміни кісток і різко позитивна реакція Вассермана. Виявивши паренхіматозний кератит, треба обслідувати всіх членів сім'ї, бо іноді вдається почати лікування природженого сифілісу у таких людей, які не почувають себе хворими.

У величезній більшості випадків зір після паренхіматозного кератиту відновлюється, приблизно у 25% — повністю, в 50% — до 0,5 і тільки в 10% лишається велике помутніння. Але в цих випадках оптичне пересадження рогівки якраз дає найкращі результати.

Лікування полягає в специфічному лікуванні сифілісу, хоч воно ні на тривалість перебігу, ні на ступінь прозорості рогівки, ні навіть як профілактика проти захворювання другого ока не впливає. Місцево — сухе тепло, 2—3 рази на день закапувати 1% розчин хінін-хлориду. Стежити за зіницею: якщо вона вузька, розширити атропіном, щоб уникнути зарощення зіниці.

«ЗОЛОТУШНЕ» ЗАХВОРЮВАННЯ ОКА

Трапляється у так званих «золотушних», анемічних рахітичних дітей та у молодих суб'єктів, становить приблизно 30—40% всіх захворювань очей у дітей. Одночасно відмічається екзема лиця і голови, хронічний катар носа та інші вияви так званої «золотухи».

На повіках екзема, виразковий блефарит (див. стор. 402). При ураженні кон'юнктиви та рогівки — сльозотеча, світлобоязнь, блефароспазма. Характерною є поява сіруватожовтих, напівпрозорих вузликів (фліктен), які найчастіше зустрічаються коло лімба: або 2—3 вузлики завбільшки з головку шпильки, або множинні, дуже дрібні у вигляді піщинок. Фліктени можуть розсмоктатися без виразки, але здебільшого вони розпадаються і утворюється виразочка з сірим дном, на місці якої лишається стійке або менш інтенсивне помутніння рогівки. Фліктени дуже схильні до рецидивів.

Лікування. Стежити за чистотою тіла. Опромінення тулуба кварцом. Більше бути на повітрі й сонці. 10% кальцій-хлориду всередину. Підвищити кількість у їжі вітамінів, зокрема вітаміну А (риб'ячий жир). Місцево — при фліктені 1% жовта ртутна мазь (цього при інших кератитах робити не можна). При сильних явищах подразнення — 1% атропін.

Іноді фліктена, розпадаючись, утворює виразку, яка може привести до перфорації рогівки з випаданням або защемленням радужної оболонки, або фліктена, що міститься біля лімба, починає повзти по поверхні рогівки, тягне за собою пучок судин і може дійти до ділянки зіниці. В цих випадках перебіг більш тривалий. Залишаються більш інтенсивні помутніння в ділянці зіниці, які приводять до зниження зору. Таких хворих слід направляти в очний відділ.

При екземі повік, тріщинах біля зовнішнього кута очної щілини, намочивши їх фізіологічним розчином, старанно зняти корки і всю мокнучу поверхню шкіри припекти 1 раз на день 10% розчином сріблонітрату і разів 2—3 на день змазати цинкбісмутовою маззю.

ЗАХВОРЮВАННЯ РАДУЖНОЇ ОБОЛОНКИ І ЦИЛІАРНОГО ТІЛА

Запалення радужної оболонки і циліарного тіла (iridocyklitis) починається з характерних ознак: червоність навколо рогівки з фіолетовим відтінком, змінюється колір радужної оболонки, відмічаєть-

ся домішка жовтуватозеленого відтінку порівняно із здоровим оком, зіниця мляво реагує на світло, звужена і по її краю з'являються склеювання з сумкою кришталика. Доторкання до склери навколо лімба на 6—8 мм скляною паличкою або пальцем через повіку викликає біль іноді такий різкий, що хворий відхиляє голову. *Скарги* на біль в оці та орбіті, що поширюється на відповідну половину голови, погіршання зору.

Причини: всяка інфекція — грип, поворотний тиф, малярія та ін. можуть ускладнитися й іридоциклітом.

Лікування загального діяння, пеніцилін, сульфамідні препарати, ін'єкція у вену 40% уротропіну протягом 10—15 днів, саліцилати. Місцево — 1% атропін-сульфат закапувати 2—3 рази на день для розширення зіниці. У літніх людей треба пам'ятати про можливість глаукоми і до застосування атропіну перевірити, чи не тверде око (див. стор. 402). Болі усуваються теплом (сухе тепло, припарки, синє світло). Забезпечивши хворого атропіном, направити в очний відділ. Активне лікування іридоцикліту на початку хвороби усуває розвиток тяжких ускладнень, які ведуть до зниження зору і навіть неусувної сліпоти.

Можливі помилки в діагнозі: може бути помилково прийнятий за гострий кон'юнктивіт або гостру глаукому. Відмінність — відсутність гнійного виділення, яке є при гострому кон'юнктивіті в значній кількості, вузька зіниця, тоді як при глаукомі вона широка.

КАТАРАКТА

ПОМУТНІННЯ КРИШТАЛИКА (CATARACTA) може бути частковим у вигляді сіруватих плям, смужок на фоні чорної зіниці або повним, коли воно поширюється на весь кришталик і ділянка зіниці сіра. При дослідженні у прохідному світлі (техніку див. стор. 400) при частковій катаракті на фоні червоної зіниці чорні плями, смужки, при повній катаракті зовсім немає рефлексу. Часткові помутніння, які займають периферичну частину кришталика, мало заважають зорові, при повній катаракті зір падає, і практично така людина залічується до сліпих. Найчастіше зустрічається у літніх людей (після 50 років) і після травми.

Лікування. Оперативне видалення кришталика. До направлення на операцію треба перевірити проекцію світла (техніку див. стор. 400). Правильність проекції світла вказує на збереження функції зоровонервового апарата, і падіння зору пояснюється тільки помутнінням кришталика, так що після видалення кришталика зір буде повернутий. Якщо ж немає правильного світловідчування, то слід мати на увазі, що, крім помутніння кришталика, одночасно може бути якесь ураження зоровонервового апарата, яке й після операції не дозволить поліпшити зір. Коли проекції світла зовсім немає, то зір повернути не можна.

ГЛАУКОМА

Основний симптом — підвищення внутрішньоочного тиску. Око стає більш-менш твердим, що встановлюється спеціальним приладом — тонометром або пальпацією (техніку визначення пальпацією див. стор. 402).

ГОСТРА ГЛАУКОМА зустрічається не часто. Починається рап-

тово різкими болями в одному оці або в обох, в орбіті і голові. Зір знижується зразу дуже різко (до світловідчування). Іноді погане загальне самопочуття, підвищена температура, нудота, блювання. Різка ін'єкція очного яблука, рогівка мутна (напівпрозора), *зіниця широка, око болюче* при доторкуванні і дуже *тверде*. Показана негайна операція. Якщо вона проводиться не пізніше як через 24 години, то майже втрачений зір повертається цілком.

Лікування. В порядку швидкої допомоги: гарячі ножні ванни, 2—3 п'явки до відповідного виска, щоб відтягти кров з ділянки голови та ока; відтягти воду різними проносними (столова ложка кухонної солі на склянку теплої води). В око закапують щогодини 1% пілокарпін-хлорид або ¼% езерин-бромід — 1—2 краплі.

Можливі помилки в діагнозі. Біль голови, блювання можуть бути витлумачені як менінгеальні симптоми, аліментарна інтоксикація та ін. Різкий біль при доторкуванні до ока нагадує іридоцикліт. Відмінність від нього — твердість ока, широка зіниця. Прийнявши глаукому за іридоцикліт і закапавши в око атропін, можна так погіршити стан ока, що й операція не поверне зору.

ХРОНІЧНА ГЛАУКОМА зустрічається значно частіше. Вона виявляється в двох видах:

I. **Хронічна глаукома із змінами в передньому відрізку ока.** Ці зміни не завжди однаково виразні, але при уважному огляді, при боковому освітленні (техніку див. стор. 400) можна встановити: 1) тьмяність рогівки, вона позбавлена блиску; особливо це помітно, якщо порівняти її з рогівкою здорового ока, 2) ін'єкцію поодиноких покручених судин на склері, що радіально йдуть від лімба в усі сторони, 3) зменшення глибини передньої камери (ця ознака менш надійна, бо у літніх людей камера може бути мілкіша і без глаукоми), 4) розширення зіниці та її більш мляву реакцію на світло. Скарги на відчуття тяжкості в оці і голові вранці, бачення навколо лампи та ліхтарів радужних кругів (головним чином зелених). Іноді бувають періоди особливого головного болю протягом кількох годин або днів. Око злегка червоніє, і хворий бачить все ніби крізь дим або туман. Поступове, спочатку мало помітне зниження зору та звуження поля зору (див. техніку стор. 401) з носової сторони.

II. **Хронічна глаукома без змін у передньому відрізку ока** проходить при тих же скаргах, але менш виявлених. Це дозволяє хворому не звертатися з приводу захворювання своїх очей, а тимчасом глаукома викликає необоротні зміни в тканинах зорового нерва і сітчатці і приводить до сліпоти.

При скаргах на поступове зниження зору у літніх людей слід насамперед пам'ятати про глаукому. Літній вік хворого і скарги на малопомітне спочатку зниження зору дають іноді привід для сплутання глаукоми з катарактою. Така помилка приводить до трагічного кінця. Хворий, ще маючи зір, чекає «поки визріє катаракта»; насправді ж, визрівае не катаракта, а глаукома, яка, прогресуючи, приводить око до неусувної сліпоти. Щоб уникнути помилки, треба дослідити зір в прохідному світлі (техніку див. стор. 400).

Якщо кришталик прозорий, а зір падає, то ясно, що втрата зору пояснюється не катарактою, а якимись глибокими змінами в зоровому апараті. Глаукома займає перше місце серед причин сліпоти. Дійова профілактика сліпоти від глаукоми—якомога раніше розпізнавання її і лікування. Глаукома, як і злоякісні новотвори, тим і небезпечна, що вона з'являється непомітно; її спочатку можна не

тільки затримати, а й усунути; у дуже розвинених випадках усунути її вже не вдається. При всякому підозрінні на глаукому слід хворого направити на консультацію в очний заклад і при направленні в записці зазначити підозріння на глаукому. Нехай краще спеціаліст не знайде глаукоми, ніж буде прогаяно час. Хворого на глаукому слід спостерігати і періодично лікувати в спеціальних очних відділах, тому всіх літніх людей, в яких є підозріння на глаукому, треба час від часу направляти туди або організувати огляд таких хворих на місці.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЗОРОВОГО АПАРАТА ОЧЕЙ

У зоровому апараті немає чутливих волокон, тому патологічні процеси тут не супроводяться болем. Видимих змін у передньому відрізку ока також при патології зорового апарата не буває. Тому якщо є зниження зору при незміненому передньому відрізку ока (склера, рогівка, передня камера, зіниця), при прозорому кришталику й склистому тілі, можна підозрівати захворювання зоровонервового апарата (судинна оболонка, сітчатка, зоровий нерв, зорові шляхи і центри) або аномалію рефракції (коли звичайно зір поліпшують оптичні стекла, окуляри). Таких хворих слід направити до лікаря-спеціаліста.

ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНУ ЗОРУ

ПОШКОДЖЕННЯ ПОВІК. Поверхневе положення повік робить їх легко доступними для механічних пошкоджень — ушибів, різаних поранень. Ступінь руйнування тканин повіки може бути дуже різний — від синця до розміжчення.

Рани повіки, розміщені паралельно очній щілині, зяють мало, тоді як перпендикулярні їй зяють широко, особливо при розриві всієї товщі краю повік.

Рану повіки спочатку слід обережно очистити ватним тампоном, змоченим у 70° спирті і змазати краї 1% розчином брильянтової зелені. Розриви з давністю в 6—8 годин можна зшивати без освіження краю. Якщо є необхідність при розміжчених краях освіжити їх, слід щадити тканину повіки і не викликати зайвого вкорочення її, щоб не створити виродливості. У сумнівних випадках, коли немає певності в доброму приживленні країв, краще накласти напрямні шви. При наскрізних ранах з розривом краю повіки й руйнуванням стінки очного яблука хворого слід направити в очний відділ.

СТОРОННІ ТІЛА В КОН'ЮНКТИВІ. Сторонні тіла в кон'юктиві можуть лежати або вільно в кон'юнктивальному мішку, або вони злегка фіксуються поверхнею кон'юнктиви. Земля, пісок можуть засипати очі при вибухових роботах, коли не додержано всіх запобіжних заходів. У цих випадках досить після вивороту повік промити їх струминою води, анестезувати слизову оболонку (1/4% дикаїн) і зняти ватним вологим тампоном на зонді або сірнику сторонні тіла, що лежать поверхнево.

Дрібні сторонні тіла (пилинки вугілля, пороху, піску), що проникають у товщу слизової оболонки, якщо вони не подразнюють ока, можна не видаляти. Якщо ж є подразнення ока, слід для видалення таких сторонніх тіл направляти хворих в очний відділ (сторонне тіло видаляється разом з кусочком слизової оболонки і на дефект накладається шов).

СТОРОННІ ТІЛА В РОГІВЦІ. Дрібні частинки вугілля, піску, лусочок зерен та ін. можуть проникати на різну глибину в товщу рогівкової тканини. Іноді вони прилипають на поверхні рогівки, не заглиблюючись у неї. Інші сторонні тіла заглиблюються в тканини рогівки, але один їх кінець є над поверхнею рогівки.

Видалення сторонніх тіл з рогівки проводиться тільки при достатньому освітленні після попередньої анестезії рогівки закапуванням 1/4% розчином дикаїну 3 рази через 5 хвилин. Сторонні тіла, що лежать на поверхні, видаляють туго згорнутими у вигляді валка або намотаними на сірник вологими кусочками вати. Заглиблені в товщу рогівки сторонні тіла видаляють або спеціальними голками для сторонніх тіл або голкою від шприца, для чого підводять її гострий кінець під сторонне тіло і видаляють його з тканини. Після видалення залізних сторонніх тіл навколо їх ложа видно просякання тканини рогівки оксидами заліза (іржа). Це кільце жовтувато-коричневого кольору також треба поскребти голкою.

Після видалення стороннього тіла треба закапати 30% альбуциднатрію або 1% розчин хінін-хлориду і стерильне нейтральне масло, щоб зменшити чутливість.

ЕЛЕКТРООФТАЛЬМІЯ. Іноді навіть короткочасне діяння на рогівку променистої енергії — дугових електричних прожекторів, дугового світла при електрозварюванні і т. ін. — викликає різкі болі в оці, орбіті і в лобі, сильну сльозотечу та світлобоязнь. Все це настає не зразу після діяння світла, а через 8—10 годин. Об'єктивно можна відмітити тільки більш або менш помітну гіперемію судин ока.

Лікування. Вмістити хворого у затемнене приміщення або одягти димчасті окуляри з боковими щитками. Болезаспокійливі — пірамідон, аспірин. В око закладати мазь з 1/4% дикаїну. Повне вилікування настає через 12—48 годин.

Профілактика. Там, де очі підпадають діянню сильного електричного світла, треба носити темні консервні окуляри.

ОПІКИ ТЕРМІЧНІ. Термічні опіки повік (гарячою водою, парою, вогнем при спалахуванні гасу та ін.) залежно від ступеня лікують: у першому ступені — змочуванням розчином калій-перманганату або спирту та риб'ячим жиром, вазеліном, рициновим маслом; у другому і третьому ступені — не пошкоджуючи пухирів, очищають бензином, спиртом або 1—2% нашатирним спиртом шкіру навколо опіку і накладають стерильну пов'язку з риб'ячим жиром або вазеліном.

Звичайно разом з опіками повік зустрічаються опіки кон'юнктиви та рогівки (гіперемія слизової оболонки, помутніння рогівки).

Лікування. Дезинфікувати 30% альбуциднатрієм, потім закласти мазь 30% альбуциднатрію, стерильний вазелін або риб'ячий жир, 1% атропін-сульфат. Направити хворого в очний відділ.

ОПІКИ ХІМІЧНІ. Кислоти уражають тканини швидше, а іноді й різкіше, ніж луги. Їх поширення в наступний за пошкодженням час невелике, тому місце пошкодження вже зразу можна бачити, і воно, як правило, не будо розширятися.

Луги в перший час після пошкодження ніби не викликають ураження тяжкого характеру, але в наступні дні, іноді навіть на 8-й—10-й день, пошкодження набувають тяжкої форми, що веде до різкого зниження зору і навіть до повної втрати його.

Першою допомогою, завжди дуже цінною, *є негайне промивання великою кількістю води.* Справа йде про секунди. Промивання, зроблене через 5 хвилин після опіку, вже не має того бла-

готворного впливу на закінчення, як у перші секунди. *Негайне промивання очей значною кількістю води після хімічних опіків врятовує око майже завжди,* тоді як невживання цього заходу, навіть коли потерпілого відправили негайно до спеціаліста, зменшує шанси на благополучне закінчення опіків. Не слід переоцінювати нейтралізацію лугу кислотою і т. д., бо вона може привести лише до прогаяння перших секунд і хвилин, а результат промивання тим більш успішний, чим раніше його зроблено. Після промивання слизову оболонку треба анестезувати й оглянути, щоб видалити ті частинки речовини, які можуть лишатися, наприклад, крупинки вапна, пилинки фарб та ін. Після цього за повіку впускають 30% розчин альбуциднатрію, 1% розчин атропін-сульфату і нейтральні жири (вазелінове масло, риб'ячий жир). Добре діє мазь з 30% альбуциднатрію, яка закладається кожні 2 години. Направити хворого в очний відділ. Самодопомога у вигляді *негайного промивання очей водою у великій кількості* дає найкращі результати (щодо наслідків).

ПОРАНЕННЯ ОЧНОГО ЯБЛУКА. Поранення очного яблука треба лікувати в очному відділі. Таких хворих слід якомога швидше переправити в очний відділ, де проводиться рентгенографія, якщо треба — магнітні операції видалення металевих осколків, видалення випалої радужки та ін.

Допомога до відправлення в очний відділ — очищення повік від забруднення, закапування 30% розчином альбуциднатрію, асептична пов'язка.

ХВОРОБИ ВУХА, ГОРЛА І НОСА

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВУХА, ГОРЛА І НОСА

Дослідження отоларингологічного хворого починається *з анамнезу*. Треба знати основні скарги, встановити початок і причини захворювання. Вік і професія також мають важливе значення для розпізнавання. Лише після цього починають дослідження вуха фізичними та функціональними методами.

Дослідження вуха

1. При *зовнішньому огляді* треба встановити зміни в ділянці вушної раковини і слухового проходу. Слід звертати увагу на стан шкірних покривів і колір їх, наявність припухлості, висипки, пухирів, опухоподібних утворів, звужень слухового проходу. Одночасно піддають оглядові ділянку сосковидного відростка. З'ясовують супровідні зміни в оці, наявність ністагму (ритмічні коливання очного яблука), зіниці, парез лицевого нерва, опущення верхньої повіки та ін.

2. *Обмацуванням* з'ясувати, чи немає болів. При фурункулах слухового проходу — болі при натискуванні в ділянці слухового проходу; при мастоїдиті — за вухом і коло верхівки сосковидного відростка. Перевірити, чи немає інфільтрації тканини або флюктуації. Потрібно порівняти симетричні місця обох сторін.

3. *Отоскопія* дає можливість оглянути слуховий прохід, барабанну перетинку, а якщо її немає, — барабанну порожнину, переважно її внутрішню стінку, або промонторіум. Для здійснення цього методу дослідження треба мати лобний рефлектор, вушні лійки і лампу. Рефлектор як угнуте дзеркало збирає промені, що падають на нього від лампи, і посилає їх концентровано в слуховий прохід. Це дає можливість оглянути глибоку частину слухового проходу і барабанну перетинку. Краще користуватися електричним світлом. Однак можна обійтися й гасовим пальником або свічкою, а коли їх немає — денним світлом. Вушні лійки добирають за діаметром слухового проходу, ширина якого індивідуально різна.

Техніка отоскопії: хворий сидить на стільці, дитина на руках у матері. Справа від хворого джерело світла, яке має бути на рівні

вуха хворого. Лікар сидить трохи вище, ніж хворий; надітий на лоб рефлектор повинен бути розміщений над лівим оком лікаря. Направляючи рефлектором пучок світла на вухо і піймавши «зайчик», лівою рукою відтягають вгору і назад вушну раковину, а правою рукою вводять у слуховий прохід вушну лійку. Провадиться огляд. Невідповідний діаметр лійки, грубе втискання її у слуховий прохід і неправильно направлений пучок світла утруднюють отоскопію, викликають біль, іноді кашель (рефлекторно) і страх у дітей.

В нормальних умовах впадає в очі перламутрово-сіра барабанна перетинка, на якій блищить, як дзеркало, трикутної форми світловий конус. Зверху вниз і спереду назад тягнеться жовта смужка — просвічує рукоятка молоточка з її довгим і коротким відростком. При захворюваннях вуха отоскопія дає можливість встановити наявність сторонніх тіл у слуховому проході, почервоніння і порушення цілості барабанної перетинки, виділення гною, наявність грануляцій та інші зміни.

4. *Аускультація* застосовується, щоб, вислуховуючи шуми під час продування вуха, встановити ступінь прохідності слухових труб. Вона провадиться з діагностичною і лікувальною метою.

Існує три методи продування. Перший полягає в тому, що олива балона або звичайної спринцовки встановлюється у ніздрю. Друга ніздря закривається. Стискають балон у той момент, коли хворий вимовляє слова «гік-гук». М'яке піднебіння в цей момент, замикається, і повітря попадає в обидві слухові труби та в середнє вухо. Другий спосіб ще простіший. Після глибокого вдиху хворий, закривши ніс і рот, робить посилений і тривалий видих. Повітря проходить у середнє вухо і виникає тріск. Третій метод, інструментальний, проводиться з допомогою вушного катетера, який являє собою металеву трубку, зігнуту на кінці, як дзьоб. Катетер вставляється через ніс в слухову трубу, куди і вдувається повітря. Аускультація проводиться через гумову трубочку, один кінець якої вставляється у вухо хворого, а другий у вухо лікаря. Під час продування в нормі чути протяжний сухий звук подуву. При звуженні слухових труб — звук високого тону, переривчастий. При катарі визначаються дрібнопухирчасті хрипи. При перфорації (прориві) барабанної перетинки чути різкий свист і шум.

Елементарний огляд вуха можна закінчити дослідженням функції його шепітною і голосною мовою.

У період спокійного видиху досліджуючий проказує пошепки числа від 0 до 100. Нормальне вухо людини сприймає шепітну мову на віддалі 5 м. Зниження сприймання шепоту вказує на ураження барабанної перетинки, ненормальний стан середнього вуха або на захворювання слухового нерва. Значні ступені зниження слуху — шепіт не сприймається — характерні для захворювань, зв'язаних з ураженням слухового нерва.

Повне функціональне дослідження слуху може провести тільки спеціаліст.

Дослідження носа і додаткових його порожнин

1. *Зовнішній огляд* дає можливість визначити зміни форми носа, стан шкіри (висипки, виразки, опухи та ін.), викривлення носа. Підіймаючи кінчик носа, оглядають початкову частину перегородки,

крила носа і все переддвер'я. Зміна стінок додаткових порожнин носа, їх асиметрія легко розпізнаються оглядом.

2. *Пальпація* застосовується для визначення рухомості носових кісток і крепітації при переломах їх. Пальпація ділянки додаткових пазух виявляє їх чутливість, больові точки, припухлість тканин, їх консистенцію та ін.

3. *Риноскопія* застосовується для огляду носової порожнини та її глибоких відділів. Передня риноскопія провадиться *носовим дзеркалом-розширювачем* з допомогою лобного рефлектора з джерелом світла (див. *«Отоскопія»*, стор. 415). Оглядові піддаються носові раковини і перегородки. З допомогою цього методу розпізнаються патологічні розростання, утруднення дихання, ненормальні виділення та їх джерело, кровотечні місця, корочки, поліпи і т. д. Додаткові порожнини сполучаються з носовою порожниною з допомогою природних отворів, отже, передня риноскопія допомагає встановити і їх стан.

4. *Рентгенографію* слід застосовувати при сторонніх тілах носа, при переломах носових кісток і для визначення ступеня поширення опухів. При різних захворюваннях додаткових порожнин носа рентгенографія є вирішальним методом дослідження.

5. *Функціональне дослідження носа* полягає у визначенні прохідності для його повітря і стану нюху. Прохідність носа можна визначити, пропонуючи хворому робити посилені вдихи і видихи носом. Нюх на практиці досліджується пахучими речовинами і ступенем їх сприймання.

Дослідження глотки

1. *Фарингоскопія.* Глотку можна оглянути з допомогою звичайного шпателя. Відтискаючи спинку язика, ми побачимо задню стінку глотки, м'яке піднебіння, передні і задні дужки з мигдаликами. Наявність збільшених лімфатичних фолікулів указує на хронічний фарингіт При фарингоскопії треба звертати увагу на рухомість м'якого піднебіння і стан мигдаликів (величина, наявність лакун з пробками, розростання їх, нальоти, виразки, почервоніння, набряк та ін.).

2. *Пальпація глотки* пальцем доповнює цей метод дослідження. Технічно пальпація проводиться так: досліджуючий стає збоку і охоплює голову хворого своєю рукою. Вказівним пальцем другої руки обмацує глотку і носоглотку. Щоб захистити палець від укусу (у дітей), можна вдавлювати вказівним пальцем другої руки щоку хворого між його власними зубами. При спробі вкусити палець, на зуби попадає насамперед своя щока, і хворий перестає стискати рот внаслідок відчуваного болю.

3. *Функціональне дослідження глотки* зводиться до визначення рухомості м'якого піднебіння і задньої стінки глотки. При цьому з'ясовується акт ковтання, його болючість, поперхування їжею, попадання її в ніс, гугнявий голос і причини його виникнення.

Дослідження гортані і дихального горла

1. *Зовнішній огляд* дає можливість виявити зміни конфігурації органу, стан покривів, наявність припухлості, ненормальну пульсацію, втягнення міжреберних проміжків та ін. Одночасно обмацуванням ви-

значаємо больові точки, флюктуацію, переломи, підшкірну емфізему (крепітація), збільшення щитовидної залози.

2. *Аускультація* дає можливість встановити стенотичне дихання, хляпаючий шум балотуючого стороннього тіла та інші явища.

3. *Ларингоскопія* — дослідження гортані дзеркалом з допомогою рефлектора і джерела світла — нескладний метод. Технічно ларингоскопія виконується так: хворий сідає на стілець, справа від нього має бути джерело світла, на одній висоті з хворим сідає досліджуючий. Хворий відкриває рот і висовує язик. Марльовой салфеткою язик захоплюється між двома пальцями лівої руки і злегка витягається. Направивши рефлектором світло в порожнину рота, вводять підігріте гортанне дзеркало до м'якого піднебіння і злегка ніби підіймають його вгору і назад. При вимовлянні хворим звуків «і», «а», «е» у дзеркалі з'являється зображення гортані, справжні і несправжні зв'язки, черпакуваті хрящі, надгортанник.

ХВОРОБИ ВУХА

Захворювання зовнішнього вуха

ПЕРИХОНДРИТ ВУШНОЇ РАКОВИНИ. Етіологія. Перихондрит розвивається переважно при травмах, опіках і відмороженнях, при укусах комах і фурункулах зовнішнього слухового проходу.

Симптоми і перебіг. Зміна конфігурації вушної раковини, що може повести до спотворювання; біль при доторкуванні, почервоніння шкіри. Вушна раковина стовщена і набрякла. Температура в межах 37,5—38° Ц. Перихондрит проходить мляво, може тривати тижнями і навіть місяцями.

Лікування в основному зводиться до профілактики. Всі ділянки ураження покривів раковини треба обробляти йодною настойкою або 3% спиртовим розчином брильянтової зелені. Іноді добре профілактичне діяння виявляє сульфідин та сульфазол, що призначається всередину, а місцево присипка Acid. boricum subtillis pulverat (на ранову поверхню). Борна кислота знешкоджує синьогнійну паличку, яка є найчастішим збудником перихондриту. У стадії нагноєння — ранній розріз з вискрібанням некротичних ділянок хряща.

Схема давання сульфамідних препаратів: перша доза — 2,0, а потім по 1,0 кожні 4 години (вдень і вночі). Так дають протягом двох діб; наступні дві доби — по 1,0 кожні 6 годин і останні дві доби — по 1,0 кожні 8 годин. Успіх забезпечується повним курсом і точністю давання по годинах, для чого необхідно інструктувати персонал або рідних. Одночасно слід призначати пиття у великій кількості. Дозування дітям — відповідно до віку з розрахунку в середньому 0,15 на 1 кг ваги на добу.

СІРЧАНА ПРОБКА. Сірка—продукт сірчаних залоз, що містяться в зовнішньому слуховому проході. Ненормальне скупчення сірки залежить від індивідуальних особливостей. Іноді доводиться видаляти сірчані пробки по кілька разів протягом року. Надмірна секреція сірчаних і сальних залоз зв'язана з різними запальними процесами в зовнішньому слуховому проході.

Симптоми. Сірчані пробки зустрічаються переважно у старих людей у вигляді щільних мас, що закривають зовнішній слуховий

прохід і приводять до різкого зниження слуху. До повного закриття просвіту слухового проходу симптоматика зовсім незначна і присутність сірки майже нічим не виявляється. При попаданні у вухо води сірчана пробка набрякає, через що виникає раптова глухота (характерна ознака). Поряд із зниженням слуху відмічається ряд інших неприємних відчувань: болі, шум в ушах, іноді й запаморочення.

Лікування — вимивання сірчаної пробки з вуха теплою водою (холодна вода може викликати збудження вестибулярного апарата і припадки запаморочення).

Техніка промивання. Набравши в шприц (50—100,0) теплої води, підставляють під вухо щільно до шиї хворого лоток; відтягши назад і вгору вушну раковину, направляють вздовж задньоверхньої стінки струмину води. Вода затікає позад сірчаної пробки і видштовхує її із слухового проходу. Після видалення пробки треба ваткою висушити слуховий прохід і змазати його 2—3% спиртовим розчином брильянтової зелені або борним спиртом. Іноді сірчана пробка дуже тверда і її доводиться спочатку розм'якшити вливанням лужних крапель (Natrium bicarbonicum 0,5, Aq. destill., Glycerini aa 5.0), або водень-пероксиду. Видаляти сірчані пробки допускається й інструментами, але цю маніпуляцію може проводити лише спеціаліст. При наявності гнійного запалення середнього вуха або сухої перфорації (прорив) промивання роблять обережно 4% розчином борної кислоти і тільки після розм'якшення пробки.

СТОРОННІ ТІЛА ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДУ. У вухо можуть попадати дрібні предмети: гудзики, соняшникове насіння, кісточки, намисто, камінчики, обломки сірників, олівцевий грифель, зерна злаків, гілочки чагарника. Під час сну можуть заповзати у вухо таргани, блошиці, блохи, стоноги, метелики, цвіркуни.

Симптоми залежать від характеру стороннього тіла і положення його у зовнішньому слуховому проході. Набрякаючі сторонні тіла (горошина, квасоля, вата та ін.) можуть викликати шум у вусі, зниження слуху і навіть глухоту. Сторонні тіла, що не мають гострих країв, а також тіла неживі звичайно не викликають особливих розладів. Гострі предмети часто подразнюють ніжні стінки зовнішнього слухового проходу і приводять до запальних явищ. Живі сторонні тіла викликають відчуття сильного шуму і лоскотання.

Лікування. Невмілі спроби витягти сторонні тіла заподіюють поранення стінок зовнішнього слухового проходу, перфорацію і навіть повне зруйнування барабанної перетинки та інші тяжкі пошкодження. Ніколи не слід видаляти стороннє тіло пінцетом або щипцями, бо це приводить до проштовхування стороннього тіла вглиб слухового проходу. Кращим методом є вимивання стороннього тіла шприцом (див. вище). Якщо це не вдається, застосовують спеціально загнутий зонд, який проводять за сторонне тіло і витягають його. Цей спосіб вимагає досвіду і технічного навику. При наявності живих комах слід для умертвіння їх вливати у слуховий прохід кілька крапель масла, води або чистого спирту, а потім промиванням видаляти їх. При набрякаючих сторонніх тілах також слід вливати у слуховий прохід спирт з метою обезводнювання і зморщування. Інструментальне видалення стороннього тіла — компетенція тільки лікаря-спеціаліста.

Екзема зовнішнього вуха. Гостра екзема. Екзема зовнішнього слухового проходу — часте захворювання.

Етіологія. Причинними моментами є: подразнення шкіри зов-

нішнього слухового проходу внаслідок гноєтечі з вуха (гострі і хронічні отити), порушення обміну речовин при ексудативному діатезі, діабеті, недокрів'ї, рахіті, скрофульозі, переважно у дитячому віці.

Симптоми. Шкіра червоніє і припухає. Хворі відчувають жар, з'являється свербіння. Підвищується температура. Екзема вушної раковини дуже часто поєднується з ураженням зовнішнього слухового проходу. Утворюються пухирці з серозним вмістом і виділенням значної кількості ексудату. Після висихання їх утворюються корки та гнійні скупчення.

Гостру екзему легко сплутати з бешихою. Однак червоність шкіри при бешиховому запаленні різко обривається у вигляді язиків, температура підвищується до 39° і більше. Біль при пальпації незначний.

Лікування. В період почервоніння і припухання тканин: припудрювання порошком (Amyli Tritici, Talc. veneti, Zinci oxyd. aa 15,0). При мокнучій формі: змазування ляпісом (Sol. Arg. nitrici 2—5%), або розчином брильянтової зелені (Sol. Brilliantgrün 2%) на спирті з наступним застосуванням мазей або ж компресів із зв'язуючих речовин (Tanninum 3%), буровської рідини. При утворенні корок; після попереднього розм'якшення вазеліновою або індиферентною маззю (можна риб'ячим жиром та олією) їх видаляють. Після відпадання корок змазують ці ділянки Ung. diachylon Hebrae, цинковою пастою (Pasta Lassari) або ртутною маззю (Ung. Hydrarg. p.p. album 5%). Можна вживати з успіхом і іхітіолову мазь (Resorcini 0,5, Ichtyoli, Vaselini aa 5,0).

Треба приділяти увагу заходам, які поліпшують загальний стан хворого, що особливо важливо в дитячому віці (миш'як, фосфор, риб'ячий жир, вітаміни).

Хронічна екзема. Перехід у хронічну форму зв'язаний з конституціональними факторами. Хронічна екзема набуває особливо стійкого характеру. Хронічну форму екземи легко сплутати з вовчим лишаєм, сифілісом та лускатим лишаєм. Після видалення корок при вовчому лишаї утворюються типові вузлики. Для сифілісу характерні обмежені виразки, а при лускатому лишаї — кровотечні шкірні сосочки.

Лікування. Залежно від стадії захворювання, як при гострій екземі. У стійких випадках застосовуються мазі з іхтіолом, резорцином і дьогтем. Рекомендується також ренгенотерапія.

ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДУ. Класифікація. Залежно від локалізації і ступеня поширення, фурункули бувають обмеженими і дифузними. Перші захоплюють звичайно хрящову частину, багату на волосся та залози. Другі — переважно кісткову. Гноєтворні коки звичайно містяться у волосяних мішечках або в отворах сальних залоз.

Розвиткові фурункула сприяють розчухи, тривала мацерація шкіри зовнішнього слухового проходу і виділення гною з середнього вуха.

Симптоми. Переважним симптомом є пульсуючий рвучий біль, що віддає в зуби, ділянку голови, ока і шиї. Він тим інтенсивніший, чим глибше розвивається запалення. Рух щелеп обмежений і болючий. Тиск на козелок болючий. Регіонарні лімфатичні залози збільшені і також болючі. Температура підвищується до 38° і більше. Часто визначається набряклість навколо вуха. Слух звичайно збережений.

Лікування полягає в застосуванні обезболювальних засобів і заходів, спрямованих на швидке визрівання абсцесу. До них належать введення у зовнішній слуховий прохід тампонів з борним спиртом (Ac. boric. 0,5; Spirit. vini rectif. 10.0), 1% ментоловим маслом і компреси з буровської рідини. Купіруючий вплив виявляє лише раннє застосування сульфамідних препаратів. Звичайно призначається сульфатіазол, сульфазол у кількості 20,0 на курс лікування (див. вище). Сприятливі результати відмічаються при автогемотерапії. З вени ліктьового згину беруть 10 мл крові і впорскують під шкіру спини. Таких ін'єкцій досить 2—3, зроблених через другу добу. З великим успіхом застосовують фізичні методи лікування (синє світло, солюкс на 20—30′ 1—2 рази на день). Добрі наслідки дає УВЧ та опромінювання кварцовою лампою. Зогрівальний компрес на вухо та сухе тепло у вигляді грілок. Якщо фурункул визрів, він самостійно прориває́ться, і всі явища стихають. У цій стадії також доцільно вставляти в слуховий прохід турунди з борним спиртом або змазувати шкіру 2% розчином брильянтової зелені. При частому повторенні фурункулів треба змазувати стінки зовнішнього слухового проходу ляпісом (10%), провадити переливання крові, давати пити пивні дріжджі та одночасно проводити лікування існуючої хронічної отореї, або гострих запалень середнього вуха.

ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА. Пошкодження вушної раковини можуть виникнути з різних причин: удару, ушибу, укусу, опіку і т. д., а також у результаті вогнепального поранення.

Симптоми. Залежно від причини, яка заподіяла пошкодження, спостерігаються рани, розмі́жчення, розриви, а іноді навіть відриви окремих частин раковин. При інфікуванні ран можуть настати явища перихондриту, які приводять до спотворювання. При пошкодженні зовнішнього слухового проходу слід відрізняти ураження шкірних покривів, хрящових або кісткових стінок його. Останні часто зустрічаються при вогнепальних пораненнях.

Лікування полягає в спиненні кровотечі, обеззаражуванні, накладанні асептичної пов'язки, а при розривах вушної раковини — накладанні напрямних швів. При заглибленні стороннього тіла у зовнішній слуховий прохід (осколки міни, кулі і т. д.) не слід видаляти його на місці. При невмілих спробах можна заподіяти непоправної шкоди. Слід також мати на увазі, що удари в підборіддя або падіння на нижню щелепу приводять до переломів стінок зовнішнього слухового проходу. В цих випадках треба накласти шину на підборіддя і направити хворого до спеціаліста. Так само слід робити і у випадках пошкодження слухового проходу з участю середнього і внутрішнього вуха (переломи основи черепа).

Захворювання середнього вуха

НЕГНІЙНІ ЗАПАЛЕННЯ ГЛОТОЧНО-БАРАБАННОЇ ТРУБИ І ПОРОЖНИНИ СЕРЕДНЬОГО ВУХА. До запальних процесів у ділянці слухової труби ведуть розростання аденоїдів, тобто носоглоткового мигдалика, хронічні і гострі нежиті, опухи носоглоткового простору, поліпи носа й запалення додаткових порожнин його.

Симптоми. Почуття закладеності у вусі і ніби переливання води, зниження слуху, тяжкість голови, невелике поколювання у вусі. Температура нормальна або злегка підвищена. Порушення прохідності глоточно-барабанної труби приводить, звичайно, до зниження тиску в порожнині середнього вуха, і внаслідок переваги зовнішнього тиску виникає втягнення барабанної перетинки. Такий стан відомий під назвою катара глоточно-барабанної труби або середнього вуха.

Лікування. Усунення основної причини, тобто слід звернути увагу на стан слизової оболонки носа, носоглотки й устя труби. У ніс вводять тампон з маззю такого складу: Bismuthum subnitricum 2,0, Mentholum 0,2, Antipyrinum 1,2, Vaselinum 20,0, Sol. Adrenalini hydrochlorici 1‰—gtt. X або вливають в ніс 2% протаргол з адреналіном (по 6—8 крапель). Можна застосовувати 1—2% розчин ефедрину (по 5 крапель 2—3 рази на день). При цьому зменшується набряклість слизової оболонки носа і поліпшується носове дихання. Якщо немає належного ефекту, треба зробити продування глоточно-барабанних труб балоном або спринцовкою. На вухо кладуть зогрівальний компрес, застосовують фізичні методи лікування, сине світло, солюкс, всередину аспірин. Ці заходи сприяють розсмоктуванню ексудату. Тривале порушення прохідності глоточно-барабанної труби веде до хронічного катарального стану і стійкого зниження слуху. Лікування — продування вуха і масаж барабанної перетинки.

ОТОСКЛЕРОЗ (OTOSCLEROSIS). Своєрідне захворювання вуха, що супроводиться прогресуючим зниженням слуху при нормальній барабанній перетинці. Зміни виявляються переважно у кістковій капсулі лабіринту і характеризуються розсмоктуванням компактної капсули і заміщенням її тонкопористою кісткою. Причини виникнення й розвитку отосклерозу ще остаточно не з'ясовані. Відомо, що отосклероз починається у молодому віці (16—20 років) і зустрічається майже у вісім разів частіше у жінок.

Симптоми. Хворих непокоїть постійний шум у вухах. Характерно, що в шумній обстановці вони чують краще, ніж у спокійній.

Прогноз щодо відновлення слуху несприятливий.

Лікування. Застосовують препарати йоду, загальнозміцнювальні засоби: фосфор (Phospori 0,01, Ol. amygdalar. 10,0, Aq. destill. 80,0, Gummiarabici 10,0, M.f. emulsio по 1 столовій ложці 2 рази на день), фітин, хлористий кальцій, фізичні методи лікування — діатермія, грязьові аплікації, але все це без особливого ефекту. Такі хворі потребують консультації спеціаліста і придбання апарата, що поліпшує слух. Останнім часом запропоновано робити операцію — фенестрацію лабіринту, однак ця операція ще не знайшла широкого застосування.

ГОСТРЕ ГНІЙНЕ ЗАПАЛЕННЯ СЕРЕДНЬОГО ВУХА (OTITIS MEDIA ACUTA). Збудником можуть бути різні мікроби, найчастіше стафілокок, диплокок та стрептокок.

Шляхи інфекції. Порожнина середнього вуха у величезній більшості випадків інфікується через глоточно-барабанну трубу (запальні процеси в носі і глотці, аденоїдні вегетації та ін.). Значно рідше інфекція поширюється течією крові (кір, скарлатина, грип і т. д.). Інфікування можливе також через пошкоджену барабанну перетинку.

Симптоми. Гострий гнійний запальний процес у середньому вусі позначається порушенням загального стану, розбитістю, млявістю, порушенням сну та апетиту, сильним стріляючим і пульсую-

чим болем у вусі, який віддає нерідко у всю половину голови. Підвищується температура до 38—39°, з'являється шум у вусі і зниження слуху. Після проривання гною через барабанну перетинку болі затихають, температура знижується, загальний стан кращає.

Розпізнавання. При огляді вуха методом отоскопії відмічається почервоніння і випинання барабанної перетинки спочатку у верхніх її відділах. Розпізнавальні пункти (тобто молоточок і світловий рефлекс, короткий відросток) стають невидимими. Якщо барабанна перетинка проткнута, виявляється перфорація завбільшки з головку шпильки, а в слуховому проході — наявність гнійних виділень. Прорівання гною через барабанну перетинку — часте, найбільш сприятливе закінчення. Болі стихають, самопочуття поліпшується. Нерідкі випадки, коли під впливом вчасно вжитих заходів і застосування в початкових стадіях сульфаміду та пеніциліну процес уривається; перфорація не виникає, ексудат барабанної перетинки розсмоктується, болі затихають, слух відновлюється і барабанна перетинка знову набирає нормального кольору і забарвлення.

Перебіг. Середня тривалість гнійного перфоративного отиту — до одного місяця. Спостерігаються, однак, випадки з тяжким перебігом при переході процесу на сосковидний відросток. Виникає гострий мастоїдит, який потребує операції, або процес переходить у хронічну форму.

Лікування. Загальні засоби: всередину аспірин, пірамідон та інші саліцилові препарати. Режим постільний. Місцеві засоби залежно від стадії отиту. До виникнення перфорації барабанної перетинки впускають у вухо карбол-гліцеринові краплі (Ac. carbolici 1,0, Glycerini 10,0 по 5—10 крапель 3 рази на день). Зогрівальний компрес на вухо через кожні 6 годин; грілки, сине світло, солюкс. У більшості випадків явища наростають, температура підвищується, болі збільшуються і не припиняються протягом 1—2 днів. Процес розв'язується самостійним проривом гною через барабанну перетинку або після парацентезу. Цю маніпуляцію може проводити тільки спеціаліст.

Лікування отитів після проривання гною полягає в очищенні вуха асептичними турундами, вкапуванні водень-пероксиду (по 6 крапель 2—3 рази на день), вдуванні подрібненої борної кислоти і накладанні зогрівальних компресів. Широко застосовуються сульфідин, сульфазол, сульфатіазол та ін. Незважаючи на швидкий ефект, необхідно проводити повний курс сульфамідотерапії, бо ранне припинення її приводить до рецидивів і створює сульфамідотривкі форми. Ранне і правильне застосування сульфамідів в багатьох випадках купірує процес, а там, де він уже розв'язався гноєтечею, значно прискорює вилікування. Внутрішньом'язово впорскування пеніциліну (кожні 3 години по 50 000—100 000 одиниць) дає ще кращий ефект, але його також треба проводити повний курс (5—6 діб). Комбіноване давання сульфамідів та пеніциліну — найбільш ефективний засіб лікування, який веде до найшвидшого видужання.

Гнійні отити при скарлатині то проходять легко і мало відрізняються від звичайних отитів, то тяжко, коли відбувається широке руйнування барабанної перетинки з некрозом тканин. Такий процес розвивається швидко протягом 1—2 днів.

Профілактика. Правильне і своєчасне застосування сульфамідних препаратів та пеніциліну забезпечує збереженість органу

слуху, і запалення середнього вуха ліквідується швидко або й зовсім не виникає. Останнім часом ускладнень з боку вуха при скарлатині спостерігається значно менше, ніж це було в досульфамідну та допеніцилінову еру.

Лікування при наявній гноєтечі зводиться до висушування слухового проходу від гнійних виділень і забезпечення достатнього відтікання гною. Останнє досягається вкладанням марльових смужок і вкапуванням водень-пероксиду. З метою прискорення видужання і в цій стадії показана сульфамідна та пеніцилінова терапія, особливо їх комбінація.

При відсутності результату та переході процесу на сосковидний відросток хворого потрібно направити до спеціаліста.

Гнійні отити при кору проходять значно сприятливіше, ніж скарлатинозні. Корові отити, як і скарлатинозні, в період висипання розвиваються гематогенним шляхом, у період лущення вони мають звичайне тубарне (виникаюче через глоточно-барабанну трубу) походження. При переході на сосковидний відросток показана операція, що вимагає направлення хворого до спеціаліста.

ГОСТРІ ОТИТИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ І ГРУДНИХ ДІТЕЙ. Особливість перебігу цих отитів зумовлюється анатомічною будовою середнього вуха у дітей, широкою і короткою слуховою трубою з слабким м'язовим апаратом її, внаслідок чого при відкритому стані труби полегшується попадання інфекції в порожнину середнього вуха.

Сприяючі причини. Положення дитини на спині, від чого скупчується слиз в носоглотці біля устя труби, що прискорює акт ковтання. Неправильне годування, коли мати, даючи грудь, закриває часто носові ходи і дитина час від часу змушена робити глибокі вдихи. Часті назофарингіти, штучне вигодовування, грипозна інфекція взимку і гастроентерити влітку.

Симптоми. Неспокій і крик, відмовлення від груді, вертіння голівкою; дитина хапається ручкою за вуха; безсоння, зменшення ваги, понос, розлади живлення. При огляді вуха лійкою відмічається невелика гіперемія і рожевуватість барабанної перетинки.

У новонароджених при розладах живлення часто спостерігаються «німі або латентні, безсимптомні отити». Розпізнавання їх утруднене. У дітей дуже легко виникають симптоми подразнення мозкових оболонок, бо судинний зв'язок слизової оболонки середнього вуха з середньою черепною ямою полегшує перехід процесу на мозкові оболонки. При цьому настають ригідність потилиці, судороги, блювання, потьмарення свідомости та ін. Консультативна допомога педіатра дуже необхідна.

Лікування проводиться за тими ж правилами, що й у старших дітей, з особливою увагою на застосування сульфамідних препаратів та пеніциліну. У багатьох випадках потрібна своєчасна консультація спеціаліста для розпізнаваня латентних отитів.

ГОСТРИЙ МАСТОЇДИТ (MASTOIDITIS ACUTA). Гостре запалення середнього вуха часто поширюється на сосковидний відросток. Цьому сприяє характер мікроорганізму, ослаблення організму, обтяжуючі хвороби, неправильне і несвоєчасне лікування отитів.

Симптоми. Біль самостійний і при натискуванні на сосковидний відросток, особливо біля верхівки. Болі у всій половині голови, почуття пульсації у вусі, збільшення кількості гною, підвищення температури, згладжування позадвушної складки, припухання за ву-

хом, почервоніння шкіри і нарешті, флюктуація за вухом при субперіостальному абсцесі. У слуховому проході відмічається припухання задньоверхньої стінки й опущення її. Барабанна перетинка припухла, стовщена. Висока температура (39—40°) указує на ускладнення мастоїдиту. Загальний стан, сон, апетит порушені. Особливо слід мати на увазі розвиток зазначених симптомів у пізньому періоді гнійного отиту, що завжди буде свідчити за мастоїдит.

Болі в ділянці сосковидного відростка можуть бути виявлені і в перші дні гострого запалення середнього вуха і вказують лише на подразнення, реакцію. Це є «мастоїдизм», а не мастоїдит, бо явища, що супроводять його, часто зникають після появи гноєтечі з вуха.

Перебіг. Ранні форми мастоїдитів виліковуються часто самі собою під впливом консервативних заходів. Мастоїдити, що виникли у пізніх стадіях отиту, потребують хірургічного лікування.

Прогноз — сприятливий; при виникненні внутрішньочерепних ускладнень погіршується.

Лікування. Старанне очищення вуха від гною, введення турунд із стерильної марлі, вкапування водень-пероксиду (по 6 крапель 3 рази на день), вдування порошку борної кислоти, сульфамідні препарати (за схемою), та пеніцилін (ін'єкції), тепло на вухо. У початкових стадіях настає видужання. У запущених випадках — необхідне оперативне втручання. Хворих на мастоїдит треба негайно направити до спеціаліста. До компетенції спеціаліста треба вдаватись і в тих випадках, коли перебіг самого отиту є ненормальний (головні болі, температура, відсутність виділень з вуха, відчутна пульсація всередині вуха, тривале зниження слуху та ін., навіть при відсутності ознак мастоїдиту).

ХРОНІЧНЕ ГНІЙНЕ ЗАПАЛЕННЯ СЕРЕДНЬОГО ВУХА (OTITIS MEDIA PURULENTA CHRONICA). Захворювання характеризується звичайно тривалою, безперервною або періодично повторюваною гноєтечею, що не супроводиться при цьому неприємними відчуваннями. При визначенні характеру захворювання слід зважити на кількість виділення, консистенцію, запах та давність його.

Симптоми. За своїм перебігом хронічні отити поділяються на неускладнені і ускладнені. При неускладнених отитах процес не виходить за межі слизової оболонки барабанної порожнини. В ускладнених випадках процес, крім слизової, захоплює й кісткові стінки. Діагностичними ознаками їх є наявність брудного гною, розростання поліпів та грануляцій, відсутність всієї або частини барабанної перетинки і зниження слуху.

Лікування залежить від форми отиту. У неускладнених випадках необхідне тривале старанне очищення слухового проходу з наступним вдуванням борного порошку. Безпосередньо на грануляційно запалену слизову оболонку барабанної порожнини впливають припікальними і зв'язуючими речовинами. Найбільше вживаними є 2—3% розчин ляпісу та борний спирт. Іноді доцільне застосування водень-пероксіду. При наявності головних болів, іхорозного гною, температури, мозкових або септичних явищ та інших загрозливих симптомів треба негайно направити хворого до спеціаліста для оперативного лікування. Призначення в таких випадках сульфамідів та пеніциліну категорично забороняється, бо їх тимчасовий вплив лише замазує справжній перебіг хвороби та її клінічні ознаки.

Внутрішньочерепні ускладнення гострих і хронічних гнійних запалень середнього вуха

Ускладнення отитів виникають внаслідок переходу гнійного процесу шляхом контактного безпосереднього переходу, поширення по судинах або преформованих анатомічних щілинах та отворах.

Таким чином виникають синустромбози та септикопіемія, абсцеси мозку, менінгіти та лабіринтити.

Перші ознаки синусфлебіту або тромбозу — озноб, висока температура (39—40°), прискорений пульс, ознаки загальної інтоксикації та пригнічення, головні болі, болі у вусі, сухий язик, утворення метастазів.

При абсцесі мозку — незначне підвищення температури і навіть нормальна, головні локальні болі, млявість, загальмованість, нудота, блювання, судороги, сплутаність свідомості, брадикардія, застиглий сосок зорового нерва. Якщо абсцес міститься у височковій частці мозку — афазія, паралічі кінцівок, лицевого нерва та ін.

При абсцесі мозочка — порушення рівноваги, розлади рухів, ністагм, головні болі, запаморочення.

Менінгіт — див. стор. 137.

При лабіринтитах — запаморочення, порушення рівноваги, ністагм, болі у вусі, значне зниження слуху, шум, нудота, блювання.

Лікування. При першому підозрінні на отогенної природи внутрішньочерепне ускладнення необхідно негайно направити хворого для операції. Якщо остання буде проведена негайно, ніякого лікування не призначати (до операції). В разі потреби транспортувати хворого у відповідний лікувальний заклад, призначити сульфаміди та пеніцилін з метою тимчасового впливу, щоб запобігти поширенню або заглибленню й переходу процесу на ще більш важливі органи.

ХВОРОБИ НОСА І ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ

ТРАВМИ НОСА. Відрізняють травми побутові і воєнні. В результаті удару по носі або падіння на ніс можуть виникати переломи носового скелета. Найчастіше пошкоджуються носові кістки. У багатьох випадках пошкоджується носова перегородка, що приводить до різних викривлень, вивихів, надломів, переломів і западання спинки носа.

Симптоми. При огляді носової порожнини визначається ступінь порушення слизової оболонки, виявляються зміщення пошкоджених частин, іноді крепітація кісткових уламків і місцева болючість.

Лікування. Спинити кровотечу, тампонуючи порожнини носа стерильним тампоном, вправити кісткові уламки. Надання правильної форми носові — обов'язковий захід. При наявності гематоми або абсцесу — розріз і дренування порожнини марльовою смужкою. При порушенні цілості шкірних покривів потрібно накладати шви.

СТОРОННІ ТІЛА НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ бувають різного походження (намисто, горох, корали, гудзики, шматочки паперу та ін.). Часто зустрічаються у дітей. Розміщуються звичайно в нижньому носовому ході.

Симптоми. Сторонне тіло викликає утруднення носового ди-

хання, гноетечу та ін. При пошкодженні слизової оболонки носа з'являються біль і кровотеча.

Лікування. Видаляти стороннє тіло повинен спеціаліст. Невдалі спроби видалення приводять до набрякання і набряклості слизової оболонки і до проштовхування стороннього тіла вглиб порожнини. Поспішати з видаленням стороннього тіла з носа не слід.

ЕКЗЕМА ВХОДУ В НІС. Часто супроводить хронічний нежить або гнійне захворювання додаткових пазух носа.

Симптоми. Почервоніння і припухлість шкіри біля входу в ніс. З'являються корочки, під якими виникають тріщини.

Лікування спрямовують на первопричину, тобто на процес у носі і додаткових пазухах його. Треба намагатися розм'якшити і видалити корки, очищати поверхню шкіри змазуванням індиферентними мазями — борною, або преципітатною (Hydrargyrum pp. rubrum або Hydrargyrum pp. flavum 0,2, Vaselini 10,0). Тріщини змазують 5—10% ляпісом або брильянтовою зеленню (Sol. Brillantgrün alcoholica 2—3 %). Добре висушувальне діяння виявляють резорцинові примочки (1—2%) та вкладання в ніздрю кульок з вати, просякнутої пастою (Pastae Lassari).

ФУРУНКУЛ ВХОДУ В НІС. Симптоми. Шкіра біля входу в ніс гіперемійована, інфільтрована. Температура буває підвищена, виникає різкий біль при пальпації, самопочуття погіршується. Спостерігаються головні болі. Можливе утворення абсцесу.

Лікування. Консервативні заходи приводять звичайно до затихання процесу. Рекомендується введення турундучок з буровською рідиною, застосування індиферентних мазей, кварц. У затяжних випадках УВЧ-терапія, автогемотерапія, стрептоцид всередину. Уражені місця змазуються брильянтовою зеленню. Загальнозміцнювальні заходи. Добру послугу робить сульфазол, сульфатіазол та ін.

НОСОВА КРОВОТЕЧА (EPISTAXIS). Може виникати при недокрів'ї, артеріосклерозі, хворобах серця, печінки і т. д., при інфекційних захворюваннях (черевний і поворотний тиф, скарлатина, коклюш, грип, малярія і т. д.). Самовільні кровотечі зустрічаються при хлорозі, гемофілії. Кровотечі, що залежать від причин місцевого характеру, зв'язані з розпушенням або, навпаки, пересиханням слизової оболонки і пошкодженням судин у передній хрящовій частині носової перегородки. Кровотечі також виникають при опухах, виразках, іноді після операції. Починаються вони звичайно раптово, бувають дуже тривалими й значними, особливо у хворих з підвищеним тиском крові.

Лікування. Необхідна негайна допомога. Спочатку слід виявити джерело кровотечі і припекти це місце трихлорацетатною або хромовою кислотою. Якщо кровотеча не спиняється, застосовують тампонаду довгим марльовим тампоном, змоченим у воденьпероксиді. Тампони через добу видаляють. Всередину призначають 10% кальцій-хлорид для підвищення зсідання крові або 10% розчин — по 5—10 мл внутрішньовенно. На перенісся — холод. Показане переливання крові і введення нормальної сироватки внутрішньом'язово (20—40—60 мл). У випадках, коли спинити кровотечу важко, крім передньої тампонади носа, треба провести й задню.

Техніка її така: стерильна кулька марлі перев'язується ниткою з довгими кінцями. Через ніс вводиться м'який звичайний катетер. Коли його кінець з'являється в глотці, катетер захоплюють корнцангом і виводять з ротової порожнини. До кінчика виведеного

катетера прив'язується один кінець нитки марльової кульки. Зворотним рухом катетера втягається кулька марлі, яка потягуванням за нитку втискується в носоглотку і тампонує її. Цим досягається тампонада порожнини носа ззаду. Видаляється тампон через 24—48 годин потягуванням за другий кінець нітки.

ГЕМАТОМА Й АБСЦЕС НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ. Підслизова гематома часто виникає внаслідок травми і під впливом вторинної інфекції нагноюється.

Симптоми: головний біль, підвищення температури, утруднення носового дихання. При огляді носа видно мішкоподібні, яскравочервоні утвори, які легко стискаються, коли доторкатися зондом.

Лікування. Раннє розрізування абсцесу, інакше настає гнійне розтоплення хряща, деформація носа, а в деяких випадках і внутрішньочерепні ускладнення. Тому хворі потребують спеціального виду допомоги. Призначення сульфамідів або пеніциліну дозволяється лише з профілактичною метою, в ранньому періоді.

НЕЖИТЬ (RHINITIS). Гострий нежить. Виникненню його сприяє простуда. Багато гострих інфекційних хвороб (кір, скарлатина, дифтерія, грип та ін.) супроводяться гострим ринітом (нежитем).

Симптоми. Почервоніння слизової оболонки порожнини носа, набряклість раковин, велика кількість слизових, а потім гнійних виділень. З'являється головний біль, гугнявий голос. Нюх знижений, очі червоні, сльозотеча, чхання.

Лікування. Потогінні і жарознижувальні засоби (пірамідон, уротропін, саліпірин). Судинозвужувальні і болезаспокійливі лікарські речовини в ніс (з адреналіном, кокаїном і ментолом) у вигляді крапель або мазей. Дітям кокаїн не рекомендується. Можна впускати протарголові краплі (Sol. Protargoli 2%—15,0, Sol. Adrenalini 1 : 1000 gtt. X); 1—2% розчин ефедрину. В початковому періоді доцільно робити ножні гарячі ванни з домішкою гірчиці, проводити опромінювання еритемними дозами кварцової лампи підошов обох нижніх кінцівок, вдування в ніс порошку (сульфазол 1,0, пеніцилін—100 000 одиниць, ефедрин 0,2). Пізніше добре впливає УВЧ-терапія.

Хронічний нежить. Слід відрізняти простий хронічний катаральний нежить і гіпертрофічний.

Симптоми. Перша форма характеризується розлитим почервонінням і набряклістю слизової оболонки носа. Настає утруднення носового дихання, почуття закладеності в носі. Виділення бувають рідкими, в'язкими. При другій — гіпертрофічній формі відмічається розростання сполучної тканини, переважно в місцях скупчення кавернозної тканини, тобто в нижніх раковинах. Основний симптом — утруднення носового дихання, велика кількість виділень.

Лікування. При простому хронічному риніті під впливом застосування судинозвужувальних засобів (2% розчин кокаїну + адреналін 1 : 1000 з розрахунку одна крапля на 1 мл) набряклість цілком зникає. Лікування консервативне застосуванням зв'язуючих або припікальних засобів ($^1/_2$% розчин цинку сульфату, $^1/_4$—$^1/_2$% розчин таніну, 2% розчин протарголу або коларголу). Добре переносять хворі мазь (Mentholum 0,2, Bismuthum salicylicum 0,75, Zincum oxydatum 0,4, Lanolinum 10,0, Vaselinum 15,0, Sol. Adrenalini 1 : 1000 gtt. X). З метою кращого відходження виділень призначають вливання в ніс 1% розчину содових крапель. При гіпертрофічній формі доцільні припікання електрокаутером або трихлорацетатною кисло-

тою, іноді вдаються до резекції нижніх носових раковин. При хронічних ринітах у дітей потрібно користуватися содовими краплями (Natricum bicarbonicum 0,2, Aq. destill. 20,0—по 5 крапель 2 рази на день), а слідом за цим вкапувати 2% протаргол або змазувати порожнину носа маззю (Mentholum 0,2, Acid. boricum 0,5, Lanolinum Vaselinum aa 15,0). У дитячому віці хронічні нежиті виникають часто на грунті аденоїдних розростань в носоглотці. Тільки їх видалення приводить до остаточного вилікування (див. далі).

АТРОФІЧНИЙ КАТАР НОСА Й ОЗЕНА. Ці захворювання характеризуються незначним виділенням, атрофією не тільки слизової оболонки, а нерідко й кісткового скелета носових раковин. У тяжких випадках відмічається скупчення великої кількості смердючих корок

Симптоми. Сухість у носі, утруднення носового дихання, почуття тиску в ділянці кореня носа, головні болі. Характерні симптоми озени — смердючий запах і втрата нюху. Для розпізнавання важливі такі основні симптоми: скарги на почуття сухості в носі й глотці, атрофічні явища в носі і наявність смердючих корок. При огляді носа видно надзвичайно широкі носові ходи і через них задню стінку глотки.

Лікування — симптоматичне. Слизова оболонка змазується люголівським розчином, у ніс вкладають на 1—2 години змочені люголівським розчином тампони, які, діючи як сторонне тіло, викликають подразнення слизової оболонки і сприяють збільшенню секрету. При цьому корки легко видаляються з тампоном. Крім того, провадиться промивання носа лужними розчинами (Natrium bicarb. 2,0, Natr. chlor. 1,0, Aq. destill. 100,0). Можна використати пульверизатор. Всередину призначаються препарати йоду (Sajodinum 0,5— по 1 таблетці 2 рази на день після їди).

ТУБЕРКУЛЬОЗ НОСА. Типові місця, де локалізується процес, — носова перегородка, нижня носова раковина, крило носа. Рідше туберкульоз уражає середню раковину.

Симптоми. Спочатку з'являється інфільтрат, потім розпад і утворення виразок. Іноді інфільтрат, збільшуючись, набуває форми опуху — туберкуломи.

Лікування. Терапевтичні заходи спрямовують на підвищення опірності організму і лікування основного легеневого процесу. З місцевих засобів застосовують: припікання молочною кислотою (80%) і гальванокаутером. Добрий ефект спостерігається після курсу рентгенотерапії та вітаміну $Д_2$, для чого хворого потрібно направити до спеціалістів.

СКЛЕРОМА НОСА (RHINOSCLEROMA). Склерома — інфекційна гранульома, що уражає слизову оболонку. Збудником склероми вважають паличку Волковича-Фріш, яку знаходять при бактеріологічному дослідженні слизу носової порожнини.

Симптоми. Наявність інфільтратів блідорожевого кольору, твердої консистенції, що міститься в найбільш вузьких місцях (хоани, ніздрі).

Основні скарги хворого на сухість в носі, утворення корочок та утруднене дихання. Хвороба тривае протягом багатьох років і не викликае ні болів, ні температури, ні загальної кволості. Часто проростае хрящову і навіть кісткову тканину.

Лікування — рентгенотерапія, що приводить до зморщування гранульоми. Бужування та видалення хірургічними засобами інфільтратів допомагають опромінюванню Х-лучами.

Спостерігаються рецидиви та утворення гранульом в нижніх дихальних шляхах.

ГОСТРЕ І ХРОНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ ДОДАТКОВИХ ПАЗУХ НОСА. Симптоми. В усіх випадках переважає біль, який посилюється: при захворюванні лобових пазух — у ділянці дна і біля верхнього внутрішнього краю орбіти; при захворюванні решітчастого лабіринту біль зосереджується в ділянці кореня носа; при запаленні основної пазухи — постійний головний біль віддає в потилицю, рідше в ділянку лоба й тім'я. При запаленні гайморової порожнини — в ділянці щоки, зубах і орбіті. При запаленні лобової пазухи іноді відмічається сльозотеча й біль в орбіті. При затримці гною виникає набряк верхньої повіки в ділянці лоба. Захворювання пазух супроводяться підвищенням температури і порушенням загального стану.

Розпізнавання звичайно не становить особливих труднощів. Нежить переважно однобічний, головні болі, температура, загальна слабість, наявність каріозних зубів і попереднього захворювання, гнійні з домішкою крові виділення вказують на ураження пазух. Встановити точний діагноз допомогає рентгенографія, при гайморитах — пробний прокол та промивання.

Лікування — в гострих випадках консервативне. При змазуванні носа і раковин судинозвужувальними речовинами (1% кокаїном з адреналіном, 1% ментоловою маззю з адреналіном, 2—3% протарголом з адреналіном, 1% розчином ефедрину та ін.) набряклість раковин зменшується і тим самим забезпечується достатнє відтікання виділення з пазух через природні отвори. Застосування грілок і світлових процедур (сине світло, солюкс, УВЧ, діатермія та ін.) виявляють розсмоктувальне і болезаспокійливе діяння. Всередину доцільно призначати пірамідон з фенацетином та кофеїном, внутрішньом'язове введення пеніциліну. Дуже добре діють хвилі ультрависокої частоти. При гострих емпіємах гайморової порожнини доцільно зробити прокол її з боку носа і після промивання фізіологічним розчином впорснути всередину порожнини 20 000 одиниць пеніциліну, розчинених в 2—3 мл фізіологічного розчину.

Ускладнення. При гострих гайморитах, синуситах можуть виникнути ускладнення в оці або мозку. При найменшому підозрінні слід негайно направити хворого в спеціальний стаціонар для оперативного втручання

ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЕННЯ ПАЗУХ. Симптоми. Наявність поліпів у носі, нежить, утруднення дихання, постійні гнійні виділення, головні болі і тяжкість голови. Діагноз підтверджується рентгенівським знімком, в разі потреби — пробний прокол гайморової порожнини.

Лікування хірургічне. Сульфамідні препарати як при гострих, так і хронічних запаленнях пазух — не ефективні. Хронічні процеси підлягають оперативному лікуванню в спеціальних лікувальних закладах.

ХВОРОБИ І ПОШКОДЖЕННЯ ГЛОТКИ

ТРАВМИ ГЛОТКИ. Пошкодження глотки спричиняються або ззовні, або зсередини — при приймані їжі або при проковтуванні кислот, їдкого лугу. Слизова оболонка задньої стінки глотки вкривається фібринозним струпом. Вогнепальні поранення глотки рідко бувають ізольованими. Частіше при цьому пошкоджуються й сусідні

органи (хребет, шийні судини, гортань, стравохід і т. д.). Найчастіша причина поранень — сторонні тіла (риб'ячі кістки, зубні протези, монети, цвяхи, шпильки і т. д.). Сторонні тіла застрявають звичайно в ділянці задньої стінки глотки, піднебінних мигдаликів, дужок та ін. Дуже рідко вони застрявають у носоглотковому просторі.

Симптоми. Відчуття стороннього тіла, біль при ковтанні, кашель, поперхування. При розміщенні стороннього тіла в ділянці гортанної частини глотки може виникнути звуження входу в гортань з явищами ядухи.

Лікування. Якщо сторонне тіло міститься в ділянці піднебінного мігдалика або задньої стінки і добре помітне, його видаляють на місці корнцангом. При розміщенні ж його в нижньому відділі глотки треба негайно направити хворого в лікарню Лікування вогнепальних поранень полягає в первинній обробці рани. Потрібні негайні заходи (пеніцилінотерапія, сульфаміди), що запобігають збільшенню реактивного набряку, який настає звичайно зразу після поранення.

АДЕНОЇДНІ РОЗРОСТАННЯ. Виникають звичайно в дитячому віці внаслідок запальних процесів та перенесених інфекційних захворювань. Носоглотковий мигдалик збільшується і закриває отвір глоточно-барабанної труби та хоани.

Симптоми. Утруднене дихання носом, нежить. Дитина спить з відкритим ротом, хропе. Зовнішні ознаки іноді так різко виявлені, що вже на віддалі по одному «аденоїдному» виразу обличчя можна поставити правильний діагноз. Часто дитина відчуває головний біль, зниження пам'яті, що помічає мати або вчитель. Аденоїдні розростання підтримують постійний нежить, а закриття устя глотково-барабанної труби приводить до зниження слуху. Голос стає гугнявим.

Лікування — оперативне.

ГОСТРИЙ ФАРИНГІТ (PHARYNGITIS ACUTA). Симптоми. Захворювання супроводиться сухістю та болючістю при ковтанні. Виникає почервоніння слизової оболонки, збільшена кількість виділення, температура звичайно злегка підвищена, часто нормальна. Гострий фарингіт часто супроводить ангіну, грип.

Лікування. Полоскання зіва розчином калій-перманганату, водень-пероксиду або 2% розчином борної кислоти; всередину — стрептоцид.

АНГІНИ. Катаральна, фолікулярна і лакунарна ангіни спричиняються збудниками — мікробами, найчастіше стрептококом. Процес поширюється на піднебінних мигдаликах і уражає лише лімфоїдний апарат.

Симптоми. Головний біль, загальна слабість, розбитість, біль у глотці. При катаральній формі — почервоніння слизової оболонки зіва без нальотів. При фолікулярній — поява жовтуватобілих точок у ділянці нагноєних фолікулів на мигдаликах; при лакунарній — жовті з брудним відтінком нальоти відповідно лакунам (отворам) мигдаликів. При останніх двох формах самопочуття значно погіршується, ковтання стає болючішим, ніж при катаральній ангіні, температура висока. Ці форми ангіни можуть викликати ускладнення в серці, суглобах і нирках.

Лікування. Полоскання ротової порожнини й зіва борною кислотою, шалфеєм, водень-пероксидом, розчином калій-перманганату та пеніциліну (200 000 одиниць на 100,0). Зогрівальний компрес на шию, гаряче питво. Всередину стрептоцид (по 1,0—4 рази на день).

Режим постільний, їжа рідка. Якщо немає ускладнень, хвороба звичайно закінчується через 5—7 днів. При септичних та інших ускладненнях ангін — стаціонарне лікування, всередину сульфаміди та пеніцилін внутрішньом'язово по 50 000—100 000 одиниць. При підозрінні на дифтерію — негайне введення протидифтерійної сироватки (див. стор. 120).

ФЛЕГМОНОЗНА АНГІНА, АБО ПЕРИТОНЗИЛЯРНИЙ АБСЦЕС. Захворювання розвивається внаслідок перенесеної гострої ангіни. Гнояк утворюється у примигдаликовій клітковині.

Симптоми. Ділянка мигдалика стає гіперемійованою, набряклою і напруженою. Біль при ковтанні різко посилюється, найчастіше з одного боку і віддає в ухо. Хворі відмовляються приймати їжу. Виникає значне почервоніння та припухання однієї половини м'якого піднебіння. Язичок відтискається в протилежний бік. Рот розкривається важко. Голос стає гугнявий.

Лікування. Спочатку парові інгаляції, зогрівальний компрес на шию, грілки, полоскання і стрептоцид всередину. При сильних болях — морфін. По визріванні нариву, тобто через 3—5 днів — розріз. Часто до цього часу абсцес прориває ться й самостійно. Останнім часом з великим успіхом застосовуються гемопеніцилінові ін'єкції (200 000 одиниць пеніциліну розчиняють з 3,0 фізіологічного розчину, набирають його в шприц, з ліктьової вени натягають 3—5 мл крові і все це впорскують в сідничні м'язи). Досить 2—3 (вранці і ввечері) ін'єкцій для повного видужання без операції (при застосуванні ін'єкцій на самому початку захворювання).

ЗАГЛОТКОВИЙ НАРИВ (ABSCESSUM RETROPHARYNGEALIS). При запаленні лімфатичних залоз, розміщених попереду хребта, на задній стінці глотки утворюється заглотковий нарив. Захворювання зустрічається в ранньому дитячому віці і виявляється тоді, коли виникають перші ознаки утрудненого ковтання та дихання. Зустрічаються й у дорослих при туберкульозних спондилітах.

Розпізнавання. Утруднене ковтання і дихання, вимушене положення голови. Значно підвищена температура. При огляді відмічається флюктуючий опух на задній стінці глотки.

Лікування. Ранне розрізування абсцесу під контролем пальця. При туберкульозній природі нариву — направити хворого до спеціаліста.

ЗАХВОРЮВАННЯ ГОРТАНІ І СТРАВОХОДУ

ПОШКОДЖЕННЯ І СТОРОННІ ТІЛА ГОРТАНІ. Відрізняють зовнішні і внутрішні пошкодження гортані. Внутрішні зв'язані з опіком від вдихання та проковтування їдких речовин і заглиблення сторонніх тіл. Зовнішні поділяються на різані, колоті, забиті і вогнепальні. Останні рідко бувають ізольованими, частіше вони зустрічаються одночасно з пошкодженням сусідніх органів. Це зумовлює наступні загрозливі для життя ускладнення (вторинна кровотеча, аспіраційні пневмонії, флегмони шиї, перихондрити гортані і т. д.). Пошкодження гортані можуть супроводитися утворенням гематоми в ділянці голосових зв'язок і черпакуватих хрящів, що при наростаючих явищах звуження гортані може зробити необхідною трахеотомію.

Симптоми. При попаданні стороннього тіла в гортань та бронхи (штучні зуби, шпильки, кнопки, зерна соняшникового насін-

ня, квасоля і т. д.) з'являється судорожний кашель з приступами ядухи. Після проходження стороннього тіла через голосову щілину воно звичайно застрявае в бронхах, у правому частіше, ніж у лівому. Деякі сторонні тіла залишаються в трахеї і рухаються під час кашлю. Для таких балотуючих (рухомих) сторонніх тіл характерним є хляпаючий шум, при цьому на перший план виступають явища розладу дихання. Сторонні тіла, вклинившись у голосову щілину, викликають порушення голосу, охриплість.

Розпізнавання і лікування. Для точного визначення наявності стороннього тіла і його видалення негайно направити хворого в спеціальний стаціонар. При життевих показаннях необхідно зробити трахеотомію в лікарні. При пошкодженнях і пораненнях гортані, після подання першої необхідної допомоги, хворого потрібно направити до спеціаліста.

ГОСТРІ ЗАПАЛЕННЯ ГОРТАНІ (LARYNGITIS ACUTA). Етіологія — простуда, зловживання тютюном та алкоголем, вдихання їдкої пари, перенапруження голосу під час тривалої і голосної промови і т. д.

Симптоми. При огляді гортані видно розлиту червоність слизової оболонки та голосових зв'язок. З'являються грудочки слизу, настае охриплість голосу, почуття садніння в горлі, нездужання, зрідка підвищення температури.

Лікування. Зогрівальний компрес на шию, гірчичники. Треба на 3—5 днів, залежно від стану, звільнити хворого від роботи, зв'язаної з напруженням голосу. Рекомендуються лужні інгаляції, вливання в гортань розчину пеніциліну (200 000 одиниць на 20,0), 2% протарголу. При підвищенні температури і кашлі — кодеїн та відхаркувальна мікстура, при тривалих подразненнях гортані (алкоголь, куріння, спів, робота на пилових виробництвах) захворювання може набрати хронічного характеру. Такого хворого слід направити до спеціаліста.

ПЕРИХОНДРИТ ГОРТАНІ. Запалення охрястя найчастіше розвивається вторинно після гострого або хронічного інфекційного захворювання, при виразкових процесах, пораненнях.

Симптоми. Біль при ковтанні, утруднення дихання і хрипота. Гіперемія і набряк слизової оболонки звужують голосову щілину.

Лікування. Зогрівальні компреси, тепло у вигляді грілок, парові інгаляції. Сульфамідні препарати та пеніцилін (внутрішньом'язово) купірують процес. При наявності стенотичного дихання своєчасно направити хворого в стаціонар, бо набряк гортані може настати блискавично швидко.

ТУБЕРКУЛЬОЗ ГОРТАНІ (TUBERCULOSIS LARYNGIS). Захворювання завжди вторинне, ускладнення легеневого процесу. В початковій стадії уражається одна голосова зв'язка або міжчерпакуватий простір. Зв'язка гіперемійована і стовщена. Потім з'являється інфільтрат, який незабаром вкривається виразками. У тяжких випадках процес переходить на хрящ та охрястя, викликаючи явища перихондриту й набряку гортані.

Симптоми. Охриплість голосу, кашель; при поширенні процесу на надгортанник і черпакуваті хрящі виникає біль при ковтанні з дисфагією.

Лікування — симптоматичне і переважно консервативне. Вливання 1% ментолового масла в гортань, припікання 50% молочною кислотою та гальванокаутером. У деяких випадках показана

рентгенотерапія. Головним фактором є загальне лікування легень. Добре впливає стрептоміцин, ПАСК та фтивазид, для чого треба направити хворого в спеціальний заклад.

СКЛЕРОМА ГОРТАНІ. Розвивається одночасно з склеромою носа, глотки і виявляється у вигляді підзв'язкових інфільтратів блідочервоного кольору, які поступово звужують голосову щілину. Склеромний інфільтрат не схильний до розпаду і часто переходить у рубцеву тканину.

Симптоми. Утруднення дихання, охриплість голосу, сухість і «дере» в горлі. Хвороба затяжна.

Лікування — симптоматичне: лужні інгаляції, вливання 1% ментолового масла, люголівського розчину, бужування гортані і рентгенотерапія. При різких звуженнях необхідна трахеотомія або ларингготомія, тобто розщеплення гортані, з наступним вискрібанням інфільтратів. При перших ознаках склероми треба направити хворого до спеціаліста. При стенозі — трахеотомія.

ОПУХИ ГОРТАНІ. До доброякісних опухів гортані належать поліпи, фіброми, папіломи, ангіоми. Поліпи звичайно невеликого розміру — від просяної зернини до горошини. Йдуть вони з голосових зв'язок та інших ділянок слизової оболонки гортані. Фіброми часто локалізуються на передній і середній третині справжніх голосових зв'язок. Сидять на більш вузькій ніжці. Папіломи горбасті і схожі на цвітну капусту. Вихідним місцем може бути вся голосова щілина і надгортанник. Ангіоми відрізняються синюваточервоним забарвленням, м'якою консистенцією, нерівною поверхнею.

Симптоми всіх доброякісних опухів полягають у розладі голосу і появі охриплості. При розростанні папілом у напрямі голосової щілини настає утруднення дихання, що вимагає трахеотомії.

Лікування — хірургічне.

ЗЛОЯКІСНІ ОПУХИ ГОРТАНІ. Рак гортані зустрічається звичайно в літньому віці. Значно рідше і у молодих людей.

Симптоми. Ранніми ознаками ракового ураження гортані є обмеження рухомості справжніх голосових зв'язок і постійна хрипота, не зв'язана з простудою. Розвиток повільний. Спочатку з'являється однобічна гіперемія, інфільтрат переходить на навкружні тканини. У дуже розвинених випадках виявляється опух з ділянками ульцерації. На цей час хрипота посилюється, виникає біль при ковтанні, кашель, гнильний запах з рота, збільшення регіонарних лімфатичних залоз.

Лікування. Ранне розпізнавання забезпечує проведення щадної операції. У запущених випадках доводиться видаляти опух разом з гортанню або обмежитися тільки променистою терапією. Тому при перших ознаках стійкої хрипоти у літньої людини слід думати про рак і негайно направити хворого до лікаря-спеціаліста.

СТОРОННІ ТІЛА СТРАВОХОДУ. Сторонні тіла (гудзики, монети, зубні протези, риб'ячі і м'ясні кістки, куски м'яса і т. д.) звичайно застрявають в одному з трьох фізіологічних звужень стравоходу. Перше звуження знаходиться на рівні персневидного хряща гортані, друге — відповідає IV, а третє — X грудним хребцям.

Симптоми. Утруднення ковтання, болі в ділянці грудей, що віддають у лопатку або хребет. При поширенні процесу на колостравохідну клітковину настають симптоми періезофагіту. Температура підвищується, біль посилюється, з'являється припухлість у ділянці шиї, ковтання стає утрудненим. Загальний стан погіршується.

Лікування. Негайно направити хворого у спеціалізований відділ навіть при найменшому підозрінні на застрявання стороннього тіла. Зондування або інші спроби видалити стороннє тіло проводити в невідповідних умовах і не спеціалістом — заборонено (небезпечно!).

ОПІКИ І СТЕНОЗИ СТРАВОХОДУ. Опіки стравоходу виникають від випадкового або навмисного проковтування кислот та їдких лугів.

Симптоми. Болі при ковтанні, слинотеча, підвищення температури, явища загального отруєння.

Лікування. Подання першої допомоги — залежно від характеру отруєння. Основне завдання — профілактика стійких рубцевих стенозів стравоходу. Для цього застосовується ранне (з 8-го—10-го дня) бужування стравоходу. Поступово збільшуючи діаметр бужа, можна добитися нормальної прохідності їжі. В противному разі доводиться застосовувати гастротомію. Не слід забувати, що стеноз настає не відразу, а через 1—2 місяці, при доброму самопочутті хворого. Все ж наполегливо треба проводити бужування (2—3 місяці), щоб уникнути стійкого звуження стравоходу, що утворюється пізніше. Для бужування (не пізніше 10-го дня) потрібно направляти хворого до спеціаліста.

Дезинфекція є одним з найважливіших протиепідемічних заходів і має своїм призначенням знищення заразного фактора у вогнищі інфекції. Тому якість дезинфекції, яка проводиться у вогнищі, має велике значення в справі ліквідації інфекційного вогнища і запобігання появі нових вогнищ зарази.

Дезинфекція поділяється на такі галузі.

1. Власне дезинфекція — умертвіння мікробів-збудників інфекційних захворювань.

2. Дезинсекція — знищення шкідливих для людини комах.

3. Дератизація — боротьба з гризунами.

Відрізняють такі види дезинфекції:

1. Кінцеву дезинфекцію, яка проводиться після ізоляції (госпіталізації) інфекційного хворого, його видужання або смерті.

2. Поточну дезинфекцію, яка проводиться біля постелі хворого в міру виділення останнім інфекційного матеріалу у зовнішнє середовище.

3. Профілактичну (попередню) дезинфекцію, яка проводиться незалежно від наявності інфекційних захворювань, щоб запобігти можливості виникнення останніх.

МЕТОДИ ДЕЗИНФЕКЦІЇ

ФІЗИЧНІ МЕТОДИ

МЕХАНІЧНЕ ПРИБИРАННЯ ПРИМІЩЕННЯ (підмітання, витирання пилу), особливо те, що проводиться вологим способом після проведеної дезинфекції хімічними засобами, сприяє видаленню з приміщень скупченого бруду, а разом з ним і мікробів.

ВОГОНЬ застосовують для спалювання малоцінних, заражених предметів (сміття, малоцінні іграшки, папірці), а також речей, які не можна обеззаразити звичайним способом.

Вогонь можна застосовувати для знищення комах у металевих предметах (ліжках) та в інших предметах, які не бояться діяння вогню, з допомогою паяльної лампи.

ГАРЯЧЕ ПОВІТРЯ. Гаряче повітря застосовують для дезинсекції носильних речей (знищення вошей) в гарячоповітряних камерах. У гарячоповітряних камерах можна піддавати дезинсекції одяг, натільну, постільну білизну, постільні речі, хутряні і шкіряні речі. Допускається також дезинсекція меблів, але не клеєних. У цих камерах дезинсекції не підлягають: а) білизна, забруднена виділеннями хворих, бо від діяння високої температури в місцях забруднення утворюються плями, які не відмиваються; б) речі з грубої або з погано обробленої шкіри, клеєні, гумові предмети, бо вони псуються від діяння високої температури; в) речі, забруднені або просочені бензином, гасом, маслами та іншими горючими речовинами (з протипожежних міркувань). Дезинсекція у гарячоповітряних камерах відбувається при показаннях термометра у камері від 90 до 100—105°.

Норма завантаження в камеру не повинна перевищувати 6 стандартних комплектів зимового одягу (шинеля, шапка, піджак або гімнастьорка, шаровари, нижня сорочка, кальсони й онучі) на 1 м² корисної площі камери. Вага зазначеного комплекту дорівнює 6 кг.

Правила дезинсекції в гарячоповітряних камерах — дезинсекторах найпростішого типу. Дезинсекція у гарячоповітряних камерах найпростішого типу проводиться відповідно до викладених нижче правил:

1. Речі, що підлягають дезинсекції, перед завантаженням у камеру, треба добре оглянути; всі предмети, що легко займаються (сірники, гребінці, речі з целулоїду та ін.), треба вилучити.

2. Речі розвішують вільно, щоб забезпечити доступ до них гарячого повітря. Кожухи (та інший хутряний одяг) треба вивернути хутром назовні.

3. Завантажену камеру закривають, після чого починають топити піч.

4. Якщо в камері завантажено хутряні і шкіряні речі, то їх треба попереду добре просушити, підвищуючи температуру в камері — до 40—50° при діючій припливно-витяжній вентиляції.

5. Після закінчення підсушування посилюють вогонь і підвищують температуру до 90—105°.

6. Момент підвищення температури в 90° вважається початком дезинсекції. Наприкінці дезинсекції температуру в камері підвищують до 100°.

7. Експозиція триває 25—30 хвилин, протягом яких регулювання температури досягається засувками припливно-витяжної вентиляції та інтенсивністю горіння палива в топці. Весь процес дезинсекції бажано проводити при діючій припливно-витяжній вентиляції, тобто при рухомому гарячому повітрі: це забезпечує глибше проникнення гарячого повітря в товщу речей.

8. Підвищення температури понад 105° не бажане, а понад 110° недопустиме. Тому в разі підвищення температури посилюють діяння припливно-витяжної вентиляції і зменшують горіння в топці. Якщо, незважаючи на вжиті заходи, температура продовжує підвищуватися, треба негайно або пригасити топку, залившн її водою, або вигребти горяще паливо, або відкрити на час двері камери.

КИП'ЯЧА ВОДА. Кип'яча вода температури 100° застосовується для обеззаражування білизни, посуду, хірургічних інструментів.

Кип'ятити білизну без попереднього замочування в лужному розчині не дозволяється, щоб не псувати її внаслідок осідання білків, які є на забрудненій білизні.

Кип'яча вода не застосовується для обеззаражування багатьох тканин, як-от сукно, шерсть та ін., а також щільних носильних речей, постільних речей, які під впливом кип'ячої води псуються. Тому для проведення дезинфекції при більшості інфекційних захворювань застосовують водяну пару.

ВОДЯНА ПАРА широко застосовується в дезинфекційній практиці, бо є найбільш сильнодіючим з усіх фізичних засобів дезинфекції.

У дезинфекційній практиці застосовується в основному насичена водяна пара, яка має 100% відносної вологості, отже, є надійною бактерицидною силою.

При паровій дезинфекції застосовують:

а) насичену пару при температурі 100° і нормальному тиску,

б) насичену пару при температурі 110° і при тиску в 0,5 атмосфери понад нормальний,

в) насичену пару при температурі 120° і при тиску в 1 атмосферу понад нормальний.

Дезинфекція речей в усіх випадках проводиться текучою парою.

Насичена водяна пара для дезинфекції застосовується в спеціальних апаратах — парових камерах.

Температура і тиск насиченої пари перебувають у цілком певному співвідношенні. З підвищенням тиску пари відповідно підвищується і її температура.

У парових камерах не можна обеззаражувати такі предмети:

а) зроблені з хутра або шкіри, або такі, що мають деталі з них, бо від діяння пари вони псуються і стають непридатними для дальшого користування; б) шерстяні і бавовняні тканини, пофарбовані нестійкими фарбами, бо вони можуть полиняти або обезбарвитися; в) брудна білизна, бо наявні на білизні виділення, які містять білкові речовини, заварюються і не відмиваються.

Норма завантаження речей у парові камери — 7 зимових комплектів одягу, або 40 кг на 1 м³ корисної місткості камери. Такі речі, як матраци, подушки, ковдри, можна акуратно вкладати в камеру на грати.

Парові дезинфекційні камери бувають рухомі і стаціонарні. Вони складаються з двох основних частин: власне камери і пароутворювача.

Загальні правила роботи на парових камерах. Починають роботу з розтоплювання котла; підвищують тиск пари в ньому; за цей час сортують і добирають речі, які підлягають обеззаражуванню в камері.

Завантаживши камеру, зачиняють двері і загвинчують їх притискачами, створюючи цілковиту герметичність у камері, після чого починають попереднє прогрівання камери. Коли речі прогріються і термометр у камері покаже температуру 40—45°, відкривають вентиль на вихідній трубі, пускають пару безпосередньо в камеру і стежать за показанням термометра на камері. При досягненні температури в камері 100°, вентиль на виході з камери частково прикривають, а пару в камеру продовжують впускати, в результаті чого в камері при текучій парі створюється підвищений тиск, і температура підвищується понад 100°. Досягнувши бажаної температури й тиску, зменшують подачу пари в камеру і протягом всього часу експозиції (час самого процесу обеззаражування) підтримують температуру й тиск на заданому рівні, регулюючи це вентилями для впускання і

випускання пари. Після закінчення обеззаражування припиняють доступ пари в камеру, випускають наявну в камері пару, пускають в хід вентиляцію для підсушування речей і потім вивантажують їх.

Завдання обеззаражування	Температура	Тиск	Експозиція	Примітка
Дезинсекція . .	100°	0 атм.	25—30 хв.	Менші строки обеззаражування встановлюються при неповному (меншому від норми) завантаженні і якщо речі розвішані. Більші строки обеззаражування встановлюються при нормальному завантаженні і щільно вкладених речах.
„ „	110—111°	0,5 „	10—15 „	
„ „ . . .	118—120°	1,0 „	7—10 „	
Дезинфекція при вегетативних формах	100°	0 атм.	55—60 хв.	
„ „	110—111°	0,5 „	30—40 „	
„ „	118—120°	1,0 „	20—25 „	
Дезинфекція при спороносних формах	110—111°	0,5 атм.	70—105 хв.	
	118—120°	1,0 „	60—70 „	
Стерилізація . .	111—120°	1,0 „	95—105 „	

Дезинфекційні камери, в яких для обеззаражування застосовують суміш пари з формаліном, називаються пароформаліновими камерами, а метод—комбінованим.

При температурі в парових камерах до 55° обеззаражувані речі не псуються, але й не забезпечується дезинфекційний ефект. Якщо ж до діяння водяної пари при температурі 55° додати одночасно діяння формалінової пари, то така комбінація забезпечує надійне бактерицидне діяння.

ХІМІЧНІ МЕТОДИ ДЕЗИНФЕКЦІЇ

Дезинфекційні засоби

ХЛОРНЕ ВАПНО. Дезинфекційне діяння хлорного вапна залежить від вільного кисню і хлору, які утворюються у водному розчині хлорного вапна в результаті його розкладу. Розчини хлорного вапна застосовують: 20% — для обеззаражування вбиралень, вигрібних ям, сміттєвих ящиків, а також для обеззаражування приміщень і територій при виявленні захворювань на сибірку; прояснені розчини 1% — для обеззаражування приміщень при захворюваннях кишкової і крапельної груп; 0,5% прояснені розчини хлорного вапна — для обеззаражування посуду. Розчини хлорного вапна швидко розкладаються під впливом світла й повітря і втрачають свій активний хлор, через те ці розчини придатні для дезинфекції не більше 2 днів після їх виготовлення. Прояснені розчини хлорного вапна треба зберігати в закритій посудині і темному місці.

НЕГАШЕНЕ ВАПНО. Для дезинфекції застосовується 20% розчин негашеного вапна. Розчини негашеного вапна не мають стійкості,

а тому готувати ці розчини треба безпосередньо перед застосуванням. Розчини негашеного вапна застосовують для грубої дезинфекції (дезинфекція вбиралень, помийних ям, сміттєвих ящиків та ін.).

ХЛОРАМІН. Розчини хлораміну стійкіші, ніж розчини хлорного вапна.

Для обеззаражування приміщень та предметів обстановки застосовуються водні розчини від 1,0 до 10,0% концентрації.

Для обеззаражування м'яких речей і носильного одягу, які чистять щітками, користуються 1% розчином.

Посуд для їди й пиття заливають розчином 1% хлораміну строком на 30 хвилин, при туберкульозі — 2—3% розчином строком на 3 години. Харкотиння туберкульозних хворих — 5% розчином у відношенні 1 частина харкотиння на 2 частини хлораміну протягом 4 годин.

ФЕНОЛ застосовується у вигляді водних і мильних розчинів. Водні розчини фенолу застосовуються в концентрації від 3 до 5%. Мильно-карболовий розчин готується слабким (3% розчин фенолу в 2% розчині милонафту або зеленого мила) або міцним (5% розчин фенолу в 3% мильному розчині).

Застосування мильних розчинів фенолу особливо показане у випадках обеззаражування забруднених об'єктів, бо наявність у такому розчині мила посилює миючу здатність розчину і, отже, створює найкращі умови для стикання фенолу з мікробними тілами.

НЕОЧИЩЕНА КАРБОЛКА (КРЕЗОЛ) — нерозчинна у воді. Застосовується для грубої дезинфекції при обробці вигрібних ям та сміттєвих ящиків з розрахунку 1 л чорної карболки на 1 м² поверхні оброблюваного об'єкта. Внаслідок нерозчинності у воді бактерицидних властивостей не має. Виявляє відстрашувальне діяння на мух.

КРЕОЛІН застосовується у вигляді 5% розчинів для дезинфекції приміщень, вигрібних ям та сміттєвих ящиків. Готується на теплій воді, або воді кімнатної температури.

ЛІЗОЛ застосовується у вигляді 3% розчину для дезинфекції білизни, 3—5% розчину для обеззаражування приміщень з метою дезинфекції і 10% розчину — для дезинсекції.

ФОРМАЛІН являє собою водний 40% розчин формальдегіду, має бактерицидні властивості тільки будучи розчиненим у водній парі, тому застосовується для дезинфекції у вигляді пароформалінової суміші.

2% розчин формаліну застосовується для боротьби з мухами в приміщеннях.

Дезинсекційні засоби

СОЛЬВЕНТ застосовується звичайно у вигляді мильно-сольвентової пасти, з якої готуються 10% емульсії для замочування білизни, 20% емульсії — для обробки приміщень та предметів обстановки і 50% емульсії — для обробки волосистих частин тіла.

МИЛО «К» — це напівтверде мило сіруватокоричневого кольору. Застосовується у вигляді 2% емульсії (200 г на відро холодної води) для імпрегнації білизни і натільних речей. Білизна і носильні речі, імпрегновані милом «К», зберігають свої інсектицидні властивості протягом 12—15 днів влітку і 20 днів — взимку. Прогладжування гарячим утюгом і висушування білизни на сонячному світлі та

в сушарках при високій температурі не дозволяється, щоб уникнути розкладу діючого фактора мила «К».

ПІРЕТРУМ — порошок темнозеленого кольору, готується з висушених квіток далматської ромашки.

Застосовується для знищення блощиць, тарганів та бліх через розпилення порошку піретруму на місця і предмети обстановки, уражені цими комахами. Застосовується також для знищення мух через розпилення по приміщенню з допомогою спеціального розпилювача з розрахунку 2—8 г на 1 м³ приміщення.

ФЛІЦИД застосовується для боротьби з блощицями через розпилення апаратом Флітта на поверхні оброблюваних об'єктів, а також для боротьби з мухами через розпилення в повітрі приміщення з розрахунку 3—10 мл на 1 м³ приміщення.

ДДТ — скорочена назва інсектицидного препарата — дихлордифенілтрихлоретан. Радянський препарат — пентохлорин має здатність викликати спочатку параліч у комах, а через кілька годин їх загибель.

Тканини, просочені порошком або розчином ДДТ, мають здатність захищати від появи вошей протягом тривалого часу — до 3 місяців не розкладаються під впливом підвищеної температури і вологості. Застосовується ДДТ у вигляді дустів, що складаються з 10% ДДТ і 90% тальку або іншого наповнювача, у вигляді 5% гасових або бензинових розчинів, а також у вигляді пасти й мила.

ДУСТ ДДТ застосовується через розпилення спеціальним розпилювачем або марльовим мішечком з внутрішньої поверхні білизни та одягу людей для боротьби з вошивістю і запобігання появі вошей.

5% гасовий та бензиновий розчин застосовують для боротьби з блощицями, блохами через розпилення розчину апаратом Флітта на поверхні заражених предметів або змочування їх ватними чи з ганчір'ям тампонами й щітками.

ПАСТА ДДТ застосовується у вигляді 10% розчину для розпилення в приміщеннях на поверхні стін, підвіконників, віконних рам для боротьби з мухами.

МИЛО ДДТ застосовується для миття білизни з метою знищення вошей і для захисту її від зараження вошами.

ГЕКСАХЛОРАН — інсектицидний препарат, який має здатність викликати параліч та загибель комах. Викликає параліч та загибель комах у 10 разів швидше, ніж ДДТ. Як і ДДТ, має властивість залишкового діяння протягом значного часу.

Застосовується у вигляді таких препаратів:

ДУСТ ГЕКСАХЛОРАНУ — 6—12% з наповнювачем пірофілітом або тальком.

Дуст гексахлорану застосовується для знищення мух та комарів, для чого роблять водну суспензію дусту.

Водна суспензія готується так: у відро насипають 1 кг дусту, а потім добавляють окремими порціями воду.

Суспензія розпилюється з допомогою гідропульта або малярської щітки з розрахунку 2 г чистого гексахлорану на 1 м² поверхні.

При роботі з суспензією дусту гексахлорану треба весь час розмішувати суміш.

Для боротьби з мухами суспензію дусту гексахлорану розпилюють на стіни та кришки сміттєвих ящиків, на стіни вбиралень з внутрішнього та зовнішнього боків.

МИЛО ГЕКСАХЛОРАНОВЕ має від 3 до 5% чистого гексахлорану. Застосовується як звичайне господарське мило для прання білизни та миття людей.

Білизна, що була випрана гексахлорановим милом, знищує вошей протягом не менш як 15 днів.

Мило можна застосовувати для прання як у холодній, так і в гарячій воді. Кип'ятіння білизни знижує тривалість інсектицидного діяння гексахлоранового мила; тому в тих випадках, коли проводилось кип'ятіння білизни, треба додатково намилювати білизну цим милом, після чого виполоскати її в холодній або теплій воді.

ГАЗОВА ДЕЗИНСЕКЦІЯ ПРИМІЩЕНЬ СУЛЬФІТ-АНГІДРИДОМ. Обкурювання сульфіт-ангідридом приміщень, залізничних вагонів, морських і річкових суден провадиться з метою дезинсекції і дератизації. Для добування газу спалюють сірку, застосовуючи різні прилади: апарат Заусайлова і Тиличенка, апарат Гузикова та ін.

Якщо немає спеціальних апаратів для спалювання сірки, можна використати чавунні сковороди, казани, та залізні листи.

Апарати для спалювання сірки обов'язково встановлюються всередині приміщення, і тому треба вжити протипожежних заходів. На 1 м³ приміщення беруть 60—100 г сірки.

Фумігація приміщень сульфіт-ангідридом триває 24 години, після чого відчиняють вікна і двері і провітрюють приміщення до зникнення запаху сірки.

МЕТОДИКА І ТЕХНІКА ОБЕЗЗАРАЖУВАННЯ ПРИ ОКРЕМИХ ІНФЕКЦІЯХ

ДЕЗИНСЕКЦІЯ ПРИ ПАРАЗИТАРНИХ ТИФАХ

Після госпіталізації хворого на висипний тиф або підозрілого на висипний тиф провадять кінцеву дезинфекцію, мета якої цілком знищити воші та їх гниди.

Вона складається з трьох операцій, виконуваних одночасно: санітарної обробки осіб, що оточують хворого, обробки речей хворого та всіх оточуючих і обробки приміщення, яке займає хворий.

Негайно після госпіталізації хворого або підозрілого на висипний тиф всі м'які речі як хворого, так і всіх осіб, що мали стосунки з ним, збирають у мішки або в простині, змочені перед цим 20% емульсією мильно-сольвентової пасти або 10% розчином нафталізолу. Зазначені речі зараз же відправляють для дезинсекції в гарячоповітряних або в парових дезинфекційних камерах.

Після забору речей проводиться дезинсекція приміщення, для чого застосовують 20% емульсію мильно-сольвентової пасти або розчину № 37, або 2% емульсію мила «К», 5% емульсію пасти ДДТ.

Одночасно з дезинсекцією приміщення та речей хворого, всі особи, що мали стосунки з ним, повинні пройти санітарну обробку, причому обов'язково проводиться як миття тіла людей, так і дезинсекція всіх без винятку носильних речей їх.

В сільському населеному пункті, в якому трапився хоча б по-

одинокий випадок висипного тифу, треба провести протягом 3—5 днів санітарну обробку всього населення. Для цього застосовується гексахлоранове мило, яке роздається населенню з розрахунку 100 г на одну людину (включаючи й дітей). Медичні працівники повинні простежити за тим, щоб жителі помили всю білизну, рядна та ін. з допомогою цього мила, а також самі помилися ним.

Миття людей найкраще проводиться в бані. В тих населених пунктах, де бані немає, можна санітарну обробку населення проводити в хатніх умовах.

Якщо немає гексахлоранового мила, можна застосовувати для знищення вошивості серед населення дуст ДДТ або дуст гексахлорану, як це зазначено вище.

При кожній сільській лікарській дільниці повинна бути гарячоповітряна камера, в якій проводиться обеззаражування речей хворого. Якщо немає дезинфекційних камер, можна застосувати для дезинсекції речей звичайну варисту піч, яку топлять як для випікання хліба, жар вигрібають і на під печі розкладають грати або дрова і на них розкладають речі, що підлягають обеззаражуванню. Після цього піч закривають заслінкою. Тривалість дезинсекції — одна година.

Натоплену піч можна використати для 4—6 завантажень.

Хутряні та шкіряні речі можна завантажувати в піч тільки після попереднього просушування і лише у 4-е завантаження.

ДЕЗИНФЕКЦІЯ ПРИ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ

Виконуючи дезинфекцію при кишкових інфекціях, головну увагу звертають на обеззаражування виділень, посуду, брудної білизни хворого та на знищення мух.

Брудну білизну хворого та осіб, що оточують його, яка зберігається вкупі, а також брудні занавіски, скатерті з столів та інші речі, які перуться, обеззаражують кип'ятінням на місці або, якщо це неможливо, замочують на місці у 1% розчині хлораміну або 3% розчині лізолу на 1—2 години, потім перуть, як звичайно.

Приміщення хворого добре зрошується 3% розчином лізолу або 1—2% розчином хлораміну, або таким же проясненим розчином хлорного вапна.

Випорожнення хворого заливають 20% розчином хлорного вапна в кількості вдвоє більшій об'ємом, перемішують і через 2 години виливають у вбиральню.

Рештки їжі заливають дезинфекційним розчином. Посуд хворого (а також осіб, що оточують його) для їжі й пиття кип'ятять.

Надвірні санітарні установки зрошують 10—20% розчином хлорного вапна або 10% мильно-крезоловою емульсією.

Замість розчину хлорного вапна, для обеззараження рідких або напіврідких нечистот можна застосовувати сухе хлорне вапно, яке посипають з розрахунку 1—1,5 кг на 1 м² вигрібної ями або на одне очко вбиралень.

При обеззаражуванні вогнищ кишкових інфекцій треба обов'язково знищити мух, для чого у квартирі хворого при зачинених вікнах і дверях розпилюють дуст ДДТ з розрахунку 20 г (10% дусту) на 1 м² поверхні.

ОБЕЗЗАРАЖУВАННЯ ПРИ КРАПЕЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ

Підлогу кімнати, де був хворий, зрошують дезинфекційним розчином, після цього знімають постільну білизну з усіх ліжок, занавіски та інші речі, які миються, а також халат, косинку й одяг осіб, що доглядають його, і замочують їх у 3% розчині лізолу або 1% розчині хлораміну на 2 години. Потім відбирають речі, що підлягають камерній дезинфекції: постільні речі, рушники хворого та інші предмети дезинфікують у парових або пароформалінових камерах.

Постільні речі оточуючих, якщо ними хворий не користувався, старанно зрошують з усіх боків, чистять жорсткою щіткою, змоченою дезинфекційним розчином.

Закінчивши обеззаражування кімнати хворого, починають обеззаражувати сусідні кімнати, якщо хворий був там під час хвороби.

Приміщення дезинфікують 3% розчином лізолу або 1% розчином хлораміну, або таким же проясненим розчином хлорного вапна.

Особливу увагу треба звернути на обеззараження посуду для їжі та пиття хворого, який кип'ятиться протягом 10—15 хвилин. Посуд можна також замочувати в 0,5% розчині хлораміну або проясненого розчину хлорного вапна на півгодини, після чого посуд миється гарячою або текучою холодною водою.

ОБЕЗЗАРАЖУВАННЯ ПРИ ІНШИХ ІНФЕКЦІЯХ

СИБІРКА. Провадиться дезинфекція приміщення, де був хворий, з допомогою 10% розчину хлораміну. Прибирати приміщення можна лише через 5 годин після проведення дезинфекції.

Речі хворого треба обеззаражувати в парових дезинфекційних камерах (див. правила роботи на парових дезинфекційних камерах).

Місце стоянки худоби, зараженої сибіркою, обеззаражується 20% хлорно-вапняним молоком.

БРУЦЕЛЬОЗ. Провадиться пастеризація або кип'ятіння молока хворих тварин, дезинфекція посуду кип'ятінням або 1% розчином хлораміну, обеззаражування сухого гною 20% хлорно-вапняним молоком, рідкого гною — сухим хлорним вапном.

Вовна і щетина від хворих тварин має бути піддана обеззаражуванню в парових дезинфекційних камерах при температурі 110° протягом 30 хвилин.

ДЕРАТИЗАЦІЯ

Гризуни (щури й миші) можуть передавати людині ряд інфекційних захворювань, як-от інфекційну жовтяницю, туляремію, сказ, паратифи та багато інших. Крім того, щури й миші завдають великої шкоди в економічному відношенні, поїдаючи величезну кількість харчових продуктів.

Відрізняють сірого щура (пацюка) і чорного щура.

Для боротьби з щурами треба проводити профілактичні і знищувальні засоби.

Профілактичні заходи. Треба зробити неможливим проникнення щурів та мишей у приміщення.

Харчові продукти необхідно зберігати в посуді з щільного матеріалу або в спеціальних ящиках, оббитих по краях залізом.

Якщо виявлено в квартирах нори, через які проникають гризуни, треба зразу ж ці нори забити матеріалом, що його не можуть прогризти гризуни, а саме: кусками заліза, жерсті. Дуже зручно забити такі отвори битим склом і замазати алебастром або глиною.

Знищувальні заходи. Якщо з'являються щури й миші в приміщенні, їх знищують так: розставляють пастки й верші різних систем. При користуванні знаряддями вилову гризунів треба пам'ятати, що ці предмети не можна брати голими руками.

Щури, відчуваючи запах людського тіла, неохоче йдуть до цих знарядь лову.

Біологічний спосіб полягає в застосуванні свійських тварин для ловлі щурів — котів, собак.

З хімічних засобів для знищення гризунів найбільше вживані: барій-карбонат, натрій-флуорид, білий фосфор та сполуки арсену.

Для виготовлення отруєних принад використовують продукти різного походження, як тваринного, так і рослинного. Найкращі продукти для принад — чорний хліб, м'ясо, риба.

Норма витрати принад 1—2 г на 1 м² обробленої площі.

Для виготовлення принад з вищезазначених хімічних засобів є цілий ряд рецептів. Принади готуються у вигляді тіста, печив, галет, пілюль та ін.

500 г борошна і 100 г барій-карбонату замішують у теплій воді до утворення крутого тіста. З цього тіста готують кульки.

Картопляного пюре — 830 г, олії — 100 г, білого арсену або кальцій-арсеніту — 70 г змішують і розкладають у нірки з розрахунку 2—3 г для миші, 10—15 г — для щура.

Найкращим хімічним засобом для знищення гризунів є препарат «Крисид» (нафтил-тіосечовина).

Принада з домішкою «Крисиду» готується так: крихот хліба або каші — 1 кг, препарата «Крисиду» — 10 г, олії — 10—15 г. Замішують і розкладають у нірках кусками в 10—15 г.

ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ЗАХОДИ

ЗАГАЛЬНІ ЗАУВАЖЕННЯ

Сучасні наші знання про інфекційні хвороби та досвід, нагромаджений радянською охороною здоров'я в боротьбі з ними, дають змогу успішно ліквідувати одні інфекційні захворювання і різко знизити інші.

Для успішного розв'язання цього завдання необхідно, щоб протиепідемічні заходи здійснювались всіма медично-санітарними працівниками.

У боротьбі з інфекційними захворюваннями, крім широкого залучення медичних працівників, знань санітарно-протиепідемічних заходів, доброякісного і своєчасного проведення їх, — необхідно також використовувати санітарну техніку, бактеріологічні препарати і дезинфекційні засоби.

І, нарешті, неможливо успішно провадити боротьбу з інфекційними захворюваннями без широкого залучення громадського санітарного активу, без санітарної освіти і щоденної допомоги в цій роботі місцевих партійних, радянських і господарських організацій.

У грізні дні великих випробувань для нашої Батьківщини — в роки Великої Вітчизняної війни — органи охорони здоров'я і медично-санітарні працівники забезпечили епідемічне благополуччя нашої Батьківщини, а в післявоєнні роки медичні працівники України успішно ліквідували санітарні наслідки війни і тимчасової німецької окупації.

Такі захворювання, як чума, холера, натуральна віспа, поворотний тиф, які в старій царській Росії забирали щороку в могилу десятки тисяч людей, в СРСР уже давно перестали реєструватись.

Захворюваність на малярію на Україні в 1951 році, в порівнянні з захворюваністю довоєнного 1940 року, знижена в 25 разів, а захворювання на висипний тиф реєструються тільки в поодиноких випадках і тільки в деяких населених пунктах. Тому тепер успішно розв'язується завдання остаточної ліквідації висипного тифу і малярії в УРСР.

Однак, при наявності загальновизнаних і великих досягнень, ще не скрізь і не завжди використовуються всі досягнення науки і всі можливості для профілактики і боротьби з інфекційними захворюваннями.

Відповідно до Положення про сільський фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт, затвердженого Народним комісаріатом охорони здоров'я СРСР 29 червня 1930 р., фельдшери повинні проводити такі протиепідемічні заходи:

1. Виявляти, брати на облік і реєструвати всіх інфекційних хворих, гарячкових і хворих з нез'ясованим діагнозом.

2. Негайно повідомляти про кожне виявлене інфекційне захворювання, джерело інфекції та вжиті заходи в санітарно-епідеміологічну станцію, надсилаючи картку екстреного повідомлення, одночасно повідомляючи про це сільську лікарську дільницю.

3. Проводити ранню госпіталізацію до дільничної або районної лікарні виявлених інфекційних хворих, епідеміологічне обслідування з метою встановлення джерела захворювання, дезинфекційно-санітарну обробку епідемічного вогнища і забезпечити щоденний нагляд за епідемічним вогнищем на строк, встановлений інструкцією «Строки ізоляції заразних хворих і контактних з ними», затвердженою Народним комісаріатом охорони здоров'я СРСР 1 серпня 1940 р.

4. Проводити за планом, затвердженим завідуючим сільською лікарською дільницею, і під його контролем, профілактичні щеплення проти віспи, черевного тифу, дифтерії, дизентерії тощо.

5. Проводити протималярійні заходи: виявлення всіх малярійних хворих і 100% охоплення їх доброякісним лікуванням, а також проводити заходи боротьби з малярійними комарами.

6. Організовувати громадських санітарних уповноважених, які обираються з найбільш активних колгоспників і працюють під керівництвом фельдшера по проведенню санітарно-протиепідемічних заходів і виявленню хворих.

7. Проводити санітарно-освітню роботу по впровадженню санітарних навиків населенню.

РЕЄСТРАЦІЯ І ОПОВІЩЕННЯ

Всі інфекційні хворі і підозрілі щодо інфекційних захворювань реєструються за встановленою формою в журналі реєстрації гострозаразних захворювань і не пізніше 24 годин з моменту виявлення. Особа, яка виявила хворого, заповнює картку екстреного повідомлення і надсилає її в санітарно-епідеміологічну станцію.

Обов'язковій реєстрації і облікові на всій території Союзу РСР підлягають такі інфекційні захворювання: черевний тиф, паратифи, дизентерія, токсична диспепсія, висипний тиф, поворотний тиф. кір, скарлатина, дифтерія, коклюш, сибірка, сап, цереброспінальний менінгіт, поліомієліт, епідемічний енцефаліт, кліщовий (весняний) енцефаліт, туляремія, натуральна віспа, сказ, лептоспірози, малярія, бруцельоз, грип, заразні форми сифілісу і туберкульозу.

СКЛАДАННЯ ПЛАНУ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ

На кожному фельдшерському пункті має бути план протиепідемічних заходів.

Складаючи план, треба виходити з даних про захворюваність на інфекційні хвороби за попередні роки.

План протиепідемічних заходів треба складати по кожній інфекції, з урахуванням залучення до боротьби всього медичного персоналу, з залученням громадського санітарного активу. В плані необхідно передбачити: госпіталізацію, дезинфекцію, профілактичні щеплення, підготовку кадрів, забезпечення медикаментами, бактеріологічними препаратами і дезинфекційними засобами, а також треба брати до уваги санітарний стан населених пунктів, водопостачання, очищення населених пунктів від сміття і нечистот, санітарний стан харчових об'єктів і підприємств, забезпеченість населення банями і санітарну культуру населення.

ЗАХОДИ БОРОТЬБИ З ПАРАЗИТАРНИМИ ТИФАМИ

Основні заходи, що забезпечують успіх у боротьбі з паразитарними тифами, є такі:

1. Ранне виявлення хворих на паразитарні тифи шляхом проведення щоденних подвірних обходів, а також шляхом одержання щоденних відомостей про захворілих — в колгоспі від бригадирів, а в місті — від двірників і членів домових санітарних комісій — та наступним відвідуванням цих хворих фельдшером.

2. Рання госпіталізація всіх хворих на паразитарні тифи і всіх температурячих, підозрілих на висипний або поворотний тиф хворих, тобто госпіталізація хворого в першу добу з моменту виявлення хворого і не пізніше 3-го дня з моменту захворювання.

З метою забезпечити ранню госпіталізацію хворих на висипний тиф забороняється фельдшерові лікувати температурячого хворого дома більше 3 днів без виклику на консультацію до цього хворого дільничного лікаря.

Всякого хворого, який температурить 3 дні, треба розглядати як підозрілого на висипний тиф і такого хворого необхідно негайно госпіталізувати.

3. Рання, тобто в перші 12 годин після госпіталізації хворого, і доброякісна дезинфекційно-санітарна обробка спідемічного вогнища, з обов'язковим пропусканням через дезинфекційну камеру всіх речей, які можуть бути завошивлені, і пропусканням через санітарну обробку всіх людей, які живуть у квартирі або гуртожитку, де було захворювання на висипний або поворотний тиф, а також всіх, які були в контакті з захворілим.

При підвищеній завошивленості населення сільського населеного пункту, де був зареєстрований випадок висипного тифу дезинфекційно-санітарну обробку треба проводити всьому населенню, широко використовуючи для цього інсектицидне мило (5% гексахлоранове) або ДДТ, а також дуст гексахлорану; при високій завошивленості у школі треба обробляти всіх учнів і їх родини.

4. Старанне проведення епідеміологічного обслідування епідеміч-ного вогнища з метою встановити джерело захворювання і забезпечити доброякісне проведення всіх протиепідемічних заходів, причому епідеміологічне обслідування треба починати з детального опитування хворого і осіб, що оточують його, з метою встановити, де був хворий останні два тижні до захворювання і чи не приїжджав у цей час хто до нього. Вияснити контакти хворого до його захворювання з температурячими хворими, пам'ятаючи про те, що останнім часом

спостерігаються випадки висипного тифу з легким перебігом і що такі хворі іноді з іншим діагнозом залишаються негоспіталізованими. Тому при проведенні епідеміологічного обслідування треба старанно виявляти таких температурячих хворих.

5. Постановка реакції Вейль-Фелікса з проміжками в 5—7 днів. Наростання титру буде переконливим доказом того, що цей хворий перехворів дома на висипний тиф.

При підозрінні на поворотний тиф треба негайно взяти товсту краплю крові на предметне скло і направити в лабораторію для дослідження на спірохету Обермейера.

6. Проведення епідеміологічного спостереження за епідемічними вогнищами протягом 71 дня, рахуючи з дня захворювання останнього хворого, з них 25 днів з щоденним термометруванням всіх контактних з хворим, з наступним епідеміологічним наглядом за епідемічним вогнищем протягом 45 днів.

Строк 70 днів для епідеміологічного спостереження за вогнищем встановлено з таких міркувань: тривалість життя воші, приблизно, дорівнює 30 дням, максимальний інкубаційний період — 20 днів, і тривалість періоду, протягом якого хворий є заразним для контактного, — 20 днів.

7. Негайне проведення первинних протиепідемічних заходів біля ліжка хворого і підозрілого на висипний або поворотний тиф, так звана негайна сигналізація в санітарно-епідеміологічну станцію про виявленого хворого і вжиття відповідних заходів для своєчасної госпіталізації хворого і своєчасної дезинфекційно-санітарної обробки епідемічного вогнища.

8. Повний облік хворих і підозрілих на паразитарні тифи та сигналізація про кожний випадок захворювання в день виявлення хворого шляхом надсилання лікуючим лікарем картки екстреного повідомлення в санітарно-епідеміологічну станцію.

9. Проведення в хороший санітарний стан гуртожитків, дитячих будинків, шкіл, інтернатів та повне їх зневошивлення.

10. Безперебійна робота бань, дизенфекційних камер, пралень і санітарних пропускників.

11. Систематичний контроль за санітарним станом залізничного і водного транспорту, особливо приміських поїздів, а також при перевезенні організованих людських контингентів (вербованих робітників, переселенців і т. д.).

12. Проведення дезинфекційної і санітарної обробки одночасно і в день госпіталізації хворого.

13. Недопущення педикульозу в школах, щоденні огляди учителями школярів для виявлення педикульозних з наступним їх пропусканням через санітарну обробку разом з їх сім'ями, а також проведення санітарно-освітньої роботи серед учнів та їх батьків по прищепленню їм санітарних навиків.

Проведення санітарно-освітньої роботи по боротьбі з паразитарними тифами: залучення в допомогу сільським Радам директорів промислових підприємств та керівників господарських організацій.

ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ І БОРОТЬБИ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Джерелом інфекції при черевному тифі, паратифах і дизентерії є хвора людина, або бацилоносій.

Зараження здорової людини відбувається при проковтуванні їжі

або води, в яку попали мікроби цих інфекцій. Молоко та інші харчові продукти, овочі, вода і грунт, заражені мікробами кишкових тифів або дизентерії, — є факторами, здатними здійснювати передачу цих інфекцій. Зараження відбувається також через забруднені руки бацилоносія, хворого або осіб, які доглядають хворого.

Мухи є переносниками заразного матеріалу при кишкових інфекціях.

Загальносанітарні заходи складаються з охорони джерел водопостачання, видалення і знешкодження нечистот, санітарного нагляду за об'єктами харчової промисловості, громадського харчування, торговельно-провідної сітки та базарами, а також боротьби з мухами.

Специфічні заходи для запобігання виникненню гострих кишкових інфекційних захворювань проводяться такі: лабораторне обслідування на бацилоносіння як перехворілих, так і нехворілих, але які працюють на водопроводі, молочних заводах і пунктах, м'ясокомбінатах, в сітці громадського харчування, а також у дитячих закладах, особливо працівників молочних дитячих кухонь.

Щеплення проти кишкових тифів і дизентерії проводяться при наявності санітарних показань або підвищеній захворюваності на черевний тиф, паратифи і дизентерію. При виявленні цих захворювань проводиться фагування осіб, які оточують хворого, дизентерійним або черевнотифозним фагом залежно від того, яке захворювання реєструється в даній місцевості.

При виникненні захворювань на кишкові тифи або на дизентерію проводяться такі протиепідемічні заходи:

1. Реєстрація і облік всіх хворих на черевний тиф, паратифи і дизентерію та сигналізація про кожний випадок захворювання в санітарно-епідеміологічну станцію.

2. Ранне виявлення і не пізніше 3-го дня з моменту захворювання госпіталізація кожного захворілого на черевний тиф, паратиф, дизентерію, а також рання госпіталізація всіх підозрілих на ці захворювання.

3. Одним з основних заходів профілактики і боротьби з гострими кишковими інфекційними захворюваннями є забезпечення ранньої діагностики їх. Для цієї мети треба широко користуватися лабораторною діагностикою. При підозрінні на черевний тиф і паратифи є обов'язковим взяття крові (10 мл) і надіслання її в бактеріологічну лабораторію для дослідження на гемокультуру, а при підозрінні на дизентерію — проведення посіву калу хворого для дослідження на дизентерійну паличку.

Лабораторний метод має особливо важливе значення при легких формах захворювань на дизентерію, які на селі нерідко проходять під діагнозом простих поносів.

4. При черевному тифі, паратифах і дизентерії заразне начало виділяється з калом і сечею (при черевному тифі).

Тому обов'язково слід проводити дезинфекцію убиралень, підкладних суден, нічних горщиків, білизни, постільних речей, рук хворого, рук і одягу доглядаючого персоналу і т. д.

Дезинфекція проводиться як поточна біля ліжка хворого, або в лікарні, так і заключна — після госпіталізації хворого, видужання або смерті, а також після виявлення бациловидільника.

5. Виписування хворих на гострі кишкові інфекційні захворювання з лікарні провадиться тільки після дворазового негативного дослідження калу хворих на палички кишкових тифів або дизентерії

з проміжками в 5 днів. Якщо ж бактеріологічної лабораторії немає, перехворілих на кишкові тифи випису́ють не раніше, як через 12 днів після зниження температури і зникнення інших клінічних ознак, а перехворілі на дизентерію виписуються не раніше як через 7—8 днів після зникнення клінічних симптомів (нормальна температура і оформлене випорожнення).

6. Кожного перехворілого на гострі кишкові інфекційні захворювання протягом 2 років треба розглядати як можливого бацилоносія або хроніка, тому на кожному фельдшерському пункті необхідно завести журнал обліку перехворілих на гострі кишкові інфекційні захворювання і забезпечити спеціальний їх патронаж, а також фагування перехворілих і контактних в епідемічних вогнищах протягом всього періоду епідемічного спалаху.

7. Забезпечити виявлення та облік усіх загрожуваних щодо поносу дітей і забезпечити за ними щоденне спостереження.

Не допускати в дитячі ясла дітей з поносом або, якщо можливо, переводити їх у спеціально організовані для них групи або спеціальні дитячі ясла, а також забезпечити нагляд за санітарним режимом в них і контроль за якістю молока, що надходить для харчування дітей.

Максимально госпіталізувати дітей до 2 років, хворих на понос.

8. Проводити за епідеміологічними показаннями фагування проти дизентерії дітей і персоналу в дитячих яслах, садках, будинках дитини та оздоровчих дитячих закладах.

9. Забезпечити обов'язкове хлорування води колодязів громадського користування та їх санітарне впорядкування.

10. Забезпечити повну ліквідацію мух в епідемічних вогнищах, дитячих і лікувальних закладах, а також дезинфекцію дворових установок.

ЗАХОДИ БОРОТЬБИ З МАЛЯРІЄЮ

В 1950 році медично-санітарні працівники України розв'язали основне завдання щодо боротьби з малярією — ліквідовано епідемічні спалахи, і захворюваність на малярію, в порівнянні з 1940 роком, знижено в 5,7 раза.

Ці успіхи дають змогу ставити завдання повної ліквідації захворюваності на малярію в найближчі роки.

Для здійснення цього завдання необхідно проводити такі заходи:

1. Повністю виявити всіх малярійних хворих і на 100% охопити їх доброякісним лікуванням, а також повністю охопити протирецидивним лікуванням хворих на малярію, зареєстрованих у минулому році.

Лікування малярійних хворих проводять тільки медичні працівники; проводити цю роботу громадським хінізаторам забороняється.

В тяжких випадках хворих на малярію з частими рецидивами і з малярійною комою треба госпіталізувати в лікарню для стаціонарного лікування.

2. Закріпити кожного хворого на малярію персонально за певним медичним працівником, на якого покласти відповідальність за проходження і якість активного курсового лікування і профілактичної акрихінізації.

3. Проводити санітарно-освітню підготовку всіх хворих на малярію до проходження курсу весняного протирецидивного лікування.

4. З 1 травня, а в південних областях УРСР при ранній і теплій весні і в другій половині квітня, всім хворим на малярію, які підлягають і пройшли курс весняного протирецидивного лікування, проводити профілактичну акрихінізацію для дальшого запобігання у них віддаленим рецидивам малярії і закінчити профілактичну акрихінізацію цій групі хворих на малярію до 1 жовтня.

Курс весняного протирецидивного лікування. 5 днів хворий приймає по 2 таблетки акрихіну по 0,1.

8 днів перерва.

3 дні щодня по 2 таблетки акрихіну по 0,1.

8 днів перерва.

3 дні щодня по 2 таблетки акрихіну по 0,1.

Після закінчення курсу весняного протирецидивного лікування хворим на малярію проводять профілактичну акрихінізацію до 1 жовтня, тобто 2 дні дають хворому по 2 таблетки акрихіну по 0,1, 4 дні — перерва, потім знову 2 дні по 2 таблетки акрихіну по 0,1 і так до 1 жовтня.

З 20 травня по 1 жовтня усім хворим на малярію треба проводити профілактичну акрихінізацію і курсове лікування акрихіном з плазмоцидом (крім протипоказань).

Дітям добова доза акрихіну і акрихіну з плазмоцидом зменшується відповідно до віку.

5. Усім хворим на малярію, які будуть зареєстровані в новому році і які будуть виявлені обслідуванням на малярію, провести основний курс систематичного лікування:

Перший цикл:

1-й	день	6	таблеток	акрихіну	по 0,1
2-й	»	3	таблетки	»	» 0,1
3-й	»	»	»	»	» 0.1
4-й	»	»	»	»	» 0.1

8 днів перерва

Другий цикл:

3 дні щодня по 3 таблетки акрихіну по 0,1

8 днів перерва

Третій цикл:

3 дні щодня по 3 таблетки акрихіну по 0,1

8 днів перерва

Після закінчення основного курсу систематичного лікування хворим на малярію проводять профілактичну акрихінізацію, тобто по 2 таблетки акрихіну по 0,1, 4 дні перерва і так до 1 жовтня.

З 1 січня по 20 травня і з 1 жовтня по 31 грудня курсове лікування і профілактичну акрихінізацію хворим на малярію проводять акрихіном без плазмоциду.

6. Протягом усього року проводити обслідування на малярію серед прибуваючих робітників і службовців у промислові підприємства, торфорозробки, радгоспи, колгоспи, лісові розробки, учнів РУ і ФЗН та ін.

Виявленим хворим на малярію, після встановлення їм діагнозу малярії, треба провести активне курсове лікування і профілактичну акрихінізацію.

7. З 5 травня по 30 вересня систематично проводити обробку вогнищ: знищення комарів у приміщеннях хворих на малярію і в нежилих приміщеннях, що прилягають до приміщень хворих.

Обробку малярійних вогнищ слід проводити дустом ДДТ або гексахлорану шляхом побілки стін і стель сумішшю цих препаратів з крейдою, з розрахунку 1,0 г чистого препарату ДДТ або 10 г дусту ДДТ на 1 м² оброблюваної поверхні.

Першу обробку малярійних вогнищ препаратом ДДТ або гексахлорану провести на 1 травня, другу — на 15 червня і третю — на 1 серпня.

Якщо немає ДДТ або гексахлорану, обробку малярійних вогнищ треба проводити щоденним механічним знищенням комарів у приміщеннях хворих на малярію, забезпечуючи 100-разову обробку за літній сезон кожного приміщення хворого на малярію.

8. До 15 травня проводити механічний захист населення від укусів комарів шляхом засітчування жилих приміщень марлею і металевою сіткою, а також шляхом марльових положків для хворих на малярію, в першу чергу в гуртожитках і дитячих закладах, а також у населених пунктах, що прилягають до плавнів і масивів рисосіяння.

9. Проводити дрібні гідротехнічні роботи по ліквідації непотрібних у господарському відношенні водойм, боліт і заболоченостей у населених пунктах і в їх 3-кілометровій зоні, а також добиватися приведення в належний культурно-санітарний стан ставів, озер та інших водойм, щоб вони не стали джерелами для виплоду малярійних комарів.

10. Проводити боротьбу з комарами на їх зимівлях, залучаючи для проведення цієї роботи школярів і все населення.

ЗАХОДИ БОРОТЬБИ З ДИТЯЧИМИ ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1. Повний і своєчасний облік дитячих інфекційних захворювань (дифтерія, скарлатина, кір і коклюш), надсилання в день виявлення хворого в санітарно-епідеміологічну станцію на кожного хворого картки екстреного повідомлення.

2. Рання і не пізніше 3-го дня з моменту захворювання госпіталізація всіх хворих на дифтерію, скарлатину та всіх хворих на кір і коклюш з гуртожитків і дитячих закладів, а також з квартир з великою кількістю дітей.

3. Поточна дезинфекційна обробка епідемічного вогнища до госпіталізації хворого і правильна заключна дезинфекційна обробка після його госпіталізації.

4. Старанне спостереження за епідемічним вогнищем, виявлення новозахворілих серед контактних та їх госпіталізація, а також спостереження за перехворілими; проведення заходів боротьби з бацилоносінням (носіння дифтерійних паличок і гемолітичного стрептокока), широко застосовуючи для цієї мети антибіотики (пеніцилін, граміцидин і саназин).

5. Не допускати хворих на дитячі інфекційні захворювання в амбулаторію, забезпечивши їм відвідування дома фельдшера.

Якщо ж хворий при відвідуванні амбулаторії був у загальній прийомній, то дітей, що мали з ним контакт, беруть на облік і встановлюють за ними спостереження на строк інкубаційного періоду.

Щодо осіб, які мали контакт з захворілим, встановлюється відокремлення відповідно до інструкції про строки ізоляції інфекційних хворих, затвердженої Народним комісаріатом охорони здоров'я СРСР 1 серпня 1940 р.

6. При виникненні захворювань на дифтерію або скарлатину в дитячому закладі забезпечити щоденну термометрію, огляд горла і шкіри всім дітям з метою своєчасного виявлення наступних хворих, якщо вони будуть, і своєчасної їх госпіталізації.

7. Всі дитячі ясла, дитячі садки і оздоровчі дитячі заклади обов'язково повинні мати ізолятори. Дитячі заклади, де немає ізолятора, треба закривати.

8. При підозрінні на дифтерію негайно вводити хворій дитині протидифтерійну сироватку, незнижуваний запас якої повинен мати кожний фельдшерський пункт.

9. При виявленні захворювання на кір усім дітям у віці від 3 місяців до 7 років, які мали контакт з коровим хворим, вводиться 30—60 мл протикорової сироватки. Сироватку треба вводити не пізніше 3—4 дня інкубації, бо пізніше введення малоефективне. Протикорова сироватка вводиться внутрішньом'язово в зовнішній квадрант сідничного м'яза.

10. При виявленні спалахів коклюшу в дитячих яслах або дитячих садках — організувати в них карантинні групи для дітей, які мали контакт з хворими, а також організувати групи для цілодобового перебування в них хворих на коклюш дітей.

СПЕЦИФІЧНА ПРОФІЛАКТИКА

Специфічна профілактика має величезне значення в боротьбі з інфекційними захворюваннями.

Тепер застосовуються живі і убиті вакцини.

Живі вакцини виготовляють з живих мікробів, які втратили здатність викликати саму хворобу, але повністю зберегли свої імунізуючі властивості. До таких вакцин належать: віспяна, антирабічна, туляремійна, бруцельозна, чумна, сибіркова і вакцина БЦЖ.

Убиті вакцини виготовляють з убитих формаліном, фенолом або нагріванням мікробів. До цієї групи належать тривакцина, тетравакцина, дизентерійна підшкірна та ін.

Для профілактики дифтерії і стовбняка застосовується анатоксин, тобто токсин, знешкоджений при місячному витримуванні його при температурі + 40° і при додаванні до нього формаліну. При такій обробці токсин втрачає свої токсичні властивості, але зберігає свою імуногенність.

У роки Великої Вітчизняної війни в Радянській Армії для профілактичних щеплень застосовувалась полівакцина НДІСІ. Цей препарат належить до хімічних вакцин, бо він не містить у собі мікробних тіл, а замість них вводиться повний антиген, що добувається з відповідних культур хімічним способом. До складу полівакцини НДІСІ входять антигени мікробів черевного тифу, паратифів А і В, дизентерії Шіга і Гісс-Флекснера, холери, а також стовбняковий антитоксин. Препарат вводиться одноразово в кількості 2 мл.

Тепер з профілактичною метою широко застосовуються сироватки, бактеріофаги і антибіотики.

Непридатні до застосування такі бактерійні препарати:

а) нестерильні і в тріснутих ампулах, підтікаючих флаконах;

б) такі, що змінили свій вигляд, — з пластівцями, що не розбиваються, з сторонніми включеннями;

в) такі, що зазнали повторного замерзання і відтаювання;

г) такі, яким минув строк придатності;

д) без етикетки або з недостатніми відомостями на етикетках.

Усі бактерійні препарати треба зберігати в темному місці і при температурі від 2 до 10° вище 0. Строк придатності бактерійних препаратів зазначено на етикетках, наклеених на флакони або ампули з препаратом.

Після того як мине строк придатності, вакцину треба вилучити із вжитку.

Щеплення треба робити, старанно додержуючи правил асептики і антисептики; шприци і голки повинні бути простерилізовані кип'ятінням у воді, а шкіру треба протерти спиртом або ефіром.

Щеплення треба робити в спину, біля нижнього кутка лопатки, бо щеплення в ділянці плеча проходять більш реактивно.

Вакцина вводиться підшкірно, а сироватка — внутрішньом'язово.

Препарат набирають шприцом безпосередньо з ампули або флакона. Пухирці повітря, що попали в шприц, треба видалити. Перед уживанням ампули або флакони з вакциною треба добре збовтати. Розкрита ампула повинна бути використана одразу. Протипоказання до застосування кожного препарату зазначено в інструкціях про їх застосування, які надсилаються інститутом епідеміології і мікробіології разом з бактерійними препаратами.

ЩЕПЛЕННЯ ВІСПИ

Перша вакцина, яка ввійшла в медичну практику, була одержана Дженнером в 1796 році; вона містила як дійове начало живий збудник коров'ячої віспи.

Віспяна вакцина (детрит) добувається від телят, заражених коров'ячою віспою, і застосовується всім здоровим дітям у віці до 2 місяців. Місце щеплення — зовнішня поверхня плеча. Шкіру на місцях щеплення обов'язково протирають стерильною ватою, змоченою ефіром або спиртом. Після того як спирт зовсім висох, стерильним пером Дженнера наносять три краплі віспяного детриту на віддалі 2 см одна від одної і через них наносять поодинокі лінійні поверхневі некровотечні надрізи завдовжки 0,5—2 см.

Місце щеплення лишається відкритим протягом 5—10 хвилин. Перевірка результатів вакцинації провадиться на 7-й—10-й день після щеплення. Вакцинація вважається позитивною, якщо розвинулась хоч би одна пустула. При негативних результатах вакцинації її треба через місяць обов'язково повторити.

Ревакцінація робиться у віці 4—5 років, 10—11 і 18—20 років.

Облік результатів ревакцінації провадиться на 5-й день після щеплення, і при наявності хоч би одного пухирця ревакцінацію треба вважати позитивною.

Останнім часом віспяний детрит випускається в сухому вигляді, що значно здовжує строк його придатності.

Сухий віспяний детрит застосовується так: з допомогою сте-

рильної крапельниці в ампулу, в якій міститься 10 доз вісподетриту, додають 2 краплі (0,1 мл) 40—50% стерильного розчину гліцерину або свіжої перевареної і остудженої води і вміст розмішують кінцем віспощепильної голки. Сумішка придатна протягом робочого дня, а після цього строку її треба знищити. В усьому іншому сухою віспяною вакциною треба користуватися так само, як і рідкою.

Протипоказання для щеплення віспи такі: 1) гострі заразні захворювання; 2) поноси; 3) широка мокнуча екзема; 4) фурункульоз; 5) гнійний отит.

ЩЕПЛЕННЯ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ВАКЦИНОЮ БЦЖ

Вакцина БЦЖ являє собою суспензію живих бактерій бичачого туберкульозу ослабленої вірулентності. Вакцина БЦЖ тепер виготовляється в рідкому вигляді і суха з довшим строком придатності. Рідку вакцину БЦЖ шприцом переносять у стерильну мензурку з грудним молоком, розмішують ложечкою і цією ж ложкою вливають вакцину в рот дитині.

Вакцина дається натщесерце, за півгодини до годування, кожна ампула містить одну дозу вакцини.

Дитині дається вакцина БЦЖ по 1 дозі на день 3 рази через день: на 3-й—5-й—7-й або 4-й—6-й—8-й або 5-й—7-й—9-й день від народження.

Суха вакцина БЦЖ розводиться перевареною остудженою недестильованою водою з розрахунку на 1 дозу вакцини 2 мл води. На 1 прийом дитині дається 2 мл розведеної вакцини. Дальша техніка давання сухої вакцини БЦЖ дитині така сама, як і рідкої.

ЩЕПЛЕННЯ ПРОТИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ, ПАРАТИФІВ І ДИЗЕНТЕРІЇ

Відповідно до рішення Колегії Міністерства охорони здоров'я СРСР від 29 вересня 1950 р. для вакцинації населення проти гострих кишкових інфекційних захворювань прийнято такі типи вакцини для підшкірної і ентеральної вакцинації.

Вакцини для шкірних ін'єкцій

1. Дивакцина — черевний тиф + + паратиф „Б".	1 млрд. мікробів черевного тифу і 250 млн. мікробів паратифу „Б" в 1 мл
2. Тривакціна — черевний тиф + + паратиф „А" + „Б" (ТАБ)	1 млрд. мікробів черевного тифу, 250 млн. мікробів паратифу „А" і 250 млн. мікробів паратифу „Б" в 1 мл
3. Тривакцина — черевний тиф + + паратиф „Б" + дизентерія Флекснера-Гісса (ТБД)	1 млрд. мікробів черевного тифу, 250 млн. мікробів паратифу „Б" і 1 млрд. мікробів дизентерії Флекснера-Гісса в 1 мл
4. Тетравакцина — черевний тиф + паратиф А" + „Б" + дизентерія Флекснера	1 млрд. бактерій черевного тифу, по 250 млн. паратифу „А" і „Б" і 1 млрд. дизентерії Флекснера в 1 мл

Вакцини для застосування через рот

1. Рідка черевно - паратифозна „Б" вакцина	6 млрд. мікробів черевного тифу і 2,5 млрд. мікробів паратифу „Б" та 1,5 млрд. мікробів дизентерії Шіга в 1 мл
2. Черевно-паратифозна „Б" вакцина в таблетках	66 млрд. мікробів черевного тифу і 34 млрд. мікробів паратифу „Б" в одній таблетці
3. Протидизентерійні таблетки	100 млрд. дизентерійних паличок в одній таблетці
4. Полівалентна протидизентерійна вакцина рідка	100 млрд. дизентерійних паличок в 10 мл вакцини

Доза і кратність застосування вакцин не змінюється, тобто щеплення тривакциною та іншими підшкірними вакцинами провадяться триразово, підшкірним введенням вакцини з проміжками 7—10 днів. Перша ін'єкція 0,5 мл, друга і третя ін'єкції — по 1 мл. Діти віком до 12 років, а також люди старші 60 років від щеплень звільняються.

При вакцинації через рот треба давати по 1 таблетці або по 10 мл рідкої вакцини 3 дні підряд.

Моновакцина вводиться підшкірно триразово з інтервалами між ін'єкціями 5—7 днів. Перше щеплення — 0,5 мл, друге — 1 мл, третє — 1,5 мл.

ЩЕПЛЕННЯ ПРОТИ ДИФТЕРІЇ

Дифтерійний анатоксин готується з токсину з додаванням до нього формаліну і витримуванням цієї сумішки протягом кількох тижнів у термостаті. Токсин при такій обробці втрачає свої токсичні властивості, зберігаючи при цьому імунізаційну здатність. Щеплення дифанатоксином, що містить в 1 мл 25 АО, провадяться дворазово, підшкірним введенням дифанатоксину: при першій ін'єкції — 1 мл, через 20—30 днів після першої ін'єкції роблять другу, вводячи 2 мл.

В разі сильної реакції на перше щеплення друге повторюють у тій самій дозі — 1 мл, а через 15 днів роблять третє щеплення в дозі 1 або 2 мл залежно від реакції на друге щеплення.

Через 3—6 місяців після первинної імунізації провадиться одноразова ревакцинація дозою в 1 мл. У віці 3—4 роки провадиться друга ревакцинація також дозою в 1 мл. Друга повторна ревакцинація провадиться дітям у віці 7—8 років, також одноразовим введенням під шкіру 1 мл дифанатоксину.

Наявність дифтерійних хворих у районі не є протипоказанням проти активної імунізації.

ФАГОПРОФІЛАКТИКА

Бактеріофаг в точному перекладі означає «поглинач бактерій», він розчиняє або лізирує бактерії.

Механізм лізису бактеріофага відбувається в результаті виділення бактеріофагом ферменту лізину.

ТИФОПАРАТИФОЗНИЙ БАКТЕРІОФАГ

Тифо-паратифозний бактеріофаг являє собою фільтрат полівалентного тифо-паратифозного бактеріофага і розчиненої ним культури 50% тифозних мікробів, 25% паратифозних «В» і 25% паратифозних «А». Тифо-паратифозний фаг застосовується з профілактичною і лікувальною метою.

З профілактичною метою бактеріофаг застосовується:

1) для звільнення від бацилоносіння — 3 дні підряд в дозах: дітям від 6 місяців до 3 років — по 10 мл на прийом; дітям старшим 3 років і дорослим — 25—30 мл на прийом;

2) для профілактики тифу і паратифів в уражених населених пунктах, квартирах, бараках і гуртожитках — одноразово або кілька разів у тій самій дозировці. В разі появи нових захворювань давання бактеріофага слід повторити.

Давати бактеріофаг у вогнищі треба поголовно всім.

Приймати бактеріофаг треба натщесерце, за 1—2 години до їди, в суміщі 15—25 мл 2% содового розчину або перевареної води.

З лікувальною метою бактеріофаг застосовується тільки в лікувальному закладі під наглядом лікаря.

ДИЗЕНТЕРІЙНИЙ БАКТЕРІОФАГ

Рідкий бактеріофаг являє собою фільтрат полівалентного дизентерійного фага і розчинених ним культур дизентерійних мікробів Флекснера, Григор'єва-Шіга, Штуцера і Зонне.

Сухий бактеріофаг являє собою полівалентний дизентерійний фаг, одержаний на агар-агарі в результаті розчинення ним дизентерійних культур.

Рідкий дизентерійний бактеріофаг і сухий бактеріофаг застосовуються за епідеміологічними показаннями з профілактичною метою, тобто дають пити його по 10—15 мл натщесерце особам, які проживають разом з хворими, доглядають їх і взагалі мали з ними контакт тим чи іншим способом, — триразово з інтервалами в 7—10 днів між кожним даванням.

Бактеріофаг дають натщесерце за 1—2 години до приймання або не раніше як через 3 години після приймання їжі в суміщі з 15—20 мл 2% содового розчину або перевареної води.

Дозировка дизентерійного бактеріофага: дітям від 6 місяців до 3 років — 5—10 мл, від 3 років і дорослим — 10—15 мл.

Крім того, дизентерійний бактеріофаг застосовується і з лікувальною метою.

Застосування рідкого бактеріофага з лікувальною метою дає найкращі результати в перші дні захворювання.

Бактеріофаг з лікувальною метою дають 2 рази натщесерце і протягом однієї доби в дозировці: дітям до 3 років — 10 мл на добу, тобто по 5 мл на прийом. Дітям старшим 3 років і дорослим — 30—40 мл на добу (15—20 мл на прийом).

Протипоказань до застосування бактеріофага немає. Перед вживанням препарат треба збовтувати.

Мутний бактеріофаг вживати не можна.

СТРОКИ ІЗОЛЯЦІЇ ХВОРИХ І КОНТАКТНИХ З НИМИ

(Затверджені НКО СРСР 1 серпня 1940 р.)

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залишенні хворого дома
1 Черевний тиф	1. Ізоляція хворого припиняється після дворазового негативного результату дослідження випорожнень і сечі на тифозну паличку. Перше дослідження проводиться через 5 днів після зникнення клінічних симптомів. Повторні дослідження проводяться з п'ятиденними проміжками. Ізоляція хворого при неможливості проведення бактеріологічного дослідження припиняється не раніше як через 12 днів після зникнення клінічних симптомів, зокрема зниження температури до норми. 2. У відношенні до працівників центрального водопостачання, харчової промисловості і громадського харчування, а також у відношенні до персоналу, який обслуговує лікувальні дитячі заклади, санаторії і будин-	1. Особи, які були в контакті з хворими, відокремленню не підлягають, але лишаються під медичним наглядом протягом 30 днів з моменту ізоляції хворого. Особи, що перебувають під медичним наглядом, допускаються до продовження своїх чергових занять, але повинні показуватися не менш як 1 раз на декаду для медичного нагляду і проведення бактеріологічного дослідження випорожнень і сечі на тифозну паличку. Ці особи повинні виконувати всі приписи лікаря щодо додержання необхідних санітарних правил особистої гігієни. 2. Особи, які обслуговують	1. Госпіталізація хворого обов'язкова. При залишенні хворого дома з дозволу епідеміолога треба провести таке: а) особи, які проживають в одній квартирі із захворілим, підлягають медичному наглядові на весь час хвороби і протягом 30 днів після видужання; б) особи, які доглядають захворілого, допускаються до роботи після видужання хворого, проведення заключної дезинфекції і одноразового негативного дослідження їх з встановленням за ними медичного нагляду про-

Продовження

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залищенні хворого дома
	ки відпочинку (сестрі і няні), необхідно додержувати таких правил: а) всі пойменовані працівники, які перехворіли на черевний тиф, без попереднього лабораторного контролю не допускаються у зазначені установи і підприємства; б) всі пойменовані працівники, які перехворіли на черевний тиф, допускаються на роботу після клінічного видужання і дворазового негативного дослідження. Далі вони лишаються під медичним наглядом, причому їм роблять дослідження сечі і калу на черевний тиф 1 раз на тиждень протягом 1,5 місяця після виписування з лікарні; особи, у яких установлено негативний результат бактеріологічного дослідження, допускаються до роботи в цих установах; однак протягом періоду медичного нагляду (1,5 місяця) вони не повинні бути використані на роботі, зв'язаній з питною водою,	підприємства і установи, перелічені в розділі I п. 2, і які були у контакті з хворими, після ізоляції хворого допускаються до роботи після дворазового негативного дослідження (з обов'язковим прийманням проносного) калу і сечі і лишаються під медичним наглядом протягом 30 днів.	тягом 30 днів після видужання хворого; в) особи, які обслуговують перелічені в розділі 1 і 2 підприємства і установи, допускаються до роботи тільки після видужання хворого, проведення заключної дезинфекції, з додержанням правил, зазначених у розділі II п. 2

харчовими і молочними продуктами, а також з безпосереднім обслуговуванням дітей і хворих; г) при наявності позитивного результату, хоч би при одній пробі, відповідні особи не допускаються на роботу за фахом протягом додаткових 2 місяців і використовуються на роботі поза центральним водопроводом, харчовою сіткою, лікувальними дитячими закладами, санаторіями і будинками відпочинку; д) всі пойменовані працівники, які перехворіли на черевний тиф, через 3,5 місяця після видужання піддаються заключному бактеріологічному контролю (дворазовому дослідженню калу і сечі з перервою 5 днів). Для осіб, які давали позитивний результат при контролі, зазначеному в п. 2 літ. „В", додатково проводиться одночасне дослідження дуоденального вмісту. При негативному результаті заключного контролю ці особи допускаються до роботи за своїм фахом. Виявлення тифозних бактерій у названих осіб (хронічне бацилоносіння) вимагає відсторонення від роботи в перелічених вище установах, згідно з спеціальною інструкцією, на весь час бацилоносіння.

Продовження

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залишенні хворого дома
2. Паратифи	Те саме, що й при черевному тифі.	Те саме, що й при черевному тифі	
3. Холера	Ізоляція хворого припиняється після триразового негативного результату дослідження випорожнень на холерні вібріони з дводенною перервою між дослідженнями. Перше дослідження провадиться не раніше як через 6 днів після клінічного видужання від холери.	Ізоляція припиняється після дворазового негативного результату досліджень на холерні вібріони, але не раніше як через 6 днів з дня стикання з хворим. В разі виявлення серед контактних бацилоносіїв для них встановлюються ті самі строки ізоляції, що й для хворого.	Госпіталізація хворого обов'язкова.
4. Дизентерія бацилярна	1. Ізоляція хворого припиняється після дворазового негативного дослідження випорожнень. Перше дослідження провадиться після зникнення клінічних явищ, друге й наступні — з дводенними проміжками. Для дітей до 3 років, в разі наявності у них неоформлених випорожнень протягом тривалого часу, ізоляція припиняється після триразового негатив-	Відокремлення не застосовується. Всім особам, що оточують хворого, після встановлення діагнозу, провадиться обов'язкове фагування і за ними встановлюється медичний нагляд протягом 5 днів, особи, що обслуговують підприємства і установи, перелічені в розділі 1 „Черевний тиф" п. 2, під-	Госпіталізація хворого обов'язкова. При залишенні хворого дома (з дозволу епідеміолога): а) особи, що проживають в одній квартирі з захворілим, підлягають обов'язковому фагуванню і медичному наглядові протягом усього часу хво-

	ного дослідження. В разі неможливості провести бактеріологічне дослідження, ізоляція припиняється не раніше як через 7—8 днів після зникнення клінічних симптомів (оформлений кал і нормальна температура). Реконвалесценти - бацилоносії після закінчення ізоляції підлягають медичному наглядові згідно з спеціальною інструкцією. 2. Працівники підприємств і установ, пойменованих в розділі I „Черевний тиф" п. 2, допускаються до роботи за своїм фахом тільки після дворазового негативного бактеріологічного дослідження з додержанням всіх правил, вказаних для черевного тифу.	даються обов'язковому одноразовому бактеріологічному дослідженню з установленням 5-денного медичного нагляду. Виявлені бацилоносії не допускаються до роботи до одержання дворазового негативного результату бактеріологічного дослідження.	роби і протягом 5 днів після одужання; б) особи, що доглядають захворілого, допускаються до роботи після видужання хворого, проведення фагування, проведення заключної дезинфекції з установленням за ними після видужання хворого медичного нагляду протягом 5 днів; в) відокремленню підлягають особи, що обслуговують перелічені в розділі „Черевний тиф" п. 2 підприємства і установи, куди вони допускаються тільки після видужання хворого, проведення фагування, проведення заключної дезинфекції і при додержанні правил, зазначених у розділі I „Черевний тиф" п. 2.
5. Висипний тиф	Ізоляція хворого припиняється через 12 днів після зниження температури, при умові старанної санітарної обробки його в лікарняному закладі.	Відокремлення припиняється після старанної обробки і дезинсекції білизни, одягу, постільних речей і приміщення хворого з установленням ме-	Госпіталізація хворого обов'язкова.

Продовження

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залишенні хворого дома
		дичного нагляду з термометруванням усіх, що мали контакт з хворим, протягом 25 днів і наступним епідеміологічним наглядом за вогнищем протягом 1 місяця.	
6. Поворотний тиф	Ізоляція хворого припиняється через 15 днів після останнього приступу при умові нормальної температури протягом цього часу і старанної санітарної обробки в лікарняному закладі. Хворий лишається під медичним наглядом протягом 1 місяця.	Те саме, що й при висипному тифі.	Госпіталізація хворого обов'язкова.
7. Віспа натуральна	Ізоляція хворого припиняється після повного відпадання корок, але не раніше як через 40 днів з дня захворювання.	Відокремлення припиняється після ізоляції хворого, проведення дезинфекції і щеплення віспи всім особам, що оточують хворого (починаючи з 2-тижневого віку). Після цього встановлюється медичний на-	Госпіталізація хворого обов'язкова.

		ляд на 14 днів з моменту припинення контакту з захворілим і проведення заключної дезинфекції. В разі наявності в оточенні хворого ні разу не вакцинованих осіб останні ізолюються дома протягом 14 днів з установленням за ними щоденного медичного нагляду.	
8. Віспа вітряна	Ізоляція хворого припиняється після відпадання корок.	Для дітей, що перенесли хворобу, і дорослих відокремлення не застосовується. Для дітей ясельного і дошкільного віку та нехворілих відокремлення застосовується протягом 21 дня з моменту контакту. При встановленні точного часу контакту діти допускаються в дитячі заклади протягом перших 10 днів інкубації і підлягають відокремленню з 11-го по 21-й день інкубації. Для школярів відокремлення не застосовується.	Для дітей ясельного і дошкільного віку відокремлення застосовується протягом 21 дня від початку захворювання. Для дітей, що перенесли хворобу, дітей щкільного віку і дорослих відокремлення не застосовується.
9. Кір	Ізоляція хворого припиняється через 5 днів від початку висипання. При наявності ускладнень (пневмонії) — не раніше як через 10 днів від початку висипання.	Для дітей, що перенесли хворобу, і дорослих відокремлення не застосовується. Для дітей, що не хворіли, тривалість відокремлення від момен-	При перебуванні хворого дома строки відокремлення для дітей, що не хворіли на кір, збільшуються до 26 днів для

Продовження

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залишенні хворого дома
		ту контакту з захворілим на кір для неприщеплених — 21 день, для прищеплених — 28 днів.	неприщеплених і до 33 днів для прищеплених з урахуванням строку можливої інкубації до моменту контакту в останній день гострого періоду кору.
10. Краснуха корова	Ізоляція хворого припиняється через 5 днів від початку висипання.	Відокремлення не застосовується.	Відокремлення не застосовується.
11. Скарлатина	Ізоляція хворого припиняється через 30 днів від початку захворювання при таких обов'язкових умовах: а) при наявності у хворого нормальної температури, відсутності ускладнень і гострих катаральних явищ, при РОЕ не більше 15 мм і лейкоцитозі не більше 10 000 — 15 000; б) при наявності режиму, що забезпечує окреме розміщення хворих гострої стадії та хворих з ускладнен-	1. Для дітей до 12 років, що не хворіли на скарлатину, при відсутності у них запальних явищ з боку зіва і носоглотки встановлюється відокремлення на 12 днів з обов'язковим патронажним наглядом. 2. Для осіб нижчезазначених категорій встановлюється відокремлення до проведення заключної дезинфекції при відсут-	Госпіталізація обов'язкова. При залишенні хворого дома (з дозволу епідеміолога) відокремлення застосовується до доглядаючого персоналу протягом 52 днів з моменту захворювання для всіх груп, перелічених у розділі II п. 2 і 40 днів до всіх інших груп на-

нами в окремі палати або бокси і переведення одужуючих хворих після 20-го дня в окремі палати.

Для організованих дітей, що перехворіли на скарлатину, а також для дорослих, що обслуговують дитячі, хірургічні і родильні відділи лікарень, що працюють на молочних фермах, що зайняті збиранням і торгівлею молока, встановлюється додаткова ізоляція дома протягом 12 днів з дня виходу їх з лікарні (підстава: наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 17 червня 1950 р.).

ності у них запальних явищ з боку носоглотки з наступним медичним наглядом протягом 12 днів: а) для всіх осіб, що проживають в одній кімнаті з захворілим; б) для тих, що проживають в одній квартирі з захворілим;

1) дітей, що перенесли скарлатину; 2) дітей, що не хворіли на скарлатину, віком понад 12 років; 3) дорослих, що обслуговують дитячі заклади, дитячі хірургічні та родильні відділи, дитячі бібліотеки, дитячі універмаги, а також осіб, що працюють на молочних фермах і зайняті збиранням молока та тих, що торгують молоком.

3. В разі появи ангін, підозрілих на скарлатину, протягом 12 днів відокремлення або медичного строку відокремлення для захворілих на ангіну продовжується до 21 дня з початку захворювання на ангіну для виявлення вторинних ознак скарлатини, які можуть виявитись. В разі підтвердження діагнозу скарлатини строки відокремлення встановлюються, як при скарлатині.

селення. При появі серед тих, що мали контакт, захворювання на ангіну відокремлення застосовується як і в розділі II п. 3.

Продовження

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залищенні хворого дома
12. Скарлатинозна краснуха (4-а хвороба Філатова)	Ізоляція хворого протягом 21 дня. В разі появи вторинних ознак скарлатини ізоляція продовжується згідно із строками ізоляції при скарлатині.	Згідно із строками відокремлення при скарлатині в разі підтвердження діагнозу скарлатини або на 21 день в разі діагнозу краснухи.	Згідно із строками відокремлення при скарлатині в разі підтвердження діагнозу скарлатини або на 21 день в разі діагнозу краснухи.
13. Коклюш	Ізоляція хворого припиняється після 40 днів від початку захворювання або 30 днів від початку судорожного кашлю.	Для дітей до 10 років, що не хворіли на коклюш, відокремлення припиняється, якщо у них немає кашлю, після закінчення 21 дня від моменту останнього контакту з хворим. Для дітей віком понад 10 років, а також для дорослих, що обслуговують дитячі заклади, відокремлення не застосовується, але за ними встановлюється медичний нагляд на 14 днів.	Для дітей до 10 років, які не хворіли на коклюш, відокремлення припиняється через 40 днів від початку захворювання або 30 днів від початку судорожного кашлю. До дітей віком понад 10 років, а також до дорослих, що обслуговують дитячі заклади відокремлення не застосовується, але вони лишаються під медичним наглядом протягом 40 днів від початку захворювання.

14. Дифтерія	Ізоляція хворого припиняється після дворазового негативного дослідження виділень зіва і носоглотки, проведеного з дводенним проміжком. 1. Якщо бацилоносіння триває, загальний строк ізоляції у перехворілих на дифтерію не мусить перевищувати 60 днів з дня клінічного видужання. 2. Допускається більш ранне виписування з лікарні цих осіб, якщо у них немає запальних явищ з боку зіва і носоглотки, але не раніше як через 30 днів з дня клінічного видужання. 3. Скорочення строку ізоляції 30 днів не поширюється на осіб, які відвідують дитячі заклади або живуть у багатонаселених квартирах,	Відокремлення припиняється після ізоляції хворого, дезинфекції та одноразового бактеріологічного дослідження, якщо немає гострих запальних явищ з боку зіва і носоглотки як для дітей, так і для дорослих, що обслуговують дитячі заклади і молочні підприємства. В разі виявлення у цих осіб бацилоносіння відокремлення для них припиняється тільки після дворазового негативного бактеріологічного дослідження. Коли неможливо провести дослідження, відокремлення припиняється через 7 днів після ізоляції хворого, якщо немає гострих явищ з боку зіва і носоглотки.	Госпіталізація обов'язкова. В разі залишення хворого дома (з дозволу епідеміолога) застосовуються всі заходи, зазначені в розділі I і II, тобто відокремлення припиняється після клінічного видужання та одержання дворазового негативного результату бактеріологічного дослідження у хворого. Відокремлення для осіб, що доглядають хворого, припиняється після закінчення строку ізоляції хворого та одержання одноразового негативного результату бактеріологічного дослідження у них.
15. Свинка	Ізоляція хворого припиняється через 21 день від початку захворювання, але не раніше як після зникнення клінічних явищ хвороби. Для дорослих, що не обслуговують дитячі заклади, — після зникнення клінічних явищ хвороби.	Відокремлення встановлюється протягом 21 дня від початку захворювання. Для дітей, що перенесли хворобу, та для дітей віком понад 12 років, а також для дорослих відокремлення не застосовується. Діти, що не хворіли на свинку, при точному встановленні часу кон-	Для дітей, що перенесли хворобу, для дітей віком понад 12 років, а також для дорослих відокремлення не застосовується. Для дітей віком від 12 років, що не хворіли на свинку, встановлюється відокремлення на 21 день

Продовження

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залишенні хворого дома
		такту, допускаються в дитячі заклади в перші 10 днів інкубації, а з 11-го по 21-й день інкубації підлягають відокремленню.	від початку захворювання.
16. Цереброспінальний менінгіт	Ізоляція хворого припиняється після дворазового негативного результату дослідження виділення носоглотки на менінгококи. Перше контрольне дослідження роблять після зникнення гострих клінічних явищ, але не раніше як через 21 день від початку захворювання. Коли неможливо провести бактеріологічне дослідження, ізоляція припиняється не раніше як через 30 днів від початку захворювання, якщо немає гострих мозкових явищ, а при септичній формі — якщо немає септичних явищ з боку шкіри, суглобів і т. д.	Для дітей і дорослих, що обслуговують дитячі заклади і дитячі лікарні, відокремлення припиняється після дворазового негативного дослідження виділення носоглотки. Якщо неможливо зробити бактеріологічне дослідження — через 7 днів після відокремлення від хворого.	Госпіталізація обов'язкова. При залишенні хворого дома (з дозволу епідеміолога) відокремлення для дітей і дорослих, що обслуговують дитячі заклади, припиняється після клінічного видужання хворого (розділ I) і після дворазового негативного результату бактеріологічного дослідження виділення носоглотки у осіб, що мали контакт з хворим. Якщо неможливо провести дослідження, відокрем-

			лення припиняється через 7 днів після закінчення строку ізоляції хворого.
17. Епідемічний енцефаліт	Ізоляція хворого припиняється після зникнення гострих явищ хвороби.	Відокремлення не застосовується.	Госпіталізація хворого обов'язкова. При залишенні хворого дома (з дозволу епідеміолога) відокремлення осіб, що оточують хворого, не застосовується.
18. Епідемічний поліомієліт (хвороба Гейне-Медіна)	Ізоляція хворого припиняється після зникнення гострих явищ хвороби, але не раніше як через 40 днів від початку хвороби (захворювання).	Для дітей, що не хворіли на цю хворобу, та дорослих, що працюють у дитячих закладах ясельного і дошкільного віку, відокремлення припиняється через 20 днів, якщо немає запальних явищ з боку носоглотки і клінічних явищ з боку кишок.	Госпіталізація хворого обов'язкова.
19. Сап	Ізоляція хворого при гострій формі — на весь період хвороби; при хронічній формі — на весь час наявності у хворого незагоєних ран. Після видужання хворий перебуває під тривалим, протягом кількох років, лікарським наглядом.	Відокремлення не застосовується, але встановлюється медичний нагляд протягом 15 днів після припинення контакту з хворим.	Госпіталізація хворого обов'язкова.

Продовження

Назва хвороби	Тривалість строку ізоляції осіб, які перенесли заразні захворювання	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими до моменту ізоляції хворого	Тривалість строку і форми відокремлення осіб, які мали контакт з заразними хворими протягом усього періоду хвороби при залишенні хворого дома
20. Чума	При бубонній формі чуми ізоляція хворого припиняється не раніше, як через місяць після зникнення клінічних симптомів (зворотного розвитку або розсмоктування бубонів, або після загоєння шкірних виразок, що утворилися на місці бубонів, які прорвалися, карбункули і пустул). При легеневій формі і вторинній пневмонії — після одержання негативних результатів при багаторазовому дослідженні харкотиння на чумні палички.	Проводиться індивідуальна ізоляція. Ізоляція припиняється через 9 днів після відокремлення від хворого при нормальній температурі (обов'язкова термометрія 2 рази на день — вранці і ввечері). При застосуванні сироватки строк відокремлення збільшується до 12 днів.	Госпіталізація хворого обов'язкова.
21. Сибірка	При шкірній формі сибірки ізоляція припиняється після відпадання струпів, епітелізації і рубцювання виразок; при септичній легеневій і кишковій формах — після клінічного видужання і дворазового негативного результату бактеріологічних досліджень, що проводяться з інтервалами в 5 днів (залежно від форми хвороби провадиться дослідження крові, харкотиння, випорожнень і сечі).	Відокремлення не застосовується. За особами, що мали контакт з хворою людиною або хворою твариною, встановлюється медичний нагляд протягом 8 днів після припинення контакту з ним.	Госпіталізація хворого обов'язкова.

22. Бешиха	Ізоляція хворого припиняється після зникнення клінічних явищ.	Відокремлення не застосовується. Для осіб медичного і доглядаючого персоналу хірургічних і родильних відділів, що мають контакт з хворим на бешиху, встановлюється відокремлення до ізоляції хворого і санітарної обробки контактних.	Відокремлення не застосовується. Для осіб медичного і доглядаючого персоналу хірургічних і родильних відділів проводиться відокремлення до клінічного видужання хворого і наступної санітарної обробки.
23. Бруцельоз	Виписування хворого провадиться після зникнення гострих клінічних явищ. Перехворілі на бруцельоз допускаються до виробництва молочних продуктів тільки після дворазового бактеріологічного дослідження крові і сечі з негативним результатом. Інтервал між дослідженнями має бути не менше 7—10 днів. Бактеріологічне дослідження можна провадити тільки в спеціальних лабораторіях. Якщо немає змоги провести бактеріологічне дослідження, перехворілі можуть бути допущені до виробництва молочних продуктів, які не піддаються наступній термічній обробці, через 2 місяці після закінчення гострих явищ. За такими працівниками треба встановити старанний медичний нагляд, а перехворілі мають бути проінструктовані про заходи особистої профілактики.	Відокремлення не застосовується.	Відокремлення не застосовується.

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ ЗАХОДИ НА СЕЛІ

Неухильне піднесення всіх галузей народного господарства, успішне здійснення великого плану перетворення природи, будівництво найбільших у світі гідротехнічних споруд, укрупнення колгоспів створюють всі умови для дальшого піднесення соціалістичного сільського господарства, підвищення врожайності і продуктивності тваринництва, піднесення матеріального і культурного рівня колгоспників, для здійснення широких заходів щодо санітарного впорядкування сільських населених місць.

При виконанні цього грандіозного будівництва, здійснюваного в країні, дуже відповідальне і почесне завдання покладається і на медичних працівників, які працюють на селі.

В рішеннях XIX з'їзду ВКП(б) в галузі охорони здоров'я особливу увагу приділяється питанням профілактики. В підвищенні санітарного рівня на селі величезне значення має постанова Вересневого Пленуму ЦК КПРС «Про дальший розвиток сільського господарства СРСР».

Вся діяльність медичних працівників має бути спрямована на оздоровлення зовнішнього середовища, на створення сприятливих умов праці і побуту для будівників комуністичного суспільства.

Проведення санітарно-гігієнічних заходів на селі має стати основою профілактичної діяльності всієї багатотисячної армії медичних працівників.

Заходи щодо проведення санітарно-гігієничної роботи на селі повинні включати в себе:

а) надання широкої санітарно-гігієнічної консультації населенню при будівництві сільських населених пунктів з усіх питань їх планування і санітарного впорядкування;

б) здійснення запобіжного і поточного санітарного нагляду за плануванням, відбудовою, будівництвом і санітарним утриманням сіл, жител, гуртожитків, громадських будинків (шкіл, дитячих ясел, бань і т. д.), водопостачанням, очищенням населених місць від покидьків і нечистот, іншими елементами впорядкування сільських місцевостей;

в) здійснення запобіжного і поточного санітарного нагляду за станом харчових об'єктів, продуктових складів і громадським харчуванням колгоспників у період польових робіт;

г) контроль за здійсненням заходів до охорони праці і техніки безпеки в колгоспах, МТС і МТМ, а також на підприємствах для

переробки сільськогосподарських продуктів (цукрові, луб'яні заводи і т. д.);

д) широкий розвиток на селі санітарно-освітньої роботи серед колгоспників і трудової інтелігенції;

е) організацію санітарного активу і залучення маси колгоспників до повсякденної роботи по санітарному оздоровленню сіл і побуту колгоспного селянства.

САНІТАРНІ ВИМОГИ ДО ПЛАНУВАННЯ СІЛЬСЬКИХ НАСЕЛЕНИХ МІСЦЬ

При будівництві нового або розширенні існуючого села насамперед виникає питання про вибір ділянки. Це особливо часто спостерігається в районі створення великих водоймищ, де внаслідок затоплення доводиться переносити цілі села або окремі частини села на нові, незатоплювані території.

Вибір ділянки під населений пункт провадиться спеціальною комісією з обов'язковою участю медичного працівника — представника районної санітарної станції.

Всі питання запобіжного санітарного нагляду, зв'язані з перебудовою і новим будівництвом населених пунктів, треба обов'язково погоджувати з органами Державної санітарної інспекції області.

Часто-густо фельдшерам доводиться здійснювати санітарний контроль за реконструкцією і будівництвом нових сіл, тому вони повинні бути добре знайомі з основними санітарними вимогами, які при цьому треба враховувати.

Місцевість, яка відводиться під населений пункт, повинна бути підвищеною, сухою, незаболоченою, з низьким стоянням грунтових вод (нижче 1,5 м від поверхні землі). Територія повинна бути не ближче 3 км від заболочених місць, рельеф повинен бути з невеликим схилом, який дає змогу атмосферним водам стікати вбік від села. Місцевість бажано вибирати з південно-східним або південним схилом, що дає добре освітлення і опромінення сонцем. Необхідно віддавати перевагу територіям поблизу ріки, озера, ставка, а якщо їх немає, — вибирати такий рельеф, який дасть змогу влаштувати ставок.

Місцевість повинна бути по можливості захищена від несприятливих вітрів, снігових і піщаних заносів. На території, що відводиться під населений пункт, повинні бути доброякісні джерела води з достатньою кількістю для задоволення питних, побутових і господарських потреб.

Ділянка повинна бути далеко від джерел, які забруднюють повітря і грунт.

Основною вимогою при будівництві сіл є правильне взаєморозміщення жилого і виробничого районів.

Для жилого району вибирають найбільш підвищену територію села. Громадські будинки, як правило, повинні бути в центрі села (виконком, сільрада, Палац культури, готель, тощо).

Жилий район повинен бути з навітряної сторони, вище по рельефу і по течії ріки щодо виробничого району.

Жилі садиби об'єднуються в квартали, розміри яких повинні бути в межах 4—6 га.

Напрям вулиць повинен бути приблизно з північного сходу на

південний захід. Така орієнтація вулиць забезпечує найбільш сприятливу в гігієнічному відношенні орієнтацію жилих будинків.

Магістралі з інтенсивним рухом бажано виводити з населених пунктів і проводити їх поза селом, щоб рух по них не заважав життю села.

Такі окраїнні магістралі повинні забудовуватись лише з одного боку.

Ширина вулиць може коливатися від 10 до 20 м. В останньому випадку вулиці можуть забезпечувати одночасний рух транспорту в обидва боки.

Вулиці повинні мати належний схил як у поздовжньому, так і в поперечному відношенні для відведення атмосферних і талих вод, мати крім проїжджої частини тротуар, обсаджений з двох боків деревами.

Виробничий район села (промислові підприємства, МТС, МТМ, господарські двори колгоспу тощо) необхідно розміщувати ізольовано від жилої зони, з підвітряного боку, нижче по рельєфу у відношенні до жилого району, нижче за течією ріки.

До жилого району повинні, як правило, прилягати складські приміщення, робочий двір.

Приміщення для утримання худоби мають бути розміщені від жилих кварталів на віддалі 100 м.

При розміщенні всього комплексу господарських будівель необхідно керуватися додержанням таких санітарних розривів, передбачених санітарними правилами (НСП—101—51).

	Розриви (в метрах) від жилих будинків
Тваринницькі ферми	100 м
Гаражі	50 »
Склади пального	75 »
Зерносховище, овочесховище . . .	50 »
Молочний пункт	50 »
Молочний завод	50 »
Винокурний, сироварний, маслороб завод	100 »
Скотозабійний пункт	300 »
Цукровий завод	300 »

При розміщенні жилих будинків у місцевостях, несприятливих щодо малярії, треба так розміщувати жилі квартали, щоб між житлом і водоймами, де розплоджуються комари типу «анофелес», були приміщення для худоби (зоопрофілактика).

При масовому вильоті комарів їх приваблює запах тварин, вони залітають у приміщення для худоби і таким чином відвертаються від жител людей.

На території сіл необхідно передбачати зелені насадження:

1) громадського користування — парки, сади, сквери, бульвари, вуличні посадки;

2) присадибні зелені насадження;

3) захисні зони між виробничими будівлями і жилим районом села.

При будівництві нових сіл треба передбачати резервні площі.

Кожний відбудовуваний населений пункт повинен мати ставок, який може бути використаний не тільки для господарських, але й для оздоровчих цілей.

При влаштуванні ставів треба додержувати таких санітарних вимог:

1) не допускати використовування гною, сміття та інших покидьків як будівельних матеріалів, бо вони можуть бути джерелом забруднення води;

2) мають бути зроблені донні водоспуски, які дають змогу регулювати горизонт води у водоймі і періодично промивати ставок;

3) не допускати утворення заболочених ділянок і мілководь при наповненні ставка;

4) максимальний рівень води у водоймі має бути не менш як на 15—20 м нижче поверхні землі прибережних населених ділянок, а глибина не менше 2—3 м коло греблі і 1 м на решті площі водойми;

5) перед заповненням чаші водойма ложе її треба очистити від гною, сміття та інших органічних покидьків, викорчувати дерева і кущі;

6) з протималярійних міркувань посадку дерев слід робити не ближче як на 5—10 м від краю водойми.

В разі використання водойми для питних цілей, для захисту її від забруднення треба передбачити влаштування зони санітарної охорони.

САНІТАРНІ ВИМОГИ ДО САДИБИ І ЖИЛОГО БУДИНКУ НА СЕЛІ

Статут сільськогосподарської артілі визначає розмір присадибної ділянки колгоспників в межах від 0,25 до 1 га.

Приблизно щось із 15—20% території ділянки відводиться під забудову, 10% під палісадник, 35% під сад і решта використовується під город.

Крім жилих будівель, на території садиби можуть бути розміщені: літня кухня на півдні України, сарай для худоби і палива, льох, дворова убиральня, компостна купа і колодязь. Останній може обслуговувати дві суміжних садиби.

Ширина садиби повинна бути 20—25 м. Ширші садиби здовжують вулиці і здорожують упорядкування їх.

Жилий будинок на садибі треба відносити на глибину 6—8 м від червоної лінії забудови садиби, а перед жилим будинком рекомендується влаштовувати палісадник. Сарай і убиральня повинні бути віддалені від житла на 15—20 м. Колодязь на садибі треба розміщувати на віддалі 20 м від убиральні і хліва.

Жилі будинки рекомендується будувати за типовими проектами, які можна одержати в районному відділі в справах сільського і колгоспного будівництва.

При будівництві нових жител за типовими проектами треба віддавати перевагу тим проектам, які орієнтують забудовника на максимальне використання місцевих будівельних матеріалів. Найголовніше полягає в умінні, як кажуть, прив'язати проект до місцевості, тобто розмістити його на ділянці так, щоб він забезпечував найкращу, оптимальну орієнтацію жилих кімнат на сонячні румби: південь-

ний схід, південь, схід, а підсобні приміщення (кухня комора, кімната гігієни, убиральна) — на північні румби.

Новобудовані будинки повинні складатися мінімум з двох кімнат з окремою кухнею і з такими підсобними приміщеннями, як кімната гігієни, комора, люфт-клозет.

Сільські житла повинні обов'язково мати веранду.

Площа жилих приміщень повинна бути така, щоб на одного мешканця припадало не менш 8 м².

У будинку на 2—3—4 кімнати треба передбачити ізольовані спальні для дорослих і для дітей.

Внутрішня висота будинку не повинна бути менше 2,8—3,0 м.

Підлога в жилих будинках має бути дерев'яна. Віконні рами повинні бути підвійні, літом розчинятися, з кватирками. Наявність одинарних рам в сільських житлах в ряді випадків є джерелом вогкості в жилих кімнатах.

Світлова площа заскленої частини вікон має бути в межах 1 : 8—1 : 10 до площі підлоги. Житла треба ставити на підвищеній частині ділянки. Між фундаментами і стінами необхідно передбачати прокладку ізоляційного шару з глини, толю, просмоленого шару березової кори і т. д. У фундаменті влаштовуються продухи для провітрювання.

Льох рекомендується влаштовувати поза периметром будинку або, в крайньому разі, під коморою із входом з холодних сіней з таким розрахунком, щоб холодне повітря з льоху не проникало в житло.

Влаштування приміщень для тварин під спільним дахом з жилими кімнатами не допускається.

Заселення новозбудованих будинків необхідно проводити після старанного просушування їх.

САНІТАРНИЙ НАГЛЯД ЗА ГУРТОЖИТКАМИ

Для розміщення робітників у радгоспах, МТС, МТМ, на підприємствах влаштовуються гуртожитки, за якими має здійснюватись санітарний нагляд.

Гуртожитки можуть бути розміщені у спеціально збудованих або пристосованих для цієї мети будинках.

Заселення гуртожитків треба провадити тільки з дозволу районної санітарної станції.

Як правило, гуртожитки для сімейних розміщуються ізольовано від гуртожитків для неодружених.

Кожна сім'я в гуртожитку повинна займати окрему ізольовану кімнату.

В гуртожитках, як правило, мають бути передбачені такі приміщення: спальні, приміщення для підігрівання і готування їжі, умивальна для чоловіків і жінок, кімната для висушування одягу, комора для зберігання речей мешканців, убиральні, кімната для сторожа.

Спальня, як правило, не повинна перевищувати 30 м².

У гуртожитках з кількістю мешканців понад 50 чоловік необхідно передбачити ізолятор для ізоляції захворілих, комору для білизни, пральню, баню, душову з сухожаровым дезинсектором і червоний куток.

У гуртожитках з великою кількістю мешканців передбачається їдальня.

На кожного мешканця в гуртожитку має припадати не менше 3,5 м² жилої площі.

У гуртожитках підвищеного типу розмір жилої площі на мешканця має досягати 6 м², а число мешканців в окремих кімнатах повинно бути не більш як два.

Віддаль між двома сусідніми ліжками має бути не менш як 0,4 м, а між узголів'ями — 0,2 м. від зовнішніх стін—не менш 0,5 м.

Ширина проходу між двома рядами ліжок повинна бути не менше 1,3 м.

Господарська організація зобов'язана забезпечити мешканців гуртожитку 1,25 комплектами матраців, ковдер, подушок, підматрацних наволочок і двома комплектами білизни.

Температура повітря в приміщеннях гуртожитку має бути не менше 18°Ц.

Влаштування тимчасових печей у гуртожитках забороняється.

Приміщення гуртожитку повинно утримуватися в чистоті, для чого щодня треба прибирати, а 2 рази на тиждень треба мити підлоги

Раз у 7—10 днів у гуртожитку треба робити генеральне прибирання з дезинфекцією постільних речей і зміною білизни

Всі приміщення гуртожитку повинні мати кватирки для провітрювання.

Раз на рік треба провадити ремонт приміщень гуртожитків.

Надвірні убиральні повинні освітлюватися у вечірній час і розташовуватися не далі як за 15—20 м від житла і мати легкий і зручний підхід до них.

За санітарний стан гуртожитку відповідає адміністрація підприємства або радгоспу.

До кожного гуртожитку треба прикріпити для нагляду громадського санітарного уповноваженого.

Санітарний працівник повинен не менш як 1 раз на місяць відвідувати гуртожитки і робити адміністрації його необхідні вказівки, які записуються у спеціальний санітарний журнал.

Гігієна польового табору

У період проведення польових сільськогосподарських робіт питання будівництва польових таборів набирає величезного значення.

Для будівництва польових таборів треба відводити суху, здорову, підвищену територію, із спокійним схилом на південь, по змозі поблизу водойми, далеко від великих шляхів, захищену від холодних зимових або гарячих літніх вітрів.

Місця для польового табору слід вибирати не ближче 3 км від боліт або заболочених територій, які є вогнищами масового виплоду малярійних комарів. Влаштування польових таборів в небезпечних щодо малярії місцевостях має бути заборонене.

Ділянка, що відводиться під забудову, має бути забудована будівлями не більше як на 25%.

Основна, найбільш здорова територія має бути відведена для розміщення гуртожитку.

До складу жилої групи повинні бути включені будинки гуртожитків полегшеного типу, розраховані, приблизно, не більше як на

40 мешканців, з розміщенням у кожній кімнаті не більше 10 чол.

Кожна така кімната повинна мати окремий вхід з сінями.

У гуртожитку мають бути виділені окремі жилі кімнати для чоловіків і жінок, сушарня для мокрого одягу і взуття, місце для зберігання робочого одягу в індивідуальних шафках.

У польовому таборі треба виділити одну кімнату для медичного пункту.

На одного мешканця гуртожитку має припадати не менш як 3,5 м² площі.

Висота приміщення бараку має бути не менше 2,6 м.

Підлоги в бараку мають бути дерев'яні, освітлення приміщень повинно бути не менше 1 : 10.

Для кожного мешканця в гуртожитку має бути виділений тапчан або ліжко.

Для постійного проживання робітників тваринницьких бригад влаштовуються звичайного типу жилі будинки типу гуртожитків з розрахунком 4,5 м² на мешканця.

Для обслуговування дітей влаштовуються ясла-дитячий садок на 25 дітей з розрахунком по 2 м² на дитину.

У польовому таборі влаштовується кімната для прання білизни, баня з пропускною здатністю на 5—8 людино/годин тих, що миються. Літом у польовому таборі рекомендується влаштовувати душі з сонячним нагрівом води.

Брудні мильні води від душової або бані слід відводити канавкою вбік від польового табору так, щоб не заболочувалась і не забруднювалась територія табору і джерело питної води.

Для прання брудної білизни бажано виділити окремі приміщення або влаштувати навіс поблизу бані.

Для обслуговування дітей в польовому таборі влаштовуються ясла та дитячий садок.

До найважливіших санітарних заходів, здійснюваних у польовому таборі, належить постачання працюючим у полі питної води доброї якості і в достатній кількості.

Найкращою у санітарному відношенні є джерельна вода; якщо її немає, викопують і обладнують шахтний колодязь. Якщо немає певності в доброякісності питної води, її треба кип'ятити або хлорувати і зберігати в чистій посудині. Для худоби треба виділяти окремий колодязь.

Всю площадку польового табору треба утримувати в належній чистоті, для чого необхідно влаштовувати гноєсховище, убиральні і знешкоджувати покидьки.

Убиральні, окремі для чоловіків і жінок, влаштовуються або звичайного типу з вигрібними ямами, або у вигляді польових рівчаків. Нечистоти в убиральнях треба присипати землею і використовувати їх як добриво на полях. Сухе сміття складають поза межами польового табору в купи і спалюють або вивозять на поля для угноєння.

Школи

У сільських місцевостях будуються школи — чотирирічки, семирічки і десятирічки, а в деяких місцях і інтернати для школярів.

Поточний санітарний контроль за станом школи, додержанням

належного санітарного режиму, фізичним розвитком школярів і станом їх здоров'я здійснюють медичні працівники районної санітарної станції і дільничної лікарні. Запобіжний санітарний нагляд здійснює обласна Державна санітарна інспекція і районні санітарні станції. В разі виявлення істотних відхилень від проектів при будівництві нових шкіл треба повідомити про це Державну санітарну інспекцію і санітарну станцію для вжиття заходів до усунення виявлених дефектів у будівництві школи.

Медичні працівники повинні стежити за тим, щоб навчальний процес у школі проводився у відповідності з існуючими санітарними правилами.

Заняття в школах на дві зміни допускаються тільки для учнів даної школи. Забороняється навантажувати шкільні будинки у другу і третю зміну курсантами. При заняттях у школі на дві зміни треба між двома змінами робити перерву не менше 30 хвилин. За цей час у школі провадиться старанне прибирання і провітрювання.

Світловий коефіцієнт у класах повинен бути не менше 1 : 5. Світло має падати учневі зліва або ззаду і зліва. На фронтальній стіні, на який розміщується класна дошка, не повинно бути вікон.

Температура повітря в класах перед уроками має бути 16—18°Ц. При зовнішній температурі повітря взимку в 25°Ц нижче нуля заняття в школі не провадяться.

У школі має бути влаштована роздягальня, встановлені фонтанчики для питної води і поставлені умивальники з милом і рушником.

Кількість учнів у класах не повинна перевищувати 40 чол., а на одного учня має припадати не менше 1,25—1,5 м² при мінімальній висоті 3,25 м.

Розсаджувати учнів за партами треба залежно від зросту їх і розміру парт, під контролем лікаря або фельдшера.

Під час перерв усі діти повинні виходити у провітрені коридори, а в класах чергові учні повинні відкривати незаклеєні на зиму вікно і всі кватирки.

Прикріплений до школи медичний працівник повинен сприяти організації в школі гарячих сніданків.

Для виявлення хворих дітей, проведення профілактичних щеплень і протирецидивного лікування малярії, для нагляду за ревматиками і ослабленими, двічі на рік у школах треба проводити повний медичний огляд школярів. При цих оглядах провадиться вимірювання зросту, ваги та окружностей грудей у школярів.

У певні дні і години прийому медичний працівник подає дітям медичну допомогу. Якщо школяр не відвідує школи 2 дні, прикріплений до школи медичний працівник зобов'язаний з'ясувати причину відсутності його. Після перенесених інфекційних захворювань школяр повинен дістати дозвіл лікаря на відвідування школи. Після кожного випадку інфекційного захворювання медичний працівник організує в школі та інших дитячих закладах дезинфекцію.

Із складу школярів у школі організуються санітарні комісії, які допомагають медичному працівникові у проведенні всіх лікувально-профілактичних заходів, підтримують чистоту у своєму класі, стежать за своєчасною вентиляцією класів, перевіряють виконання правил особистої гігієни тощо.

Медичний персонал повинен сприяти організації в школах гуртків БГТО, ВГСО та ін.

На шкільній садибі має бути влаштований майданчик для фіз-

культури, а взимку ковзанка і лижне поле, щоб школярі могли використати своє дозвілля в заняттях фізкультурою.

Дитячі ясла і садки

Дитячі ясла і садки бувають двох типів: постійні і сезонні. Ясла охоплюють дітей до 3 років, а дитячі садки — до 7 років. У малих колгоспах іноді організуються ясла, що охоплюють дітей віком від 0 до 7 років.

В ряді випадків при недостатній кількості дітей організують мішаного типу заклади — ясла-дитячий садок. Ємкість таких закладів досягає 25—30 дітей.

Ясла на 25—30 дітей повинні мати дві групи — для грудних дітей і дітей старшого віку. Дитячі садки звичайно мають ємкість на 25 дітей. На кожну дитину в яслах має припадати не менше 2 м² площі.

Ясла і дитячі садки, крім приміщень для дітей, повинні мати для кожної групи свій санітарний вузол, горшкові-туалетні, веранду.

Для приймання дітей в яслах має бути передбачений приймочник-пропускник з баком. Для ізоляції захворілих в яслах має бути передбачений ізолятор з числом ліжок в 10% від загальної ємкості ясел-дитячого садка.

Крім перелічених приміщень, ясла повинні мати кухню, пральню, льох і льодовню.

Дитячі приміщення повинні бути орієнтовані на південний схід, південь.

На ділянці ясел-дитячого садка має бути передбачений сад і організовані ізольовані для кожної групи ігрові майданчики.

Приймаючи дітей в ясла-дитячий садок, треба обов'язково проводити огляд зіва.

Діти з підвищеною температурою ізолюються.

У штаті кожного дитячого закладу обов'язково повинна бути медична сестра.

Бані і пральні

Згідно з постановою Українського уряду в кожному колгоспі повинна бути баня.

Місце для збудування бані треба вибирати поблизу водойми (ставок, ріка). При виборі ділянки для збудування бані треба одночасно вирішити і питання про спуск стічних вод з неї.

Як правило, стічні води мають бути спущені нижче від населеного пункта. Ємкість (для більшості колгоспів) бані не повинна перевищувати 10 чол. тих, що миються одночасно.

При розрахунку пропускної здатності бані звичайно вважають, що 80% населення колгоспу буде користуватися баней.

У колгоспах і радгоспах звичайно рекомендується влаштовувати бані так званого пропускного типу.

Склад приміщення бані: сіни площею 4 м², роздягальня з розрахунку 1,25 м² на чоловіка, мильня з розрахунку 2,25 м² на 1 чол., одягальня — 1,25 м² на 1 чол і парильня — 4—5 м².

Температура в бані повинна бути не менше 30—35°Ц, а в парильні — 40—45°.

Стічні води бань і пралень звичайно рекомендується обробляти

2% розчином гашеного вапна, устоювати, а потім випускати у водойму, в якій населення не користується водою для пиття.

У зв'язку з банею в колгоспах іноді влаштовують громадські або самодіяльні пральні. Громадська пральня повинна складатися з таких приміщень: приміщення для приймання і розбирання білизни, замочування і прання білизни, сушіння і видачі її.

ВОДОПОСТАЧАННЯ СІЛЬСЬКИХ МІСЦЕВОСТЕЙ ЗНАЧЕННЯ ВОДИ І НОРМИ ВОДОСПОЖИВАННЯ

Вода має винятково велике значення в житті людини.

Різні тканини людського організму містять близько 70% води Протягом доби людина при середній роботі втрачає 2—2,5 л води. Втрата води веде до сповільнення обміну речовин і до зупинки життєвих функцій, тому втрату води організмом треба весь час поповнювати.

Крім фізіологічних потреб, вода має величезне значення санітарне, господарське і технічне. В побуті вода потрібна для виготовлення їжі, підтримування чистоти тіла і жител, прання білизни, поливання вулиць, зелених насаджень і т. д.

Для повного забезпечення сільського населення водою для господарсько-пітних потреб необхідно керуватися такими нормами водоспоживання:

1) без водопроводу — 40—60 л на 1 чол на добу.
2) при наявності водопроводу — до 75 л на 1 чол. на добу.
3) для миття в бані — 100—150 л на 1 чол.
4) на душ — 25 л на 1 чол.
5) пральня — 60—80 л на 1 кг сухої білизни
6) в дитячих закладах — до 75 л на дитину
7) у школі — до 15 л на одного школяра
8) лікарні — 250 л на 1 ліжко
9) громадські їдальні — 15—20 л на 1 відвідувача
10) на голову великих домашніх тварин — 60—80 л

Санітарні вимоги до питної води

Якість води визначається її фізичними властивостями, хімічним і бактеріологічним складом Щодо своїх фізичних властивостей вода повинна бути прозорою, безбарвною, без запаху і присмаку.

Вона не повинна містити патогенних мікробів і яєць глистів, не містити отруйних речовин, повинна мати постійний склад і не містити в підвищених кількостях хімічних речовин, що вказують на її забруднення (сольовий аміак, нітрити і нітрати, хлориди). Температура води рекомендується в межах 6—12°.

Для нормування хімічного складу води можна керуватись такими нормами:

1. Щільного осаду — 500—600 мг/л
2. Сірчаної кислоти — 80 »
3. Азотної кислоти — 30— 40 »
4. Азотистої кислоти — сліди
5. Аміаку — сліди
6. Окислюваність — 2—3 мг O_2/л
7. Твердість — 18—20°

Зважаючи на різноманітність місцевих умов ці норми мають орієнтовний характер.

Показником фекального забруднення води є кишкова паличка, поряд з якою у воді можуть бути і патогенні мікроорганізми — паличка черевного тифу, дизентерії та ін. Одиницею для вимірювання кількості кишкових паличок є титр кишкової палички. Це та найменша кількість води, в якій удається виявити кишкову паличку. Цим показником може бути індекс кишковий, тобто кількість кишкових паличок в 1 л води.

Для води відкритих водойм, що живлять водопроводи, установлена норма для бактеріологічних показників: титр кишкової палички 300 мл або колі-індексу 3 на 1 л води і загальна кількість бактерій в середньому не більше 50 на 1 мл. При місцевому водопостачанні треба прагнути до того, щоб вода, призначена для пиття, мала титр кишкової палички не менше 100 мл і щодо кількості колоній — не більше 100 бактерій в 1 мл.

Шахтні колодязі найчастіше мають титр кишкової палички в межах 10—100 мл.

В разі невідповідності питної води зазначеним нормам, її треба піддавати обеззаражуванню після попереднього очищення від суспендованих речовин.

Джерела водопостачання

Основними джерелами водопостачання в сільських місцевостях можуть бути:

1) атмосферні води, які збирають у спеціальні резервуари;

2) відкриті водойми — ріки, ставки, озера, штучні водосховища;

3) підземні води — грунтові, міжпластові (артезіанські) та джерельні.

Атмосферні води використовуються в деяких південних районах України, де немає ні підземних, ні поверхневих вод. Із здійсненням великих будов комунізму таких районів майже не залишиться, і всі маловодні райони одержать доброякісну воду із штучних водосховищ.

Атмосферні води в санітарному відношенні мало задовільні, тому перед вживанням таку воду рекомендується кип'ятити. Збирати воду необхідно в чисті цементовані підземні резервуари (цистерни), зверху закриті кришкою. Біля таких резервуарів не можна допускати прання білизни, водопою худоби, миття машин тощо. Цистерна повинна мати вентиляційну трубу, насос для підняття води та пристосування для випуску її для періодичного огляду, очищення і дезинфекції цистерни.

Використання відкритих водойм для місцевого водопостачання допускається як виняток, бо вони найчастіше забруднюються поверхневим стоком і тому небезпечні в епідеміологічному відношенні.

Ріки, озера і водосховища можуть бути використані для централізованого водопостачання при умові обробки води на спеціальних очисних спорудах з додержанням санітарних правил і при обов'язковій організації зони санітарної охорони навколо місця забирання води і очисних споруд.

Відкриті водойми характеризуються непостійністю складу води в них, зміною швидкості течії, витрачання і рівня води, що впливає на якісний склад води.

В разі необхідності використовувати воду відкритих водойм рекомендується влаштовувати інфільтраційні колодязі.

Для цього копають колодязі на деякій віддалі від берега водойми і забирають з них воду. Вода при цьому фільтрується через товщу порід між берегом і колодязем і може бути цілком придатною для пиття.

Найбільш надійними в санітарному відношенні джерелами водопостачання для сільських умов слід вважати підземні глибокі артезіанські води. Вони надійно захищені від поверхневих забруднень, мають постійний склад, не потребують, як правило, очищення і обеззаражування.

Також цілком задовільними можна вважати джерельні води, які являють собі природні виходи міжпластових вод на денну поверхню. Щоб забезпечити джерельні води від забруднення на місці виходу води влаштовуються каптажні споруди у вигляді відкритих цегляних або бетонних резервуарів. Стінки каптажу повинна підвищуватись над рівнем землі на 1 м і бути захищені від попадання до джерела поверхневих вод.

У сільських місцевостях найчастіше використовуються грунтові неглибокі води (шахтні колодязі). Ці води звичайно залягають неглибоко і добувати їх просто. Якість води шахтних колодязів залежить від наявності водонепроникних пластів, рельєфу місцевості, наявності поблизу джерел забруднення (убиральні, кладовища, скотні двори тощо). Якщо водоносний шар зверху перекритий водотривкими пластами, територія навколо колодязя є в задовільному санітарному стані і обладнання колодязя відповідає санітарним вимогам, — вода таких джерел може бути досить чистою і придатною для пиття.

Влаштування колодязів

Найпростішим і найбільш поширеним у сільських умовах при місцевому водопостачанні є шахтний колодязь.

Як правило, колодязі треба влаштовувати на підвищеній, незабрудненій і незатоплюваній весняними водами місцевості на віддалі не менше 20 м від джерел забруднення і вище їх за течією грунтового і поверхневого потоку.

До шахтних колодязів рекомедується використовувати водоносні горизонти, які лежать більш глибоко, бо тільки на глибині 5—6 м можна сподіватись більш доброякісної води.

Для кріплення стінок шахтних колодязів застосовується дерево, цегла, камінь і бетонні кільця.

Навколо колодязя в радіусі 1 м і на глибину 1,5—2 м влаштовують глиняний замок з добре пром'ятої глини. В межах 2-метрового радіуса від зрубу, поверх глиняного замка роблять відмостку із схилом від колодязя та водовідвідну канавку.

Для захисту води від забруднення колодязі найкраще обладнувати насосами. Якщо немає насоса, вода піднімається громадським відром, отвір колодязя закривають кришкою і встановлюють навіс для захисту від дощу.

Користування для підняття води своїми відрами треба заборонити. В радіусі 3—5 м колодязь треба обгородити огорожею.

При подаванні води з глибоководних колодязів часто влаштовуються вітродвигуни.

Великі санітарні переваги мають трубчасті колодязі, бо при цьому немає зв'язку між підземною водою і поверхнею землі. Трубчасті колодязі можуть піднімати воду, що залягає не глибше 7—8 м.

При піднятті води з великої глибини трубчасті колодязі влаштовують бурінням. Вода з них здебільшого піднімається механічним шляхом, а з деяких бурових колодязів вода виливається сама.

Велика кількість міст і робітничих селищ живляться водою з бурових трубчастих колодязів. Ці колодязі дають найбільш доброякісну питну воду і придатні для організації централізованого водопостачання, тому треба намагатися замінювати шахтні колодязі буровими. Уже тепер багато колгоспів улаштовують у себе водопроводи, які дають змогу одержувати доброякісну воду для санітарно-побутових і господарсько-технічних потреб.

Хлорування води

Найбільш поширеним, і водночас надійним, дешевим і простим способом обеззаражування води в сільських умовах є хлорування з допомогою хлорного вапна. Для цього застосовується продажне хлорне вапно, яке містить 25—30% активного хлору. Якщо у вапні активного хлору менш як 15%, воно для дезинфекції води звичайно не застосовується. Вапно треба зберігати в закритій тарі, в сухому і темному місці; періодично необхідно перевіряти в лабораторії кількість у ньому активного хлору.

Хлорування води можна провадити звичайними дозами—1—5 мг на 1 л води і більшими дозами (перехлорування) — 10—20 мг/л.

Різні щодо складу, походження і міри забруднення води вбирають неоднакову кількість хлору, тому перед хлоруванням звичайними дозами треба визначити хлоропотребу води дослідним шляхом з таким розрахунком, щоб після 30-хвилинного контакту з хлором у воді лишалось не менш як 0,2—0,3 мг/л вільного хлору. Для цього наливають у три склянки по 200 мл води, яка підлягає хлоруванню, і додають 1% розчин хлорного вапна—у першу склянку 1 краплю, у другу—2 краплі і в третю—3 краплі. Після цього воду старанно перемішують і залишають стояти спокійно на 30 хвилин. Через 30 хвилин по запаху визначають наявність вільного хлору, який вказує на те, що хлор повністю прореагував з водою, а надлишок його зумовлює запах води. Наприклад: у першій склянці запаху не було, у другій — слабкий, але помітний запах, а в третій склянці — сильний запах. Звідси роблять висновок, що в першій склянці хлору виявилось недосить, у другий — помірна кількість, а в третій — занадто багато. Отже, діючою дозою хлору для практичного хлорування даної води вибирається доза другої склянки, тобто 2 краплі 1% розчину на 200 мл або 10 крапель на 1 л води.

Вибір дози можна провести також і додаванням після 30-хвилинного стояння в кожну склянку 1 мл соляної кислоти, кількох кристаликів йодистого калію і 0,5—1 мл 1% розчину крохмалю. Посиніння води вказує на наявність вільного хлору.

Вибирається доза тієї склянки, в якій видно помітне, але не інтенсивне сине забарвлення.

Мутна вода перед хлоруванням піддається обов'язковому освітленню шляхом устоювання або фільтрації.

У польових умовах можна застосувати просту методику, роз-

роблену проф. Драчовим і Черкінським. Залежно від характеру вододжерела дозу хлорного вапна встановлюють за таблицею:

Характер вододжереда і якість води	Доза хлорного вапна з 20% вмістом активного хлору
Вода зрубових колодязів, прозора і безбарвна, вода з рік і озер	0,025 мл/л, або 1 чайна ложка на 10 відер
Мутна і помітно забарвлена вода рік і озер	0,05 мл/л, або 2 чайних ложки на 10 відер
Вода копаних ставів і запруд (непитного значення)	0,075 мл/л, або 3 чайних ложки на 10 відер

Вибравши діючу дозу хлору для даної води, провадять хлорування необхідної кількості води. З профілактичною метою хлорування води треба провадити в тарі. За епідеміологічними показаннями воду необхідно хлорувати безпосередньо в колодязі, причому великими дозами хлору — 10—20 мг/л.

Щоб визначити кількість води в колодязі, добуток внутрішніх поперечних розмірів зрубу множать на висоту водяного стовпа.

Наприклад, внутрішні поперечні розміри зрубу 1 м, висота шару води — 2,5 м. Об'єм води в колодязі дорівнює $1 \times 1 \times 2,5 = 2,5 м^2$.

Якщо колодязь круглий, то висоту водяного стовпа множать на 3,14 і на квадрат його радіуса. Наприклад, внутрішній діаметр колодязя 1,2 м, а радіус 0,6 м. Висота водяного стовпа — 2,5 м. Об'єм води в колодязі дорівнює: $2,5 \times 3,14 \times 0,6^2 = 2,5 \times 3,14 \times 0,36 = 2,82 м^3$.

Насамперед з колодязя вичерпують воду і чистять його. Потім старанно протирають і зрошують зруб розчином хлорного вапна.

Для дезинфекції 2,5 $м^3$ води, при дозі хлору в 20 мг/л, вапна треба буде: $20 мг \times 2500 = 50\,000 мг$, або 50 г активного хлору, а хлорного вапна при 25% наявності в ній активного хлору — $50 г \times 4 = 200 г$. Відважують 200 мл вапна, розводять у невеликій кількості води і виливають у колодязь, після чого воду добре перемішують і заливають на 6—8 годин. Після цього строку хлорування вода з колодязя виливається, а після цього проводиться повторне хлорування меншими дозами (5 мг/л).

Після повторного хлорування воду ще раз виливають з колодязя, а після наповнення воду можна споживати.

Відбирання проб води для лабораторного аналізу

При проведенні лабораторних досліджень води особливо важливе значення має правильне відбирання проб води і доставка їх в лабораторію. Проби треба відбирати так, щоб при цьому виключались елементи випадковості. Взята для аналізу проба повинна бути саме тією середньою пробою води, яка намічалась для дослідження.

У відкритих водоймах воду відбирають з допомогою батометра. Якщо його немає, бутиль, в яку набирають воду, монтують у важку оправу або до неї прив'язують вагу. Бутиль закривають каучуковою

пробкою, до якої прикріплена вірьовочка, опускають на шнурі на потрібну глибину, висмикують з допомогою вірьовочки пробку і таким чином, наповнюють її досліджуваною водою. Для взяття проб з невеликих глибин зручно користуватися штангою, на якій укріплюється бутиль з вагою.

Поверхневі проби, на глибини близько 30 см, можна відбирати без усякого пристосування безпосередньо в бутиль, підтримувану рукою. Бутилі, в яких відбираються проби води, повинні бути чисто вимиті і кілька разів сполоснуті досліджуваною водою.

Для повного хімічного аналізу беруть 3—4 л води, для короткого — 1,5—2 л. У багатьох випадках можна обмежитися пробою води в 1 л.

Для бактеріологічного дослідження проби води відбирають у старанно вимиті і стерильні матеріальні пляшки або склянки ємкістю від 250 до 500 мл. Пляшки закривають ватним тампоном з паперовим зовнішнім ковпачком, обв'язаним по шийці бутилі тонким шпагатом.

Виймання проб води з труб, водопровідних кранів, насосів провадиться після попереднього обпалювання кранів, труб тощо з допомогою паяльної лампи або ватного тампона, змоченого спиртом. Після обпалювання воду спускають протягом 5—10 хвилин, після чого відбирають пробу.

Проби доставляють у лабораторію в спеціальному ящику з термоізолюючою прокладкою з спеціальним резервуаром або гумовими мішками — влітку для льоду, взимку для теплої води. Температура в ящику з пробами має підтримуватись в межах +4 і +5° Ц.

Час від моменту взяття проб до проведення аналізу не повинен перевищувати 6 годин.

Відправляючи воду в лабораторію, треба у супровідному документі зазначити: назву і місцезнаходження вододжерела, час забору проби, санітарно-технічний стан вододжерела, наявність поблизу джерел забруднення, прізвище і посаду особи, яка провадила забор проби.

Санітарна охорона джерел водопостачання

Санітарна охорона джерел водопостачання являє собою складний комплекс заходів, спрямованих на проведення ряду оздоровчих заходів, що гарантують належну кількість води у водоймах і джерелах водопостачання населенню.

Питання санітарної охорони водойм і джерел централізованого постачання регламентовані цілим рядом загальносоюзних і республіканських урядових постанов.

Цими постановами передбачено ряд заходів, спрямованих на санітарну охорону підземних джерел і відкритих водойм.

Зазначеною постановою забороняється спуск у водойму неочищених стічних вод, скидання сміття та інших продуктів, здатних забруднювати водойми або підземні води.

Зокрема забороняється вивозити на лід сміття та інші забруднення.

Забороняється також мочити льон і коноплі та всяке інше використання водойм, що веде до забруднення водойми.

Зазначеною постановою забороняється також влаштування всмоктуючих колодязів, які можуть забруднювати підземні води.

Усі підприємства повинні упорядкувати очищення стічних вод від забруднень, які вони вносять, і побудувати для цього очисні споруди.

На всіх водопроводах мають бути організовані зони санітарної охорони.

Уся зона санітарної охорони розпадається на три пояси: 1) зону суворого режиму, 2) зону обмежень і 3) зону спостережень.

У кожній зоні має бути встановлений відповідний санітарний режим, що гарантує використовуване для централізованого водопостачання джерело від будь-яких забруднень. Нагляд за додержанням встановленого режиму на території зони санітарної охорони покладається на місцеву санітарну станцію.

ОЧИЩЕННЯ СІЛЬСЬКИХ МІСЦЕВОСТЕЙ

Правильна організація і своєчасне очищення сільських місцевостей від сміття, покидьків і нечистот має, безперечно, величезне оздоровче значення.

Джерелами забруднення території села можуть бути: людські сеча і кал, помиї, стічні води промислових підприємств, відходи харчових підприємств і кухонь.

Усі ці відходи містять у собі велику кількість дуже цінних добрив, які можуть бути використані в сільському господарстві для підвищення врожайності.

Разом з тим, при неправильному їх збиранні, видаленні і обеззаражуванні, вони можуть забруднювати грунт, воду і атмосферне повітря. Нечистоти можуть забруднювати джерела водопостачання, якими користується населення для питних потреб. Забруднюючи грунт, вони можуть бути причиною виникнення епідемічних захворювань (черевний тиф, дизентерія та інші інфекції).

Крім цього, скупчення великих кількостей незнешкодженого сміття є джерелом забруднення атмосферного повітря, створює сприятливі умови для розвитку мух, які, як відомо, є передавачами ряду кишкових інфекцій і, зокрема, дизентерії.

Скупчення великої кількості сміття створює умови для розвитку мишей, які є передавачами такої небезпечної інфекції, як туляремія. Крім цього, покидьки є улюбленим місцем для глистів, що уражають населення.

Все це вказує на велике епідеміологічне значення сміття і потребу організації планомірного і систематичного очищення населених пунктів від твердих покидьків і рідких нечистот.

На кожній садибі має бути організоване правильне збирання рідких нечистот і твердих покидьків, для чого треба мати убиральню, гноєсховище і компост.

Місця тимчасового зберігання покидьків і нечистот повинні бути віддалені на значну відстань від жител і джерел водопостачання і виключати можливість забруднення ними грунту, води і повітря.

Для збирання і тимчасового зберігання калу і сечі людей треба влаштовувати убиральні. Вони можуть бути індивідуальними, коли обслуговують окрему сім'ю, або громадськими. В останньому випадку убиральні розміщують на майданах, базарах, в громадських будинках.

Улаштовувані на селі убиральні повинні бути досить прості щодо будови, не потребувати для свого будівництва дефіцитних матеріалів, по можливості бути без вигребу і не потребувати вивезення, а допускати можливість знешкоджування нечистот на території садиби.

Убиральні повинні бути недоступними для мух і, по можливості, отепленими.

У громадських убиральнях необхідно вимагати влаштування непроникного вигребу з урахуванням, щоб була виключена можливість забруднення нечистотами грунту.

Слід пам'ятати, що всі ці відходи є дуже цінним добривом, яке треба широко використовувати для підвищення врожайності наших соціалістичних ланів.

Убиральні

У сільських умовах можна рекомендувати такі типи убиралень: польового типу (рівчаки), ящикового типу, хлівну убиральню та убиральню типу люфт-клозета.

Кожна з рекомендованих убиралень має свої недоліки і переваги.

УБИРАЛЬНЯ ПОЛЬОВОГО ТИПУ (рівчаки) влаштовується на ділянках з тимчасовим перебуванням людей в період польових робіт Рівчаки робляться завглибшки 0,5 м, завширшки 0,25—0,3 і завдовжки з розрахунку 1 погонний метр на 25—30 чол. Вміст рівчаків засипають щодня шаром землі. На рівні зросту людини їх обгороджують хмизом. Хмиз можна заміняти солом'яними матами. Убиральні такого типу розміщують з навітряної сторони на віддалі не менш як 50 м від місць готування їжі, відпочинку, колодязів.

УБИРАЛЬНІ ЯЩИКОВОГО ТИПУ являють собою наземного типу споруду (дерев'яну, глино-солом'яну, валькову) розміром 1,0 × × 1,20 м, висотою 2,1—2,20 м. Замість вигребу під сидінням встановлюють щільно збитий, добре просмолений ящик розміром 0,8 × 0,7 × × 0,6 м з відкритою задньою стінкою із скошеним дном. На дно ящика насипають невеликий шар землі. Нечистоти, сеча, що падають на підстілку, вбираються нею, внаслідок чого запаху не буває. Відкинувши задню стінку, можна легко видалати вміст з ящика.

ХЛІВНА УБИРАЛЬНЯ влаштовується під однією покрівлею з хлівом, але має окремий вхід.

На площі хліва виділяють окремий майданчик, відгороджують його перегородкою, роблять поміст, в якому влаштовують вічко.

Нечистоти і сеча падають на підлогу, яка в цій частині заглиблена. Це заглиблення утрамбоване шаром глини. В цю западину підкидають підстілку з-під тварин. Нечистоти змішують з підстілкою, від чого вони втрачають специфічний запах, а потім виносять їх щодня у гноєсховище.

ЛЮФТ-КЛОЗЕТ — це найбільш удосконалений тип убиральні, яку влаштовують всередині житла, отже, він є теплою убиральнею.

Ця убиральня влаштовується коло зовнішньої стіни у зв'язку з сінями або передпокоєм, поблизу димоходу.

Вигрібну яму влаштовують коло зовнішньої стіни поза будинком.

Під сидінням влаштовують вентиляційний канал, що йде поруч з димовими каналами печі. В люфт-клозеті не можна влаштовувати

квартирки. Лише в дверях з боку сіней роблять вентиляційні гратки, які підсмоктують повітря в убиральню з боку сіней.

Очищення вигребу від нечистот провадиться 1—2 рази на рік.

Влітку, коли печі не працюють і теплового руху повітря немає, люфт-клозетом користуватись не можна; в цьому випадку треба користуватись дворовою убиральнею.

У вигріб люфт-клозету не можна виливати помиї, бо через це довелось би частіше чистити вигріб.

Люфт-клозети, як гігієнічні установки, треба широко впроваджувати в практику будівництва шкіл, лікарень, ясел, клубів, громадських будинків, де не можна спускати стоки в каналізацію.

Усі дворового типу убиральні треба розміщувати не ближче як за 15 м від житла і 20 м від колодязя.

Ємкість громадських убиралень треба розраховувати так: у школах — 1 вічко на 50 чоловік, в яслах — 1 вічко на 20 чоловік і в клубах — 1 вічко на 100 відвідувачів.

Гноєсховище

Для збирання і тимчасового зберігання гною і сечі в індивідуальних садибах і фермах рекомендується влаштовувати гноєсховища.

Основна вимога при влаштуванні їх — непроникність основи і наявність у ній схилу до проходу.

Вздовж гноєсховищ влаштовують лотки для надходження сечі, яка потім збирається в непроникний збірник (можливо, просмолену бочку, розміщену коло гноєсховища).

Основу під гноєсховище роблять з утрамбованої глини, завтовшки 25—30 см. На цій основі ставиться щільно збитий ящик з кришкою.

Рідину, що виливається і стікає з штабеля гною, використовують для зволоження гною, який підсихає ззовні.

Компостування

Компостування нечистот і покидьків є одним з раціональних методів знешкодження їх.

У компостних купах знешкоджується сміття, нечистоти, попіл, гній, відходи продуктів громадського харчування та інші покидьки, які не можуть бути використані для відгодівлі тварин.

Компостні купи влаштовують на віддалі 10—15 м від жител, на площадці, добре утрамбованій глиною, обгородженій невеликим земляним валом, заввишки приблизно в 30 см, обведеній канавкою, яка не допускає попадання або проникнення атмосферних вод.

Компостні купи мають вигляд зрізаної піраміди. Вони влаштовуються звичайно таких розмірів: ширина — 2 м, висота — 1—1,50 м, довжина — 2—2,5 м.

Для індивідуального компостування звичайно досить площадки розміром 10 м². На дно площадки кладуть шар торфу або землі.

У компостні купи вносять нечистоти і покидьки, які укладають шаром у 8—10 см; зверху їх присипають шаром торфу, городньої землі або піску. Зверху послідовно кладуть шар покидьків нечистот, а потім знову шар торфу, городньої землі і т. д. доти, поки висота компостної купи не досягне 1—1,5 м.

З метою запобігти розвиткові і виплодові мух, штабель компосту з боків і зверху присипають шаром пухкої землі. Для зволожування час від часу компостну купу поливають помиями.

Коли компостна купа досягне висоти 1—1,5 м, її залишають для дозрівання, а потім через 2—3 місяці її перелопачують. Строк дозрівання компосту в наших умовах звичайно 5—7 місяців, а закладеного взимку — 8—10 місяців.

Мікроби, що є у покидьках, досить швидко гинуть в результаті діяльності термофільних бактерій. Для їх розвитку в компості необхідний хороший доступ повітря, наявність вологи і лужної реакції середовища. З цією метою компостні купи треба перелопачувати і поливати помиями.

В результаті життєдіяльності термофільних бактерій температура в компостних купах досягає 66°, в результаті чого гинуть яйця глистів та деякі бактерії, що попадають у компост.

Звичайно на ділянці рекомендується закладати не менш як 2 компости, з них один дозріває, а другий завантажується. У компостні купи не можна вносити такі покидьки, як бите скло, куски металу, кістки тощо.

Після дозрівання компосту його застосовують у вигляді добрива для саду і городу. Компостування є інтенсивним і раціональним методом знешкодження покидьків і нечистот.

Ще більш культурно і на більш високому санітарному рівні повинно бути організоване очищення місць громадського користування на селі — лікарні, санітарні станції, школи, радянські і торговельні заклади тощо. В них збирання, видалення і знешкоджування твердих покидьків і рідких нечистот треба організувати так, щоб колгоспники брали приклад і за зразком цих установ улаштовували б санітарно-технічні установки і у себе на садибі.

На ринках, площах, при багатоквартирних будинках і гуртожитках, школах, лікарнях та інших установах для збирання сміття треба влаштовувати сміттеприймачі. Вони мають бути об'ємом не більше 0,5^3 без щілин, з щільною кришкою. Сміття треба вивозити не рідше одного разу на тиждень на компостні поля; при цих умовах сміття не буде загнивати, а мухи не встигнуть виплодитись.

При лікарнях, ветеринарних лікарнях, де сміття може являти собою небезпеку, рекомендується влаштовувати біотермічні камери, рисунок яких можна одержати в районній санітарній станції.

Рідкі покидькі (фекалії), які підлягають вивезенню, знешкоджуються і одночасно утилізуються як добриво на полях асенізації. Після вивезення на поле рідкі покидьки обов'язково переорюються.

На цих полях забороняється вирощувати городні культури, що споживаються сирими (салат, редис, огірки, помідори тощо).

Крім зазначених вище заходів щодо очищення сільських населених місць, треба добиватися старанного і систематичного прибирання площ і вулиць, правильного влаштування кладовищ і скотомогильників.

Ділянки під кладовище треба вибирати на віддалі не менше 300 м від жилих будинків і джерел водопостачання, на рівних, трохи підвищених місцях. Грунт повинен бути сухий, пористий, незаболочений. Глинясті грунти для цієї мети непридатні. Рівень стічних грунтових вод повинен бути нижче дна могили не менш як на 1 м.

На одну могилу потрібна площа землі в 6 м^2 (довжина могили— 2 м, ширина—1 м, розриви між могилами по довжині і ширині—1 м).

Глибина поховання не менше 1,5 м. Кладовище повинно бути добре озеленене і мати зручні під'їзні шляхи.

Скотомогильники влаштовуються на віддалі від населеного пункту і джерел водопостачання не ближче 1 км. Навколо скотомогильника виривається канава завглибшки 1 м і влаштовується огорожа. Глибина могили не менше 2,5 м. Планування і порядок експлуатації встановлюється ветеринарним наглядом.

ГІГІЄНА ПРАЦІ НА ПОЛЬОВИХ РОБОТАХ

Польові сільськогосподарські роботи зв'язані з перебуванням робітників в умовах низької або високої температури повітря, значного напруження радіаційного тепла, в забрудненій іноді атмосфері. Робота на різних сільськогосподарських машинах і знаряддях зв'язана з вимушеним положенням тіла, а в деяких випадках при недодержанні спеціальних заходів захисту — з можливістю виникнення травматизму. Наявність виробничих шкідливостей на польових роботах зобов'язує медичних працівників знати ці шкідливості і добиватися здійснення профілактичних заходів, що усувають шкідливий вплив зазначених виробничих факторів на стан здоров'я сільськогосподарських робітників.

МЕТЕОРОЛОГІЧНІ УМОВИ

В період проведення весняних і осінніх польових робіт робітники зазнають впливу різних метеорологічних умов. В результаті різкої зміни температури, вологості і швидкості руху повітря в деяких випадках може мати місце охолодження організму робітників.

Поряд з цим метеорологічні умови зовнішнього повітря в період проведення весняних і осінніх польових робіт можуть бути фактором, який тренує організм і тим самим знижує схильність його до простудних захворювань.

Профілактика простудних захворювань серед сільськогосподарських робітників повинна провадитись в таких напрямках: 1) необхідно постійно тренувати організм до низьких температур. Таке тренування має місце в природних умовах, в період проведення весняних і осінніх польових робіт. Тренувати організм до низьких температур можна штучно; для цього слід щодня перед сном обмивати кожну стопу до кісточок холодноватою водою протягом 1—3 хвилин з поступовим зниженням температури води від 18 до 5° Ц. Така нескладна процедура сприяє загальному загартуванню організму; 2) підбір раціонального теплого одягу і взуття. Найкращим видом одягу для сільськогосподарських робіт на весняний і осінній періоди слід визнати ватну фуфайку, ватні штани, шапку-вушанку і чоботи; 3) проведення спеціальних заходів захисту трактористів від несприятливого впливу метеорологічних умов. Двостінна кабіна з повітряним прошарком між зовнішньою металевою і внутрішньою дерев'яною стінами. Кабіна повинна мати двоє дверей і вітровідбійні щитки з небитного скла. Підлога в кабіні має бути дерев'яна.

При роботі в умовах високої температури повітря і значного напруження сонячної радіації може порушитися теплообмін організму з навколишнім середовищем. В результаті порушення теплообміну підвищується температура тіла (37,3—37,5° Ц), прискорюється сер-

цева діяльність (100—110 ударів на хвилину), різко посилюється потовиділення. При сильному потінні організм втрачає значну кількість солей, в результаті чого може настати порушення водно-сольового обміну. Втрата великої кількості води і солей посилює спрагу. В свою чергу, приймання великої кількості води (3—5 л) створює додаткову роботу серцю і видільним органам.

Сільськогосподарські робітники в деяких випадках можуть зазнавати небезпеки сонячного удару, який може виникнути при безпосередньому діянні інфрачервоного проміння на мозкові оболонки і мозкову тканину.

Для захисту трактористів, комбайнерів, штурвальних і робітників причіпних знарядь (культиватор, соломоскопнитель) від несприятливого впливу на організм високої температури повітря і сонячного випромінювання треба влаштовувати захисні зонти. На тракторах, обладнаних кабінами, треба фарбувати покрівлю білою алюмінійовою фарбою. Під ноги трактористові, комбайнерові і штурвальному слід класти зволожену водою мішковину. Над критими токами треба влаштовувати навіси, причому висота покрівлі над помостом молотарки має бути не менше 2 м, ширина і довжина навісу над молотаркою мають бути такими, щоб він виступав не менш як на 1 м в усі сторони над помостом молотарки. Одяг повинен бути легкий, з бавовняних тканин, бажано світлих тонів. Голову від сонячної радіації найкраще захищати солом'яним капелюхом з широкими полями. У найбільш жарку пору дня слід влаштовувати обідню перерву, під час якої треба надавати робітникам можливість прийняти душ. Для того, щоб задовольнити потребу у воді в жаркий літній день, треба кожному робітникові забезпечити не менш як 2,5—3 л доброякісної холодної води. Воду рекомендується зберігати в термосах, наприклад, в таких, які встановлені на самохідному комбайні.

ПИЛ

Робота в польових умовах зв'язана з можливістю діяння на організм робітників пилу. Особливо запилене повітря може бути при боронуванні, культивації і роботі на молотильних токах, значно менше — при збиранні зернових комбайнами. Джерелом утворення пилу є гусениці трактора, хедер, молотарка комбайна, транспортер, який скидає солому в приймач копнителя, віялка тощо.

Боротьбу з пилом треба вести в напрямі максимальної герметизації тих процесів, які проходять з великим пилоутворенням (герметизація молотарок, комбайнів, віялок), і влаштування захисних щитів і укрить, що перешкоджають підніманню пилу в повітря. На колісних тракторах старих систем треба влаштовувати підлогу. Зменшенню кількості пилу в робочій зоні тракториста, комбайнера і робітників причіпних знарядь сприяє правильний вибір напряму руху трактора і комбайна відносно напряму руху вітру. Для цього ж треба встановлювати молотарку вздовж напряму пануючих у даній місцевості вітрів.

Робітникам молотильного току, трактористам і комбайнерам необхідно надати можливість щодня користуватися душем.

Для захисту очей треба користуватися захисними окулярами сільськогосподарського типу. В деяких випадках (при роботі на копнителях) слід користуватися марльовими пов'язками. Тракторист, комбайнери і штурвальні мають забезпечуватись спеціальними комбінезонами (ГОСТ—№ 3591—3594).

ОТРУТОХІМІКАТИ, ОТРУТНІ РЕЧОВИНИ

Сільськогосподарські роботи зв'язані з застосуванням різних хімічних речовин для боротьби з шкідниками сільського господарства (протруювання посівного матеріалу, обпилювання посівів, застосування добрив).

Як протруювачі (фунгісиди) найчастіше застосовуються такі хімічні речовини:

Гранозан (НІУІФ-2)—порошкоподібний протруювач, який містить ртутно-органічні сполуки, розбавлені тальком або фосфористим борошном (наповнювачі). Органічні сполуки ртуті в гранозані становлять 2—3%.

Протарс (ПД) — також порошкоподібний протруювач, який містить 10—11% миш'яковистого кальцію.

Паризька зелень — зелений порошок, який містить до 68,7% As_2O_3.

Препарат АБ — порошок слабоголубого або слабосірого кольору, який містить 15—16% вуглекислої міді.

Формалін — 40% водний розчин формальдегіду. Містить невелику кількість метилового спирту, мурав'їної кислоти і ацетону. Має різкий запах, який подразнює слизові оболонки очей і верхніх дихальних шляхів.

Гранозан, протарс, паризька зелень і нерозведений формалін належать до сильнодіючих хімічних речовин.

Для боротьби з різними комахами — шкідниками сільськогосподарських культур — тепер широко застосовуються такі хімічні речовини (інсектициди), як гексахлоран і фосфоро-органічні сполуки, ДДТ.

Гексахлоран — порошкоподібна синтетична органічна сполука з специфічним запахом плісняви, застосовується в сумішці з тальком, діюче начало становить 7—12%, і ДДТ — дихлор-дифеніл-трихлоретан (6%) в сумішці з тальком або каоліном.

Гексахлоран і ДДТ застосовуються у вигляді порошків (дустів), водних емульсій, суспензій і розчинів. Найбільше поширення має дуст гексахлорану і ДДТ. Всі ці хімічні речовини можуть мати, при певних умовах, токсичний вплив на організм людини.

Найбільш поширеними видами добрив є: азотні (аміачна селітра, сульфат амонію) і фосфатні (фосфоритне борошно, суперфосфат, томасшлакове борошно). При роботі з добривами також треба враховувати можливість їх шкідливого діяння на організм людини (на слизові оболонки дихальних шляхів, кон'юнктиву і рогівку). Серед робітників, які систематично вдихають томасшлаковий пил, спостерігається збільшення захворювань на пневмонію.

Процес протруювання зерна проводиться в спеціальних машинах (універсальний протруювач) або звичайних бочках, для чого у лійку протруювача або бочку засипається зерно і додається в певній пропорції протруювач. При обертанні барабана протруювача або бочки зерно покривається тонким шаром отрути, яка знищує спори різних грибків. Протруєне зерно висипається через спеціальний отвір або той самий отвір бочки. При недодержанні правил обережності при протруюванні зерна в повітря може надходити велика кількість отрутного пилу.

Значне запилення повітря може бути також при обпилюванні рослин і розсіюванні добрив.

Профілактика отруєнь у сільському господарстві при роботі з різними отрутохімікатами викладена у спеціальних інструкціях, затверджених міністерствами охорони здоров'я і сільського господарства УРСР.

Щоб виключити можливість отруєнь, треба додержувати таких правил:

Особам, що стикаються з отрутними хімічними речовинами, треба працювати в халатах і рукавичках, виключаючи таким чином можливість забруднення тіла і одягу. Щоб запобігти можливості попадання отрутного пилу в організм через дихальні шляхи, необхідно працювати в респіраторах або марльових обв'язках. Для захисту очей треба користуватись окулярами. Протруювання насіння слід провадити тільки на відкритому повітрі (в разі негоди — можна під навісом) Ні в якому разі не можна проводити обпилювання вручну. Обпилювання рослин, удобрення грунту і протруювання слід проводити в ранкові і вечірні години, коли буває найменший рух повітря, причому робітники повинні ставати так, щоб отрутний пил рухом повітря відносився вбік від них. Віддаль від площадки, де проводиться протруювання, до найближчого жилого приміщення повинна бути не менше 100 м.

Робочий день для осіб, зайнятих сухим протруюванням, не повинен перевищувати 4 годин; решту часу робітники мають бути використані на інших роботах.

До роботи з такими отрутохімікатами, як гранозан, паризька зелень і протарс, підлітків допускати не можна.

Не можна приймати їжу, курити і пити воду у складі, де зберігаються отрутохімікати, в місцях, де проводиться протруювання насіння, обпилювання рослин або удобрення грунту. В тих місцях, де проводиться робота з отрутохімікатами, не можна також зберігати їжу і воду для пиття.

Після закінчення роботи треба зняти спецодяг і залишити його на місці роботи, верхній одяг добре вичистити, тіло і лице обмити теплою водою з милом, рот прополоскати чистою водою.

Останнім часом у сільському господарстві дуже поширився етильований бензин (на відміну від звичайного бензину етильований бензин забарвлюється в рожевий колір).

Етильований бензин одержують, додаючи до звичайного бензину невеликі кількості (0.06%) тетраетилсвинцю, який значно підвищує якість пального. Незважаючи на те, що етильований бензин містить незначну кількість цієї речовини, він має отрутні властивості і при проникненні в організм може викликати отруєння. Тетраетилсвинець дуже летючий. Навіть при температурі нижче 0° в повітрі можуть утворитись значні концентрації його пари. Він має здатність легко проникати в пористі матеріали і довгий час в них зберігатися.

В організм людини тетраетилсвинець може проникнути через органи дихання, шлунково-кишковий тракт і непошкоджену шкіру, не викликаючи при цьому яких-небудь неприємних відчувань.

З метою профілактики насамперед треба виключити можливість забруднення повітря парою етильованого бензину. Дуже важливо, щоб перевантажування етильованого бензину із залізничних цистерн в автоцистерни, з автоцистерн у бензосховища та з бензосховищ в тару для заправляння тракторів, комбайнів і автомашин проводилось з допомогою насосів з додержанням заходів обережності проти обливання ним одягу, підлоги, устаткування. Не можна допускати пере-

несення етильованого бензину у відкритій тарі. На тарі, в якій зберігається етильований бензин, має бути напис «Етильований бензин отрутний». Спецодяг повинен бути добре припасований до зросту, справно і щільно застібнутий, зберігатися на місці роботи, у спеціально відведеному місці і прати́ся кожні 7—10 днів. Там. де провадиться робота з етильованим бензином, не можна приймати їжу, пити і курити. Не можна мити руки етильованим бензином і підсмоктувати бензином ротом (з допомогою шланга). Якщо за якихнебудь обставин етильований бензин розлився, то треба негайно провести дегазацію. Добрим дегазуючим засобом є хлорне вапно.

Отруєння продуктами розщеплення тетраетилсвинцю може статися, якщо не додержувати заходів обережності при розбиранні і ремонті моторів, що працювали на етильованому бензині. Зараженими можуть бути: карбюратор, бензопроводи із з'єднаннями, кранами і фільтрами, вихлопні труби, циліндри, поршні, клапани і свічки. Особи, що проводять розбирання і промивання цих деталей, повинні бути одягнені в комбінезони і гумові рукавички. Промивання треба робити протягом 10—15 хвилин у гасі. Після цього можна починати очищення деталей. Воно повинно проводитись обов'язково у витяжних шафах. Щоб уникнути нагромадження отрутного пилу в приміщенні майстерні, шліфування поршнів та інші аналогічні роботи треба проводити мокрим способом. Для видалення пари бензину при зварюванні або паянні бензобака необхідно промити його кілька разів гарячою водою або пропарити, а потім провітрити до зникнення запаху бензину.

Приміщення для розбирання моторів має бути обладнане штучною вентиляцією. Під час роботи двигунів внутрішнього згоряння, в деяких випадках не виключена можливість дії на робітників чадного газу.

Щоб запобігти отруєнню при роботі на тракторах і комбайнах, треба вивести вихлопну трубу вище покрівлі кабіни або захисного зонта на 400—500 мм. На вихлопній трубі трактора, який забезпечує роботу молотарки, встановити ежектор. При випробуванні моторів у майстернях необхідно на вихлопну трубу накидати спеціально обладнані шланги, які викидають вихлопні гази в атмосферу.

При додержанні зазначених заходів обережності при роботі з отрутохімікатами і етильованим бензином цілком виключається можливість несприятливого впливу цих речовин на стан здоров'я і фізичний розвиток людини.

ВИМУШЕНЕ ПОЛОЖЕННЯ ТІЛА

Несприятливим моментом при роботі на деяких сільськогосподарських машинах і знаряддях є відсутність раціонально влаштованого сидіння. В результаті цього трактористові доводиться витрачати багато сил для підтримування в певному положенні корпуса і рук. Необхідно влаштовувати м'яке сидіння з напівм'якою спинкою в поперековій ділянці, підлокотниками і опорою для ніг.

СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ

Виробничі травми в умовах польових сільськогосподарських робіт можуть виникнути при неправильній організації трудового процесу і робочого місця, при конструктивних недоліках машин і зна-

рядь, в результаті користування несправним інструментом, при недодержанні правил техніки безпеки, відсутності огороджень, бар'єрів та інших видів огороджувальних споруд.

На тракторі травми виникають здебільшого при віддачі під час заводки його, при ремонті його, при догляді на ходу, змащуванні, при необережному відкриванні кришки радіатора і т. д.

На комбайні нещасливі випадки можливі при проведенні на ходу таких операцій, як очищення ножів, транспортера і барабана. Нещасливі випадки можливі також при змащуванні комбайнів на ходу, зіскакуванні, їзді на підніжках.

На молотарці тривматизм може мати місце, якщо немає огороджень рухових частин, при попаданні в барабан молотарки яких-небудь сторонніх предметів, при огляді і ремонті на ходу.

При роботі на причіпних знаряддях (сівалка, культиватор) нещасливі випадки можливі, якщо немає сигналізації з цих машин на трактор та при неправильному кріпленні причіпних знарядь.

При роботі на соломорізці поранення рук може статися при необережному подаванні соломи або при відсутності захисної кришки.

Найбільш частою причиною травматизму при роботі різними інструментами є їх несправність.

Окрему групу виробничого травматизму становлять пошкодження, що виникають у зв'язку з недбайливим зберіганням борін, кіс, серпів, вил і грабель. Кинуті у віз з сіном, на скирту або стіг вила, граблі, серп або коса, або перевернуті догори зубцями борони можуть бути причиною дуже серйозних пошкоджень.

Велике значення у виникненні сільськогосподарського травматизму має нераціональне влаштування освітлення тракторів, причіпних знарядь та інших сільськогосподарських машин при роботі вночі. Використання фар для освітлення не забезпечує необхідної освітленості на робочих місцях, сліпить робітників і, таким чином, сприяє виникненню нещасливих випадків.

Щоб запобігти виробничому травматизмові на сільськогосподарських роботах, необхідно: 1) правильно організувати трудовий процес, тобто підібрати і розставити робочу силу згідно з її кваліфікацією, встановити суворий контроль за цілістю і справністю всіх механізмів і ручного інструменту, встановити захисні прилади, організувати такий порядок, коли пуск і установлення всякого механізму і машин провадиться за сигналом, підвищувати трудову дисципліну;

2) передбачати раціональне освітлення з використанням світильників місцевого освітлення, забезпечивши в зоні захоплення причіпних знарядь при обробітку грунту 2 люкси, при сівбі на висіваючих апаратах — не менш як 15—20 люксів, при збиранні — на ріжучому апараті — 5 люксів, при обробітку просапних культур — 2—5 люксів. Освітленість на механізмах управління, транспортерах і місцях, небезпечних щодо травматизму, повинна бути не менше 5 люксів;

3) необхідно вивчати і усувати конструктивні недоліки машин і знарядь, що стосуються заходів техніки безпеки (захисні прилади, безпечна заводна ручка), влаштування сигналізації з причіпних знарядь на трактор, кріплення причіпних знарядь з допомогою причіпної скоби;

4) підвищувати кваліфікацію робітників, їх загальну технічну підготовку і спеціально проводити інструктаж про безпечні методи роботи;

5) проводити детальне розслідування кожного нещасливого ви-

падку за встановленою для цього формою і разом з директором радгоспу, МТС, головою колгоспу при участі осіб, що відають технікою безпеки (інженер-механік), намічати запобіжні заходи і стежити за їх виконанням.

Серед заходів боротьби з сільськогосподарським травматизмом треба передбачити організацію на кожному агрегаті санітарного поста для подання першої медичної допомоги.

Нарешті, до заходів боротьби з сільськогосподарським травматизмом треба віднести організацію санітарного поста на кожному агрегаті і забезпечення його польовою аптечкою для подання першої медичної допомоги.

САНІТАРНО-ХАРЧОВИЙ НАГЛЯД

Завданням санітарно-харчового нагляду на селі є контроль за забезпеченням населення доброякісними харчовими продуктами.

В умовах села санітарний нагляд проводиться за утриманням їдалень, чайних, забійних пунктів, пекарень, молочних ферм, молокозливних, плодоовочевих і грибоварних пунктів, базарів та ін.

Для всіх сільських харчових об'єктів існує ряд загальних санітарно-гігієнічних правил.

Територія їх повинна бути чиста, озеленена. Для підтримування чистоти в приміщеннях, утримання в чистоті обладнання і забезпечення хорошої особистої гігієни працівників треба мати достатню кількість води.

ОСОБИСТА ГІГІЄНА. Працівники харчових об'єктів мають піддаватись щомісячному медичному оглядові.

Працівники харчових об'єктів повинні стежити за особистою гігієною, щотижня відвідувати баню і міняти натільну білизну, стежити за чистотою рук, коротко стригти нігти, стежити за зубами.

Не допускаються до роботи або підлягають тимчасовому усуненню харчові працівники при наявності таких захворювань:

а) черевного тифу, паратифу, дизентерії гострої і хронічної, а також інших гострих інфекційних захворювань;

б) сифілісу в заразному періоді, гонореї гострої, м'якого шанкру, актиномікозу з виразками або фістулами на відкритих частинах тіла, риносклероми і гнильного нежитю, прокази, гнильного бронхіту, калової фістули, нетримання сечі і калу, бленореї, запальних процесів очей заразного походження, корости та інших захворювань шкіри, гноячкових захворювань шкіри, незаразних захворювань шкіри, розміщених на відкритих частинах тіла (вовчак, екзема тощо), туберкульозу у відкритій формі.

Не допускаються до роботи особи, які мають у сім'ї або в квартирі, де вони проживають, хворих на гострозаразні захворювання (черевний тиф, паратиф, дизентерію, дифтерію і скарлатину тощо).

При вступі на роботу і не рідше як один раз на рік працівники харчових об'єктів піддаються дослідженню на носіння черевнотифозних, паратифозних і дизентерійних збудників.

На харчових підприємствах, в їдальнях і магазинах, на складах і в зерносховищах треба вести боротьбу з гризунами і мухами.

МОЛОЧНА ФЕРМА І МОЛОКОПРИЙМАЛЬНИЙ ПУНКТ. Санітарний нагляд за місцями одержання молока (молочнотоварні і племінні ферми) повинен бути спрямований на максимальне зниження бактеріальної і механічної забрудненості його.

Для цього необхідно стежити за хорошим санітарним утриманням приміщень ферми і молочних тварин. В кожному корівнику повинна бути аптечка, а в ній бинти, йод, вазелін і т. д.

При кожному корівнику треба влаштувати молочні для приймання і зберігання молока. Приміщення молочних повинні бути сухими, стіни оштукатурені і побілені свіжогашеним вапном, підлога непроникна, утримуватися в чистоті і щодня митися.

Доярки повинні мати халати і косинки. Відра, фляги, доїльні машини треба утримувати в чистоті.

Молоко після доїння корів треба проціджувати і охолоджувати льодом, колодязною або джерельною водою.

В разі виявлення у молочної худоби заразних захворювань, спільних для людини і тварини (сибірка, ящур, бруцельоз та ін.), ветеринарний нагляд зобов'язаний повідомити про це місцеву санітарно-епідеміологічну станцію для проведення відповідних профілактичних заходів.

Молокоприймальні пункти треба розміщувати ізольовано від жилих приміщень і мати достатню кількість чистого льоду для охолодження молока.

Не можна допускати розміщення молокоприймальних пунктів у жилих кімнатах разом з мешканцями.

Перевозити молоко треба у спеціальних молочних флягах. Для щільної закупорки фляги повинні мати кришки з гумовими кільцями, а коли їх немає, — то заміняти їх чистою марлею, пергаментом, напівпергаментом, чистим, білим папером.

ХЛІБОПЕКАРНЯ. Для здійснення медичного нагляду за сільською хлібопекарнею треба звертати увагу на створення гігієнічних умов готування хліба і на доброякісність борошна, допоміжних продуктів (молоко. масло, яйця, дріжджі, сіль) і випеченого хліба.

Все борошно, що надходить на виробництво, треба просіювати, а сіль вносити в тісто розчиненою і тільки через сито.

Хліб, винутий з печі, треба негайно виносити в окреме приміщення і укладати на полицях.

Категорично забороняється зберігати хліб навалом, а також укладати його на підлогу.

Винутий з печі хліб повинен прохолонути перш ніж буде відпущений споживачам. Відпуск неохолодженого хліба забороняється.

Перевозити хліб і хлібобулочні вироби треба спеціально виділеним авто- і гужовим транспортом із спеціальними обладнаними полицями і лотками.

Для сидіння візника, а також інших осіб, що супроводять хліб, повинні бути влаштовані спеціальні місця.

СКОТОЗАБІЙНИЙ ПУНКТ. Для забезпечення доброякісним м'ясом треба влаштувати скотозабійний пункт.

Такий пункт має бути розміщений на віддалі не менше 300 м від жилих будівель, територія його має бути обгороджена парканом.

Скотозабійний пункт повинен бути забезпечений доброякісною водою і в достатній кількості.

Забійний пункт повинен мати відгороджені стіною відділи: забійний, кишковий, прохолоджувальний (для прохолодження м'яса), шкірно-солильний, кімнату для робітників, приміщення для знешкодження умовнопридатного м'яса, кімнату ветеринарного лікаря.

М'ясо треба вивозити спеціальним транспортом у чистій тарі, закритій клейонкою або тканиною. М'ясо обов'язково треба клеймити.

М'ясні туші, визнані придатними для їжі людей, клеймяться клеймом чотирикутної або круглої форми.

М'ясо від хворих тварин, яке допускається для харчування після знешкодження, клеймиться клеймом форми рівнобедреного трикутника. Знешкодження такого м'яса має провадитися на бійні.

Неклеймене м'ясо не допускається в продаж і громадське харчування (їдальні, чайні, дитячі будинки, лікарні та ін.).

КОЛГОСПНИЙ РИНОК. На колгоспних ринках медичні працівники повинні стежити за тим, щоб населенню продавались доброякісні продукти. Територія ринку має бути очищена до початку торгівлі і після закінчення її, а в теплу пору року — поливатися. Торгівлю харчовими продуктами треба провадити з ларків, наметів, з постійних столів і з лотків. Торгівля харчовими продуктами безпосередньо з землі категорично забороняється.

Особливу увагу слід звертати на санітарні умови продажу і доброякісність швидкопсувних продуктів — м'яса, риби, молочих продуктів. М'ясні продукти повинні мати клеймо ветеринарного лікаря.

Молоко, масло, сир повинні бути в чистій тарі: скляній, глиняній, полив'яній, дерев'яній або металевій, лудженій; бідони мають закриватися чистими, що щільно закриваються, кришками з прокладками з гуми або з чистого паперу. Мірні кружки для розливання молока треба утримувати в чистоті. Продавці повинні мати чисті фартухи з нагрудниками і нарукавниками.

ПЛОДООВОЧЕВИЙ І ГРИБОВАРНИЙ ПУНКТИ. Медичному наглядові слід звернути увагу на санітарне утримання плодоовочевих і грибних пунктів. Такі пункти повинні бути забезпечені достатньою кількістю питної води для миття плодів, овочів і грибів.

При переробці грибів треба встановити якнайсуворіший нагляд за тим, щоб їх старанно сортували спеціалісти і звільняли від отрутних грибів, споживання яких веде до тяжких отруєнь.

ГРОМАДСЬКЕ ХАРЧУВАННЯ. Велике місце в санітарно-харчовому нагляді на селі повинен займати нагляд за санітарним станом чайних, кухонь лікарні, дитячого будинку, ясел та ін.

Всю увагу тут треба спрямувати на готування доброї їжі з доброякісних продуктів і недопущення харчових отруєнь, які можуть виникнути від харчових продуктів, обсіменених деякими мікробами.

Такі отруєння можуть виникнути при порушенні санітарних правил перевезення, зберігання і кулінарної обробки харчових продуктів, а також в разі затримки з видачею кулінарних виробів.

Особливу увагу слід звертати на правильне готування холодцю, виробів з січеного м'яса, паштету, жареної риби та ін.

М'ясні отруєння можуть виникнути від м'яса хворих тварин.

Не слід користуватися для готування страв качиними і гусячими яйцями. Такі яйця можна їсти тільки крутозвареними. Можна на них випікати дрібні хлібобулочні вироби.

Приготовлену страву треба видавати в найближчі 2—3 години. Затримування таких страв з ранку до вечора або на ніч може призвести до псування їх і до харчових отруєнь.

Швидкопсувні продукти треба зберігати в льодовні.

Не можна допускати обробку сирих продуктів і готових кулінарних виробів (варене м'ясо, жарена печінка та ін.) на одному і тому самому столі або на спільній дошці.

Посуд повинен бути полуджений. Треба стежити за тим, щоб в їжу не попали отрутні гриби або протруєне зерно.

Подаючи медичну допомогу потерпілим (промивання шлунка, підтримання серцевої діяльності та ін.), треба зібрати в чисту посудину перші промивні води, блювотні маси, рештки їжі і направити їх безпосередньо в лабораторію для дослідження.

Якщо підозрівається отруєння бактеріального походження, береться для дослідження кров хворих.

ХАРЧУВАННЯ В ПОЛІ. Особливу увагу треба звертати на виконання санітарно-гігієнічних правил організації харчування в період польових робіт. Для готування або підігрівання їжі в полі треба влаштувати польове вогнище. Місце готування і приймання їжі треба захистити від дощу навісом; воно має бути віддалене від стоянок худоби, убиралень тощо.

На кухні повинно бути два столи: один для обробки сировини і півфабрикатів, другий—для продуктів; які пройшли теплову обробку, та дошки для розбирання продуктів. Для готування і зберігання їжі допускається застосування мідного лудженого і залізного лудженого, чавунного, емальованого, алюмінійового і полив'яного глиняного посуду. Не дозволяється застосування оцинкованого посуду для готування і зберігання їжі. Швидкопсувні продукти — м'ясо, рибу, молоко та ін. — треба завозити з розрахунку не більше добової потреби.

Продукти і готову їжу слід зберігати в умовах, що забезпечують їх збереженість від забруднень. Для захисту від мух продукти, півфабрикати і готову їжу треба прикривати чистою легкою тканиною (марля та ін.) так, щоб тканина не стикалася з продуктами.

Їжу треба готувати окремо для сніданку, обіду і вечері. Їжа, що залишилась, не повинна змішуватись із свіжоприготовленою і може бути вжита тільки після старанної повторної теплової обробки (кип'ятіння, прожарювання).

Залишати їжу на другий день не дозволяється.

В тому разі, якщо робота в полі супроводиться пересуванням, як, наприклад, у роботі тракторних бригад, слід влаштовувати рухомі польові вагони-кухні.

ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ОТРУЄННЯХ НЕВІДОМИМИ (НЕВСТАНОВЛЕНИМИ, НЕРОЗПІЗНАНИМИ) ОТРУТАМИ

Встановивши, куди саме попала отрута (шкіра, очі, дихальні шляхи, всередину та ін.) і в якому стані перебуває хворий (притомність, дихання, пульс, загальне збудження або пригнічення тощо), зробити таке:

А. **При попаданні отрути на шкіру:** обмити шкіру великою кількістю води, покласти пов'язку з гліцериновою або спермацетовою маззю, або з вазеліном чи кольдкремом, забезпечити повний спокій.

Коли є підозра, що на шкіру попав фосфор, необхідно застосувати примочку з 5% розчином сульфату міді (Cuprum sulfuricum). Примочки міняти доти, поки уражена шкіра перестане світитися в темряві.

Б. **При попаданні отрути в очі:** добре промити очі чистою водою, при різких болях закапати очі 2—3 краплями 1% розчину дикаїну, а потім покласти пов'язку, щоб захистити очі від світла.

В. **При попаданні отрути в дихальні шляхи:** покласти хворого в тепле, добре провітрюване приміщення; звільнити від одягу; давати вдихати кисень, карбоген (суміш кисню і вуглецевої кислоти— CO_2). Коли дихання спинилось або недостатнє, робити довго штучне дихання.

При сильному подразненні слизових оболонок (сльозотеча, слинотеча, чхання, приступи кашлю, утруднене вдихання) робити штучного дихання не можна. Між приступами давати вдихати кисень. Промивати очі і ніс 2% розчином соди, ним же полоскати рот.

Г. **При отруєнні через рот:** спорожнити шлунок, промиваючи його доти, поки промивна вода не стане зовсім прозорою. Промивають водою або сумішкою вугілля (1—2 столових ложки на 0,5—1 л води), паленої магнезії (50,0—70,0 на 600—1 000 мл води), 0,2% розчином таніну, калій-перманганату (0,5—1 : 1 000). Після промивання доцільно влити в шлунок розчин сольового проносного; магній-сульфату або натрій-сульфату (20—30 г в 400 мл води) разом з вугіллям (2 столових ложки).

При цілковитій притомності потерпілого замість промивання можна випорожнити шлунок, викликавши блювання. Найпевніше й найшвидше діє (через 3—5 хвилин) апоморфін-гідрохлорид, введений під шкіру (Sol. Apomorphini hydrochlorici 1%—0,5—1 мл). Не так надійно і повільніше діють рефлекторні блювотні речовини—мідь-сульфат, цинк-сульфат (Cuprum sulfuricum, Zincum sulfuricum), які вводять в 1—2% розчинах столовими ложками, або лоскотання зіва, спинки язика пір'їною та ін. Пиття великої кількості теплої води або теплої води з кухонною сіллю також посилює блювання.

Після промивання шлунка або блювання потерпілому дають всередину адсорбуючі речовини: вугілля (Carbo activatus), — 1 столову ложку на 2 склянки води, білу глину (Bolus alba) — $^1/_2$—1 столову ложку на $^1/_2$ склянки води, палену магнезію (Magnesia usta) — 50—70 г на 600—800—1 000 мл води. Далі, а коли нема адсорбуючих речовин, то можна й одразу, дати обволікні або слизисті речовини, наприклад, добре розбовтаний яєчний білок чи білкову воду (1—2 білки на 0,5 л води), молоко, молочну сироватку, рослинні слизи, кисіль, борошняний відвар, крохмаль рідко заварений. Коли є підозра на отруєння такими речовинами, які розчиняються в жирах (фосфор, фенол, анілін, нітробензол, папороть, сантонін, кантаридин, камфора, сполуки міді та ін.), не можна давати молока, масла, жирів. Нераціонально призначати обволікні речовини з вугіллям, білою глиною або паленою магнезією.

З кишок отруту видаляють проносними, найкраще сольовими: сульфат магнію (Magnesium sulfuricum) або сульфат натрію (Natrium sulfuricum) по 20,0—30,0, які після промивання шлунка вводять через зонд або дають випити. Нечасто застосовують рицину, коли нема підозри на отруєння жиророзчинною речовиною. Корисно, призначаючи проносне, поставити високу промивну клізму.

Щоб усунути отруту, яка уже всмокталась в організм, дають у великій кількості пити лужні мінеральні води, наприклад, нарзан, боржомі або 0,5—1% розчин гідрокарбонат натрію (Natrium bicarbonicum), сечогінні речовини, наприклад, діуретин, під шкіру вводять ізотонічний розчин натрій-хлориду або ізотонічний розчин (5%) глюкози.

Для збудження дихальної діяльності дають обережно вдихати нашатирний спирт, суміш вуглекислоти — 5% з киснем 95% (карбоген).

Щоб стимулювати центральну нервову систему і серцевосудинну діяльність, вводять під шкіру камфору або кофеїн (10—20% розчин по 1—2 мл), коразол 10% — 1—2 мл, кордіамін — 1 мл, цититон — 0,5—1 мл.

При сильних болях — під шкіру морфін 1—2% розчин — 1 мл або омнопон — 1—2% 1—2 мл.

При переймистих болях у животі — під шкіру 0,5—1 мл 0,1% розчину атропіну або суміш атропіну з морфіном 1% 1—2 мл або папаверином — 2—4% 0,5—1 мл; на живіт — тепло. При судорогах дають вдихати кисень, обережно хлороформ (поки припиняться судороги), потім ставлять клізму з хлорал-гідрату (доза 1,0—2,0) або вводять під шкіру 5 мл 20% розчину мединалу. *Морфіну при судорогах не давати.*

Коли отрута відома, першу допомогу подають так, як зазначено в дальшому розділі (отрути позначені за абеткою).

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ОТРУЄННЯХ ВСТАНОВЛЕНИМИ ОТРУТАМИ

АЕРОН (AERON). Див. *Атропін.*

АКОНІТ (ACONITUM NAPELLUS) — борець «блакитний лютик», «зозулині черевички». Часто культивується в садах; його глікозид аконітин у кількості 0,003—0,004 спричиняє смерть.

Симптоми: неприємний смак у роті, відчуття жару на язиці, а потім втрата чутливості. Блювання, понос, болі в животі. Збудження, судороги, задишка; пульс спочатку повільний, потім прискорюється. Різке ослаблення серцевої діяльності; холодний піт. Може бути маячення.

Перша допомога: кількаразове промивання шлунка. Всередину вугілля (1 столова ложка на 1—2 склянки води). Дати проносне. Магній-сульфат або натрій-сульфат (Magnium sulfuricum, Natrium sulfuricum) по 20,0—30,0. Вдихати кисень. Під шкіру Sol. Atropini sulfurici 0,1% 0,5—1 мл, Sol. Adrenalini hydrochlorici 1 : 1000—0,5—1 мл, кофеїн 10—20% 1—2 мл, камфора 10—20% 1—3 мл, цититон 0,5—1 мл.

АКРИХІН (ACRICHINUM). Симптоми: висипка, переймисті болі в животі. Головний біль. Незначне нервове збудження. Спостерігається порушення зору. Часто буває жовте забарвлення шкіри *(склери не забарвлюються).*

Перша допомога: промивання шлунка розчином калій-перманганату 0,5—1 : 1 000. Проносне (сіль), тепло на живіт, під шкіру кофеїн, камфора (10—20% по 1—2 мл). Затемнення приміщення (берегти очі!). Протипоказані: опій, веронал, люмінал (давати лише при крайньому збудженні). Пити якнайбільше лужних вод: нарзан, боржомі, або 0,5—1% розчин натрій-гідрокарбонату (Natrium bicarbonicum).

АЛКОГОЛЬ ЕТИЛОВИЙ (SPIRITUS VINI). Симптоми: здебільшого почервоніння очей і обличчя. Повільне дихання. Прискорений, малого наповнення пульс. Звуження зіниць, які розширяються при асфіксії, іноді судороги, маячення. Запах алкоголю і піна з рота — блювання. Холодна липка шкіра. Глибокий сон.

Перша допомога: під шкіру апоморфін 1% розчин—0,5 мл; всередину сульфат міді чи цинку 1—2% розчин столовими ложками, промивання шлунка теплою водою, свіже повітря. Вдихання кисню, нашатирного спирту (обережне). Підшкірно кофеїн 10—20% 1 мл, камфора 10—20% 1—2 мл, коразол 10% 1—2 мл, цититон 0,5—1 мл, глюкоза 5% розчин 200—300 мл, стрихнін 0,1% 0,5—1 мл. Гірчичники або тепло на кінцівки. Іноді по 4—7—10 крапель нашатирного спирту з водою всередину.

АЛКОГОЛЬ МЕТИЛОВИЙ (ALCOHOL METHYLICUS), метанол, деревний спирт. Доза 30,0—100,0 смертельна для дорослих; від дози 7,0—8,0 можна осліпнути. Токсичні явища можуть бути і при зовнішньому застосуванні.

Симптоми: явища отруєння здебільшого розвиваються від 3 годин до 4 днів, іноді виявляються швидко; головний біль, шум у вухах, блювання, сонливість *(періодичне збудження).* Порушення зору, зіниці розширені, мало реагують на світло, часто настає сліпота. Задишка, ціаноз. Непритомність.

Перша допомога: промивання шлунка; посилити сечови-

ділення; більше пити рідини. Під шкіру 1—2 мл кофеїну в 10—20% розчині глюкози, стрихнін (Strychninum nitricum) 0,1% розчин 0,5—1 мл. Рекомендується вводити внутрішньовенно 0,5% новокаїн на ізотонічному розчині натрій-хлориду по 10 мл щодня; на курс 15—20 ін'єкцій. Для підтримання серцевосудинної системи і дихання — кофеїн, коразол 10% 1—2 мл.

АМІТАЛ НАТРІЮ (AMYTAL NATRII) див. Веронал.

АМОНІАК. Див. *Нашатирний спирт.*

АНІЛІНУ ГРУПА (АНІЛІНОВІ ФАРБИ, АНТИФЕБРИН, ХІМІЧНІ ОЛІВЦІ, НІТРОБЕНЗОЛ, ФЕНАЦЕТИН).

При вдиханні пари аніліну отруєння розвивається швидко; коли прийнято через рот, то симптоми отруєння проявляються через годину або й пізніше.

Симптоми: обличчя спочатку бліде, а потім синюваточорне, особливо губи. Головний біль, блювання, утруднена розмова, затримане сечовиділення, потьмарена свідомість, іноді судороги.

Перша допомога: коли отруєння від вдихання пари аніліну — свіже повітря, вдихання кисню, внутрішньовенно ізотонічний розчин натрій-хлориду (краще з глюкозою). Штучне дихання. Розтирання. Зогрівання тіла. Під шкіру кофеїн, камфору, адреналін 1 : 1000 0,5—1 мл. Коли анілін випито, дати блювотне, наприклад під шкіру 0,5 мл 1% розчину апоморфін-хлориду. Промити шлунок, дати проносну сіль (не можна рицини). Рекомендують кровопускання. При попаданні в очі чорнила або порошин з олівця промивають очі розчином 1—2% таніну та прикладають мазь з 5% ксероформу. Протипоказано всередину жири, масло, молоко, спирт, ефір.

АНТИП'ЯТНОЛЬ див. *Етилен-хлорид.*

АНТИФЕБРИН (ANTIFEBRINUM). Див. *Анілін.*

АНТИФРИЗ — суміш етиленгліколю з пропіленгліколем, застосовується проти замерзання рідин, наприклад у системі охолодження автомашин.

Етиленгліколь широко застосовується в промисловості — автомобільній, лаковій, тютюновій, текстильній, при виготовленні вибухових речовин та ін. Безколірна рідина, без запаху, солодка на смак, технічний етиленгліколь пекучий на смак, дуже гігроскопічний. Смертельна доза в середньому 100 г.

Симптоми: вияв їх повільний. Спочатку легке оп'яніння, що може тривати 4—6—8 годин, потім з'являються болі в животі, сильна спрага, блювання, іноді з кров'ю, слабість (важкі ноги). Почервоніння обличчя з ціанотичним відтінком. Глибоке з шумом дихання, зіниці розширені, ригідність потиличних м'язів. Температура підвищується. Свідомість потьмарена.

Перша допомога: промивання шлунка водою або 2% розчином Natrii bicarbonici. Під шкіру апоморфін 1 мл 0,5% розчину. Кровопускання (до 500 мл), а потім гемотрансфузія. Рекомендується під шкіру 1—2 мл меркузалу. Внутрішньовенно ізотонічний розчин натрій-хлориду з глюкозою. Також вводять внутрішньовенно 500 мл Sol. Natrii bicarbonici 5% з 100 мл Sol. Glucosi 40%. Показано для ін'єкції внутрішньовенно 10 мл 10% Sol. Calcii chlorati. Зогріти потерпілого. При ослабленні серцевої діяльності і дихання — кофеїн, камфора, кисень.

АРСЕН ТА ЙОГО СПОЛУКИ: Фаулерів розчин, какодилат натрію, атоксил, французька зелень та ін.

Симптоми: сухість в роті. Металічний смак, блювання, понос

«рисоподібними масами», переймисті болі в животі. При великих дозах швидко наростає слабість, сонливість, похолодання кінцівок, непритомність. Очі западають, обличчя загострюється.

Перша допомога: кількаразове промивання шлунка суспензією вугілля (1 столову ложку на 0,5—1 л води), розчином паленої магнезії (Magnesia usta) 50,0—70,0 на 1 л води, протиотрутою від металів (Antidotum metallorum), розчинивши 50—100—200 мл її в 800 мл води.

Всередину по чайній ложці через 5 хвилин давати протиотруту від арсену (Antidotum arsenici). Проносні солі — магній-сульфат (Magnesium sulfuricum) або натрій-сульфат по 20,0—30,0.

Під шкіру камфора, кофеїн (10—20% розчини по 1—2 мл), адреналін 1 : 1000 0,5—1 мл.

Внутрішньовенно 25—40% розчин глюкози 10—20 мл; тіосульфат натрію 10—30% розчин 20—50 мл.

Тепло на живіт. Пити якнайбільше молока, слизових відварів.

АТОКСИЛ (ATOXYLUM) див. *Арсен.*

АТРОПІН (ATROPINUM) і споріднені: гіосціамін, скополамін, белладонна, аерон, блекота, дурман, вовчі ягоди.

Симптоми: розвиваються досить швидко через 10—20 хвилин. Шкіра суха, гаряча, червона, сухі слизові оболонки, сухо в роті, хрипота. Розширені зіниці, порушується зір. Психічне збудження. Пульс і дихання спочатку сповільнюються, а потім прискорюються. Блювання, понос.

Подібна картина отруєння при ботулізмі, але при ньому немає збудження і почервоніння шкіри.

Перша допомога: промивання шлунка (зонд змазати маслом) 0,2% розчином таніну, 0,5—1 : 1000 калій-перманганату, всередину вугілля — 1 столова ложка на 0,5 л води. Високі клізми; підшкірно іноді 1% морфін по 1 мл; хлорал-гідрат 2,0 всередину або в клізмі. Коли почалася стадія паралічу, — кофеїн, цититон 0,5—1 мл (не можна морфіну!). Очі закапати 0,5—1% розчином фізостигміну. Більше пиття. Вливати ізотонічний розчин натрій-хлориду. На голову холодний компрес.

При отруєнні скополаміном взагалі не рекомендується вводити морфін.

БАРБАМІЛ (BARBAMYLUM). Див. *Веронал.*

БЕЛЛАДОННА (BELLADONNA). Див. *Атропін.*

БЕНЗИН (БЕНЗОЛ). Симптоми: При вдиханні кашель, м'язове збудження, іноді судороги, паління в гортані (коли випити 20,0—50,0), нудота, блювання, прискорюється пульс, видихуване повітря має різкий запах бензину. Втрата притомності.

Перша допомога: при отруєнні парою — свіже повітря, штучне дихання, вдихання карбогену (суміш кисню з вуглецем), під шкіру—кофеїн, камфора, коразол (10% 1—2 мл), на кінцівки гірчичники. Коли ж отруєння через рот, то, крім вищезазначеного, під шкіру 1% розчин апоморфіну 0,5 мл, промити шлунок водою з вугіллям; всередину рицинове масло (20,0—30,0), зогріти тіло. Збудження заспокоюють бромом, валеріаною

БЕРТОЛЕТОВА СІЛЬ (KALIUM CHLORICUM). Симптоми: нудота, болі в шлунку, блювання чорнозеленкуватими масами. Ціаноз. Зеленкуватофіолетові плями на шкірі, особливо на губах, носі та лобі. Посилений діурез переходить в анурію. Задишка, судороги, маячення, колапс (смертельна доза 15,0).

Перша допомога: промивання шлунка суспензією вугілля. Ввести через зонд проносну сіль — магній-сульфат або натрій-сульфат 20,0—30,0 в 1—2 склянках води. Кровопускання, а потім переливання крові, а також вливають внутрішньовенно до 500 мл 4% розчину Sol. Natrii bicarbonici, 20—30 мл 30% розчину тіосульфат натрію (Natrium hyposulfurosum). Під шкіру кофеїн, камфору (10—20% по 1—2 мл). Не можна спирту, лимона та кислих напоїв.

БІЛИЛЬНЕ ВАПНО. Див. *Хлор.*

БЛЕКОТА (HYOSCYAMUS NIGER). Див. *Атропін.*

БОЛИГОЛОВ (CONIUM MACULATUM). Симптоми: в легких випадках нудота, блювання, понос; у тяжких випадках — параліч, що починається з нижніх кінцівок і, швидко розвиваючись, уражає дихальні м'язи.

Перша допомога: ввести під шкіру 1% розчин апоморфіну 0,5—1 мл; кілька разів промити шлунок вугіллям (1 столову ложку на 0,5—1 л води). Проносна сіль. Штучне дихання, кофеїн, камфора. Тепле обгортання. Кисень з вуглецем (карбоген).

БОРЕЦЬ (ACONITUM NAPELLUS), «БЛАКИТНИЙ ЛЮТИК». Див. *Аконіт.*

БОРНА КИСЛОТА. БОРАТНА КИСЛОТА (ACIDUM BORICUM). Отруєння буває при промиванні борною кислотою великих порожнин.

Симптоми: слабість, блювання, понос. Почервоніння шкіри, кровотеча з слизових оболонок. Падіння серцевої діяльності.

Перша допомога: промивання шлунка водою з вугіллям. Всередину проносні солі, палену магнезію, вапняну воду, білкову воду, молоко. Під шкіру кофеїн, камфору, ізотонічний розчин натрій-хлориду.

БОТУЛІЗМ — ковбасна, м'ясна, а також консервна, рибна, сирна інтоксикація.

Симптоми з'являються через $^1/_2$—1—2 години, часто через 18—48 годин, іноді пізніше. Нудота, болі в животі, запор (іноді холероподібні поноси). Погіршання зору, нерухомість очного яблука. Шум у вухах, глухота, параліч м'якого піднебіння. Пульс спочатку сповільнений, а потім прискорений до 100—150 ударів за хвилину. Ціаноз обличчя. Параліч.

Перша допомога: блювотне — під шкіру 0,5 мл 1% розчину апоморфіну або всередину сульфат міді (1% розчин столовими ложками); промивання шлунка розчином калій-перманганату 1 : 1000 або 0,2% розчином таніну, або водою з вугіллям; промивати потрібно незалежно від того, скільки часу минуло від початку отруєння; кровопускання за вказівкою лікаря. Під шкіру кофеїн, адреналін 1 : 1000 0,5—1 мл, коразол 10% 1—2 мл. Зогрівання потерпілого. Ввести обов'язково полівалентну сироватку внутрішньом'язово 50—100 мл (25 000—50 000 одиниць). Всередину — рицинове масло, міцний чай, кофе. Під шкіру (5%) або внутрішньовенно (20—40%) глюкозу, ізотонічний розчин натрій-хлориду 0,5—1 л (можна з адреналіном). Хворі мають бути весь час в теплі.

БУРА. Див. *Борна кислота.*

ВЕРОНАЛ (VERONALUM) та похідні барбітурової кислоти (мединал, люмінал, гексенал, барбаміл (амітал натрію) та ін.).

Симптоми розвиваються повільно. Хитка хода, сонливість, що переходить у глибокий сон, який триває кілька днів. Дихання повільне, часто нерівне, почервоніння обличчя. Ціаноз. Маячення. Втрата рогівкового і зіничного рефлексів.

Перша допомога: промивання шлунка розчином калій-перманганату 0,5—1,0 : 1 000, вугіллям (навіть тоді, коли отрута прийнята за добу перед тим). Дати проносні солі — магній-сульфат або натрій-сульфат по 20,0—30,0. Всередину — міцний чай або кофе, дигінорм або гітален по 15—20 крапель через 2 години. Під шкіру Sol. Strychnini nitrici 0,1% по 1 мл, кофеїн, внутрішньовенно Sol. corasoli 10% по 1—2 мл, цититон 0,5—1 мл. На кінцівки гірчичники; зогрівання тіла.

ВОВЧІ ЯГОДИ. Див. *Атропін.*

ВОДЕНЬ-АРСЕНІД. Симптоми: через кілька хвилин після вдихання з'являється слабість, головний біль, нудота, блювання, часто з кров'ю; колір шкіри стає ціанотичний. Сеча забарвлена кров'ю. Печінка й селезінка набрякають і болючі. Згодом — жовтяниця. Температура підвищується, загальний стан гіршає, хворий маячить. З'являються судороги, сечовиділення припиняється. Серцева діяльність різко порушується. Арсен виділяється з організму з сечею та калом протягом 12—30 днів.

Прогноз у тяжких випадках серйозний.

Перша допомога: чисте повітря, симптоматична терапія, а саме: спокій, тепло, вдихання кисню. Під шкіру камфора, кофеїн, Sol. Corasoli 10% по 1 мл. Внутрішньовенно глюкоза, тіосульфат натрію 10—30% розчин 20—50 мл, адреналін 1 : 1000—0,5 мл. Шлунок промити водою з вугіллям. Зогрівання потерпілого.

ВУГЛЕЦЬ П-ОКСИД. Див. *Чадний газ.*

ГАДЮЧА ОТРУТА. Див. *Зміїна отрута.*

ГАЗИ ОТРУТНІ. Див. відповідні назви *(водень-арсенід, вуглець П-оксид, сірководень, чадний газ)*.

ГАС. Отруєння можливе при вдиханні пари гасу (наприклад, коли чистять гасові цистерни) та прийманні всередину.

Симптоми: при вдиханні пари — головний біль і шум у вухах, нудота, сонливість, тремтіння м'язів, судороги, маячення. При прийманні всередину, крім вищезазначених симптомів, — паління в роті, стравоході і шлунку, блювотна маса пахне гасом.

Перша допомога: чисте повітря, штучне дихання, підшкірно — кофеїн, камфора (10—20% розчин по 1—2 мл), промивання шлунка. Дати проносну сіль. При болях — морфін 1% 1 мл, 1% омнопон 1—2 мл.

ГЕКСИЛРЕЗОРЦИН (HEXYLRESORCINUM). Див. *Карболова кислота.*

ГІОСЦІАМІН (HYOSCYAMINUM). Див. *Атропін.*

ГОРИЦВІТ (ADONIS VERNALIS). Див. *Дигіталіс.*

ГРИБИ ОТРУТНІ. Різні гриби дають порівняно різні симптоми отруєння.

а) Симптоми отруєння поганкою виникають і розвиваються через 8—12 годин: болі в животі, блювання, холероподібний понос, іноді запор, загальна слабість, сонливість, судороги.

б) Симптоми отруєння мухоморами розвиваються через 1—3 години: значна слинотеча, потіння, нудота, блювання, понос, іноді кривавий. Коли спожито багато грибів, переважають нервовопсихічні порушення і збудження; маячення, судороги, розширені зіниці, задишка, ціаноз.

в) Симптоми отруєння отрутною сироїжкою: нудота, блювання, болі в животі, понос.

Перша допомога: апоморфін під шкіру — 1% розчин 0,5—

1 мл, енергійне повторне промивання шлунка вугіллям. Вливання у вену 10—20 мл 40% розчину глюкози. Всередину рицинове масло в емульсії. При отруєнні мухоморами — підшкірно Sol. Atropini sulfurici 0,1% по 1 мл, краще в комбінації з стрихніном (Strychninum nitricum 0,1%) — 0,5—1 мл. Для підтримки роботи серця — камфора, кофеїн, коразол (Sol. Corasoli 10% по 1 мл).

ДЕРЕВНИЙ СПИРТ. Див. *Алкоголь метиловий.*

ДИГІТАЛІС (DIGITALIS). Симптоми: болі в животі, нудота, блювання, понос. Пульс спочатку повільний, неправильний. Слабість, сонливість, потім пульс прискорюється, судороги, коматозний стан. Коли пульс не різко сповільнюється, прогноз порівнюючи сприятливий.

Перша допомога: головне спокій, промивання шлунка водою з вугіллям. Під шкіру камфора. Внутрішньовенно 40% розчин глюкози 10—20 мл; на шкіру гірчичники. При блюванні — ковтати лід, уникати м'язового напруження. Не давати блювотних. Іноді показаний амілнітрит (вдихати по 2—3 краплі з вати).

ДІОНІН (DIONINUM). Див. *Морфін.*

ДИФОСГЕН. Див. *Фосген.*

ДУРМАН. Див. *Атропін.*

ЕТИЛЕН-ХЛОРИД, ДИХЛОРЕТАН, ЕТИЛЕН-ДИХЛОРИД. Симптоми: бліда шкіра; болі під ложечкою, нудота, блювотні маси з характерним запахом, що нагадує хлороформ. Слабість. Пульс прискорений, малого наповнення, судороги, втрата притомності.

Перша допомога: при отруєнні через вдихання — свіже повітря, кисень, камфора, кофеїн; при прийманні всередину — промивати шлунок, давати проносні солі. Внутрішньовенно 5—10 мл 10% розчину кальцій-хлориду і глюкоза (40% розчин 10—20 мл). Зогріти тіло.

ЖАВЕЛЕВА ВОДА. Див. *Хлор.*

ЗЕЛЕНЬ ФРАНЦУЗЬКА. Зелена фарба, яка містить арсен. Див. *Арсен.*

ЗМІЇНА ОТРУТА. Симптоми отруєння залежать від виду змії, місця укусу і кількості введеної отрути. Коли отрута з місця укусу швидко попадає в течію крові, симптоми розвиваються швидко й бурхливо.

Місцеві явища отруєння переважають, коли укусить гадюка, а коли очкова змія, то місцеві явища невиразні, а швидко розвивається слабість, сонливість, потьмарення свідомості, параліч глотки та язика. Дихання дуже повільне, серцева діяльність різко ослаблюється.

Перша допомога: негайно після зміїного укуса — під шкіру живота полівалентну протизміїну сироватку (1 частину розвести в 10 частинах стерильної води), перетягти джгутом кінцівку вище місця укусу (не більше як на 2 години). Висмоктати отруту з ранки кровососною банкою (ранку розширити скальпелем). Якщо немає банки, рекомендується висмоктати кров ротом (не можна, коли в роті є виразки). Вирізування або випікання рани пакеленом або 10% настойкою йоду. Навколо місця укусу і в саму ранку впорскують по 2—3 мл Sol. Kalii hypermanganici 2—5% або 2—3 мл Sol. Acidi carbolici 2% розчин. Під шкіру ізотонічний розчин натрій-хлориду, кофеїн, камфору. Пити гарячий чай або кофе.

ЗОЗУЛИНІ ЧЕРЕВИЧКИ. Див. *Аконіт.*

ІНСУЛІН (INSULIN). Симптоми: дедалі більше почуття го-

лоду, стан сп'яніння, свідомість потьмарена, обличчя червоніє або стає блідим, піт, тремтіння, що може перейти в судороги, маячення, втрата рефлексів.

Перша допомога: в легких випадках досить з'їсти кілька грудочок цукру (20—40 г) або шматок хліба (80—100 г). В тяжких випадках слід вводити під шкіру 50—100 мл ізотонічного розчину (5%) глюкози; в клізмі ввести 50 мл розчину глюкози.

ЙОД (T-RA JODI). Отруєння виникає, якщо випити йодної настойки або міцного розчину солі йоду, або люголівського розчину.

Симптоми: паління та болі в роті, шлунку, блювання синіми або бурими масами, іноді понос з слідами крові в калі, слабість, тремтіння рук і ніг. Малий пульс. Специфічний запах видихуваного повітря, часто бувають висипки, кровотечі з носа.

Перша допомога: промити повторно шлунок розчином тіосульфат натрію (Natrium hyposulfurosum) 5 : 1000, потім водою. Всередину — рідко заварений крохмаль, молоко, білкову воду — 1—2 яєчних білки на 1 склянку води, палену магнезію (Magnesia usta), лужну воду (нарзан, боржомі або 0,5 1% розчину гідрокарбонат натрію), лід кусочками. Коли подіяла пара йоду, то показані інгаляції теплої води з 5% розчином тіосульфат натрію або 2% розчин гідрокарбонат натрію, полоскання рота і носа 2% розчином соди (гідрокарбонат натрію).

КАЛІЙ-ГІДРОКСИД, КАЛІЙ ЇДКИЙ (KALIUM CAUSTICUM). Див. *Луги.*

КАЛІЙ МАРГАНЦЕВОКИСЛИЙ. Див. *Калій-перманганат.*

КАЛІЙ - ПЕРМАНГАНАТ (KALIUM HYPERMANGANICUM). Симптоми: пекучий біль у роті, животі, нудота, блювання. Слизові оболонки рожево забарвлені і набрякають. Тяжке дихання.

Перша допомога: обов'язкове і обережне промивання шлунка 0,5—1% розчином тіосульфат натрію, поки вода не стане безбарвною. В перші 15—30 хвилин всередину 1—2 склянки 5% розчину натрій-сульфату. Рекомендуються й блювотні. Всередину вугілля, яєчний білок, молоко. Слизові оболонки можна обмивати 2% розчином бертолетової солі або водень-пероксидом. Симптоматичні: морфін 1%—1 мл, омнопон 1%—1—2 мл, кофеїн, коразол 10%—1—2 мл, камфора, глюкоза, кальцій-бромід.

КАЛОМЕЛЬ (CALOMEL, HYDRARGYRUM CHLORATUM). Див. *Ртуть.*

КАМФОРА (CAMPHORA). Симптоми: збуджений стан нервової системи, що переходить у пригнічений. Маячення, судороги.

Перша допомога: промити шлунок. Дати проносну сіль. При судорогах всередину або клізмою — хлорал-гідрат 1—2 г, барбаміл 0,5 г. Навперемінно тепло і холод на груди. На кінцівки гірчичники. При коматозному стані — кофеїн. Не можна вживати алкогольних напоїв, жирів.

КАРБОЛОВА КИСЛОТА (ACIDUM CARBOLICUM), ФЕНОЛ, ЛІЗОЛ, РЕЗОРЦИН, КРЕОЗОТ, ГЕКСИЛРЕЗОРЦИН. Симптоми: почуття жару та болю в роті, шлунку, по всьому животі — спочатку інтенсивні, а потім стихають. Блювотні маси з запахом фенолу. Обличчя бліде, холодний піт, зіниці розширені, дихання повільне, нерівномірне, пульс частий, малий, згодом стає ниткоподібний. Температура знижується іноді до 33°. Сеча оливковозеленого кольору, на повітрі чорніє. До пари карболової кислоти дуже чутливі діти.

Перша допомога: обережне тривале промивання шлунка теплою водою з паленою магнезією (Magnesia usta) — 30,0 на 1 л води, вапняною водою (Aqua calcis). Всередину вугілля. Коли не можна ввести зонд, дати випити кілька склянок теплої води і під шкіру зробити ін'єкцію апоморфіну 0,5—1 мл 1% розчину. Сульфат магнію або сульфат натрію по 20,0—30,0 як проносне. При сильних болях морфін 1%—1 мл або омнопон 1% 1—2 мл. Щоб підтримати серцевосудинну діяльність—камфора, кофеїн, коразол (10% розчини 2 мл), ізотонічний розчин натрій-хлориду. Ковтати лід кусочками, пити слизисте питво, білкову воду. *Не можна* всередину молока, вершків, масла, жирів, спирту.

Рідку карболову кислоту з поверхні змивають спиртом або вазеліном або маслом.

КІНОВАР. Див. *Сулема.*

КИСЛОТИ (НІТРАТНА, СУЛЬФАТНА, ХЛОРИДНА, АЦЕТАТНА та ін.). Симптоми: тяжкий біль за ходом травного каналу, слинотеча. Слизові оболонки набрякають, вкриваються білою плівкою. Ковтання і дихання утруднені. Блювання — спочатку їжею, потім слизом у великій кількості, навіть кров'яними масами. Якщо раптом блювання припиняється, це іноді вказує на перфорацію шлунка (особливо при отруєнні хлоридною або сульфатною кислотою). Задишка, розширені зіниці, судороги, колапс.

Перша допомога: при отруєнні через рот — протипоказані блювотні і приймання всередину вуглекислих (карбонатних) лугів; в перші 2—4 години обережне промивання шлунка великою кількістю води; всередину палену магнезію (Magnesia usta) 20,0 г на 200 мл води; при попаданні кислот на шкіру — обмити водою, водою з милом, вапняною водою (Aqua Calcis) або 0,5—1% розчином Sol. Natrii caustici.

При сильних болях — морфін 1%—1 мл. При ослабленні серцевої діяльності — кофеїн. Вводять під шкіру ізотонічний розчин натрій-хлориду, глюкозу (5% розчин 200—500 мл).

Дієта: 3—4 дні — коров'яче масло несолоне по чайній ложці до 200,0 — 300,0 на день, сирі білки, слизисті відвари, киселі, фруктові соли, лід кусочками, холодні напої.

КЛІЩОВИНА (RICINUS COMMUNIS). Див. *Рицин.*

КЛОАЧНИЙ ГАЗ. Див. *Сірководень.*

«КЛОПОМОР» — складається з гасу, скипидару, карболової кислоти. Див. ці назви.

КОВБАСНА ОТРУТА. Див. *Ботулізм.*

КОДЕЇН (CODEINUM). Див. *Морфін.*

КОНВАЛІЯ (CONVALLARIA MAJALIS). Див. *Дигіталіс.*

КОНІЇН. Див. *Болиголов.*

КРАСАВКА (BELLADONNA). Див. *Атропін.*

КРЕОЗОТ (CREOSOTUM). Див. *Карболова кислота.*

КУКІЛЬ (ARGOSTEMA GITHAGO). Симптоми: паління в роті, стравоході та шлунку, нудота, блювання, понос, загальна слабість, головний біль, сонливість.

Перша допомога: промивання шлунка, або дати блювотне; проносні солі, кофеїн, камфора. Штучне дихання. Під шкіру цититон по 1 мл. При судорогах всередину або клізмою хлорал-гідрат — 1,0—2,0.

КУКОЛЬВАН (ANAMIRTA COCCULUS), який застосовують для отруєння риб.

Симптоми: болі, нудота, блювання, слинотеча, понос, судороги.

Перша допомога: промити шлунок водою. Блювотна сіль — Cuprum sulfuricum або Zincum sulfuricum в 1% розчині столовими ложками. Проносну сіль, магній-сульфат або натрій-сульфат — 20,0—30,0. Дати всередину або в клізмі 1,0—2,0 хлорал-гідрату. Камфора, кофеїн, штучне дихання.

КУПОРОС МІДНИЙ (CUPRUM SULFURICUM). Див. *Мідь та її сполуки.*

КУПОРОСНЕ МАСЛО. Див. *Кислота сульфатна.*

ЛАВРОВИШНЕВА ВОДА (AQUA LAUROCERASI). Див. *Ціанідна кислота.*

ЛІЗОЛ (LYSOLUM). Див. *Карболова кислота.*

ЛУГИ (АМОНІАК, КАЛІЙ-ГІДРОКСИД, НАТРІЙ-ГІДРОКСИД). Симптоми: сильні болі в роті, глотці. Спрага. Слизові оболонки швидко пошкоджуються (тріскаються). Губи розпухають. Блювотні мати маслянисті, темнокоричневого кольору. При отруєнні амоніаком — гострий запах з рота, слинотеча, конвульсивний кашель. Часто кривавий понос. Кількість сечі значно зменшена. Шкіра холодна.

Перша допомога: обережне промивання шлунка водою, слабким розчином оцтової кислоти (100 мл оцту на 1 л води). Всередину 1% розчин лимонної, винно-тартратної або оцтової кислоти столовими ложками через 5 хвилин. Слизисте питво (Mucilago gummiarabici, 10,0—100,0), молоко, масляні емульсії. Не можна давати блювотних. Холод на живіт. Переливання крові за вказівкою лікаря. Внутрішньовенно 20—30 мл 25—40% глюкози. Серцеві засоби. При попаданні лугів на шкіру — змити водою і на обпечені місця покласти примочку з 5% розчином оцтової, лимонної або хлоратної кислоти.

ЛЮМІНАЛ (LUMINALUM). Див. *Веронал.*

ЛЮТИК. Див. *Аконіт.*

ЛЯПІС (LAPIS INFERNALIS SEU ARGENTUM NITRICUM CRYSTALLISATUM). Див. *Срібло-нітрат.*

МЕДИНАЛ (MEDINALUM). Див. *Веронал.*

МЕРКУЗАЛ (MERCUSALUM). Див. *Ртуть.*

МИГДАЛЬ (ЗВИЧАЙНИЙ, ГІРКИЙ, КІСТОЧКИ З ВИШЕНЬ, СЛИВ, АБРИКОСІВ). Симптоми: нудота, головний біль, почуття стиснення в грудях, серцебиття, ослаблення зору, почервоніння обличчя, ціаноз, судороги.

Перша допомога: промивання шлунка розчином калій-перманганату 0,5—1 : 1000, вугіллям. Внутрішньовенно 20—50 мл 10—30 % розчину тіосульфат-натрію (Natrium hyposulfurosum), глюкозу. Під шкіру — ізотонічний розчин натрій-хлориду, цититон по 1 мл, камфору. Штучне дихання.

МИЛЬНИЙ КОРІНЬ (SAPONARIA OFFICINALIS). Див. *Куріль.*

МІДЬ (CUPRUM) та її сполуки, сульфат міді, мідний купорос, мідні фарби та ін.). Симптоми: металічний смак, місцеве подразнення, слинотеча, нудота, блювання зеленими масами, піт зеленкуватого кольору, перейми сті болі в животі, понос з кров'ю. Слабість серцевої діяльності, судороги. При отруєнні сульфатом міді ($CuSO_4$) та оцтовокислою міддю — язик синьозабарвлений, при отруєнні мідянкою — яр'ю — забарвлення зелене.

Перша допомога: пити більше теплого молока, щоб по-

силити блювання; промивання шлунка розчином жовтої кров'яної солі (Kalium ferrocyanatum) 1 : 1000, водою з вугіллям, розчином калій-перманганату 1 : 1000. Всередину вугілля, палену магнезію (Magnesia usta); сульфат магнію — 20,0—30,0 як проносне; висока клізма. Під шкіру — морфін або омнопон 1% по 1 мл, кофеїн, камфора (10—20% розчини по 1—2 мл). На живіт гарячі компреси. Не можна давати жирів, масел і кислот.

МОЛОЧАЙ (EUPHORBIUM). Симптоми: паління та болі в роті, животі, набрякає язик, шкіра холодна, приступи ядухи (асфіксії). При попаданні на шкіру — нариви, на слизову оболонку носа або очей — сильне запалення (іноді втрата зору).

Перша допомога: промивання шлунка, лід, слизове питво, підшкірно — камфора, кофеїн (10—20% розчини по 1—2 мл), цититон — 0,5—1 мл, слизові оболонки промити содою, борною (1—2% розчини).

МОРФІН І ЙОГО СОЛІ (MORPHINUM), омнопон (пантопон), кодеїн, діонін, опій, героїн. Симптоми: короткочасне збудження, почуття жару в усьому тілі, сверблячка й часто висипки на шкірі, сухо в роті, потім сонливість, що згодом переходить у глибокий сон. Сильне звуження зіниць, слизові оболонки синюшні, температура падає. Затримуються сеча й кал; іноді, особливо у дітей, судороги. Повільне дихання (3—5 разів на хвилину).

Перша допомога: *не можна блювотних.* Тривале промивання шлунка розчином калій-перманганату 0,5—1,0 : 1000 (навіть при отруєнні після підшкірного введення) суспензією вугілля, 0,2% розчином таніну. При отруєнні опієм промивна вода має запах опію. Для збудження дихання підшкірно цититон (Cytitonum) — 1 мл, коразол 10% розчин 1 мл, кофеїн, камфора (10—20% розчини 1—2 мл). Вдихання кисню або карбогену; тривале штучне дихання. Кровопускання і після того введення ізотонічного розчину хлориднатрію. Теплі клізми з розчином оцту (1 частина оцту і 3 частини води на 1—2 склянки). Під шкіру також атропін 0,1% по 1 мл через 2—3 години. Стежити за сечовим міхуром (катетеризація).

МУХОМОРИ. Див. *Гриби отрутні.*

НАФТАЛІН (NAPHTALINUM). Симптоми отруєння: спрага, блювання, переймисті болі в животі. Понос. Ціаноз, болі в ділянці нирок і сечового міхура. Серцева слабість.

Перша допомога: Промивання шлунка вугіллям, блювотне, проносні солі. Кофеїн, камфора, коразол 10% по 1 мл, внутрішньовенно—глюкоза. Тепло на живіт (не можна жирів, алкоголю).

НАШАТИРНИЙ СПИРТ (LIQUOR AMMONII CAUSTICA). Симптоми: нежить, тяжкий кашель, сльозотеча, слинотеча. Сильні болі в гортані, стравоході, животі. Блювання, понос, часто кривавий. Хрипкий голос (набряк слизових оболонок), маячення, непритомність, ослаблення серцевої діяльності, судороги. Похолодання всього тіла.

Перша допомога: обережно промивати шлунок (зонд змазати маслом) розчином оцту 1 : 10 або 1% розчином лимонної кислоти; слизисте питво. Коли отруєння парою аміаку, вдихати теплу пару ізотонічного розчину натрій-хлориду, штучне дихання. Внутрішньовенно ізотонічний розчин натрій-хлориду, глюкозу. Під шкіру камфору, кофеїн.

ОМЕГ БОЛОТНИЙ (CICUTA VIROSA) — віха, кореневище дуже схоже на кореневище селери.

Симптоми: солодко, а потім гірко в роті, болі в животі, блювання. Судороги.

Перша допомога: під шкіру апоморфін 1% 0,5—1 мл, всередину суспензію вугілля. Промити шлунок розчином калій-перманганату (0,4 : 1000). Дати сульфат магнію або натрію (20,0—30,0). Під шкіру камфору, коразол, кофеїн 10% 1—2 мл, стрихнін 0,1% 0,5—1 мл. Внутрішньовенно глюкоза. Показане переливання крові Зогріти тіло.

ОМЕГ ПЛЯМИСТИЙ (CONIUM MACULATUM). Див. *Болиголов.*

ОМНОПОН (OMNOPONUM). Див. *Морфін.*

ОПІЙ (OPIUM). Див. *Морфін.*

ОЦЕТ (ACIDUM ACETICUM). Див. *Кислоти.*

ПАНТОПОН (PANTOPONUM). Див. *Морфін.*

ПАНТОЦИД (PANTOCIDUM). Див. *Хлор.*

ПАПОРОТЬ (FILIX MAS) АБО ЇЇ ЕКСТРАКТ (EXTR. FILICIS MARIS). Симптоми: блювання, понос, болі в животі, зіниці звужені, зір часто порушений, свідомість потьмарюється. Серцева слабість, у дітей часто судороги.

Перша допомога: промити шлунок суспензією вугілля, всередину проносну сіль, слизові відвари, під шкіру кофеїн, камфору, коразол 10% 1—2 мл. Тепло на живіт і кінцівки. Протипоказані молоко, рицинове масло. При судорогах всередину або клізмою хлорал-гідрат 1,0—2.0 або барбаміл 0,5.

ПІЛОКАРПІН (PILOCARPINUM HYDROCHLORICUM). Симптоми: сильна слинотеча, заливний піт, блювання, понос, дуже повільний і аритмічний пульс. Зіниці звужені.

Перша допомога: промити шлунок суспензією вугілля, 0,2% розчином таніну. Ввести ізотонічний розчин натрій-хлориду після кровопускання. Під шкіру Sol. Atropini sulfurici 0,1% по 1 мл, кофеїн, камфору.

ПІТУЇТРИН (PITUITRINUM). Симптоми: різко бліда шкіра, понос, нудота, блювання.

Перша допомога: всередину або в клізмі хлорал-гідрат 1,0—2,0, тепло на живіт.

ПЛАЗМОЦИД (PLASMOCIDUM). Симптоми отруєння: болі в животі. Нечутливість слизової оболонки язика та щелеп. Відчуття зв'язаності язика, трудно ним рухати, напружений стан м'язів в глибині рота і шиї. Своєрідний колір обличчя. Головний біль, блювання. Ослаблення зору, іноді до повної сліпоти. Втрата притомності.

Перша допомога.: якнайбільше пити лужних вод (боржомі, нарзан, 0,5—1% розчин гідрокарбонат-натрію (Natrium bicarbonicum), внутрішньовенно вливання 10—20 мл 40% розчину глюкози, ізотонічного розчину натрій-хлориду (іноді з попереднім кровопусканням); під шкіру кофеїн, камфору. Спокій. Зігріти тіло.

ПЛЕВЕЛ (LOLIUM TEMULENTUM). Див. *Кукіль.*

ПРИМУЛА (PRIMULA OBCONICA). ПЕРВОЦВІТ. При попаданні на шкіру соку з рослини розвивається дерматит.

Перша допомога: добре вимити шкіру гарячою водою з милом і витерти спиртом та ефіром, при свербінні втирати порошок з цинк-оксидом (Zincum oxydatum).

РАЙДЕРЕВО. Див. *Рицин.*

РІЖКИ (SECALE CORNUTUM, ERGOTINUM). Симптоми: нудота, блювання, болі в животі, понос, сильна спрага Відчуття свербіння і повзання мурашок по тілу. Ослаблення зору, слуху. Пульс

повільний. Тремтіння м'язів переходить у тонічне скорочення. Маячення. Згодом темні плями на кінцівках (змертвіння).

Перша допомога: промивання шлунка суспензією вугілля. Блювотне — під шкіру апоморфін 1% розчин 0,5 мл або всередину сульфат міді або сульфат цинку 1% розчин столовими ложками. Проносні солі: сульфат магнію або сульфат натрію 20,0—30,0. Зогріти тіло. Кофеїн, камфора. При судорогах — теплі ванни, 1,0—2,0 хлорал-гідрату в клізмі. Вдихання аміл-нітриту (Amylium nitrosum) 2—3 краплі з хусточки.

РИБНА ОТРУТА. Див. *Ботулізм.*

РИЦИН (RICINUS COMMUNIS). СІМ'Я, ЖМИХИ, РИЦИНОВЕ МАСЛО. Симптоми: блювання, понос, головний біль, слабість, ослаблення серцевої діяльності.

Перша допомога: промивати шлунок суспензією вугілля. Під шкіру — кофеїн, камфору (10—20% розчини 1—2 мл), коразол 10% розчин 1—2 мл. Всередину слизисте питво. На живіт теплі компреси, на голову холодні компреси.

РОКИТНИК (CYTISUS LABURNUM). Симптоми отруєння: через $^1/_2$—1 годину з'являється слабість, нудота, болі в животі, блювання, іноді з кров'ю. Холодний піт, маячення, судороги. Ослаблення серцевої діяльності.

Перша допомога: промивання шлунка, блювотне, проносне. Камфора, кофеїн (10—20% по 1—2 мл), цититон — 1 мл, ізотонічний розчин хлориду натрію. Глюкоза.

РТУТЬ (HYDRARGYRUM) та її сполуки — сулема, каломель, кіновар, моносепт, меркузал та ін. Металева ртуть мало токсична, солі її дуже отрутні, особливо сулема.

Симптоми: болі в стравоході і в животі. Металічний смак у роті. Велика слинотеча, блювання, понос — кал часто з кров'ю (при отруєнні каломелем — кал зеленкуватий). При отруєнні сулемою тяжко уражаються нирки — сечовиділення спочатку посилюється, а потім розвивається анурія. Пульс прискорюється. Дедалі більша слабість. Температура тіла знижується. Всі ці явища розвиваються не тільки при попаданні через рот, але й при всмоктуванні через слизові оболонки (вагіна, задній прохід).

Перша допомога: коли отрута введена через рот — негайно всередину 100 мл протиотрути від металів (Antidotum metallorum) і хвилин через 10 промити шлунок знов цією ж речовиною (100 мл на 2—4 л води) Коли Antidotum metallorum нема, промити шлунок суспензією вугілля (1 столова ложка вугілля на 0,5 л води) або розчином паленої магнезії (Sol. Magnesiae ustae 30,0 — 50,0 : : 500,0—800,0). Ввести через зонд проносну сіль. Всередину тепле молоко, білкову воду (1 білок на 100,0 води), палену магнезію з водою (20,0 на 200,0), рот полоскати водень-пероксидом або розчином калій-перманганату 1 : 1000. Під шкіру кофеїн, камфору або коразол (10% по 1—2 мл). Якнайбільше пити гарячого чаю. Тепла ванна. Зогрівати тіло.

Коли отрута введена під шкіру або внутрішньовенно, застосовувати все вищесказане, крім протиотрути від металів (Antidotum metallorum) *Не можна* давати всередину кухонної солі, ніяких просолених продуктів (оселедців, шинки тощо).

САБАДИЛА (ЧЕМЕРИЦЯ ВЕРАТРИН). Симптоми: подразнення слизової оболонки рота, носа, очей, гортані. Кашель, чхан-

ня, сльозотеча, слинотеча, головний біль, слабість, утруднене дихання, ціаноз, судороги.

Перша допомога: промити шлунок 0,2% розчином танину або суспензією вугілля. Всередину — вино, опій. Під шкіру — камфору 10—20% 1—2 мл, морфін 1%—1 мл. Змазати слизову оболонку носа й очей 0,5—1% розчином дикаїну.

САЛІЦИЛАТНА КИСЛОТА, САЛІЦИЛОВА КИСЛОТА (ACIDUM SALICYLICUM). Симптоми: паління та біль по всьому травному каналі, блювання іноді з кров'ю, понос кривавий. Сильний піт. Порушується слух та зір. Температура падає: на шкірі часто буває висипка. Ослаблення діяльності серця і дихання.

Перша допомога: промивання шлунка 0,3% розчином соди (Natrium bicarbonicum). Під шкіру Sol. Apomorphini 1%—0,5 мл, кофеїн, камфору, коразол (10% по 1—2 мл). Зогріти тіло. Всередину і в клізмі 2,5% розчин соди.

САНТОНІН (SANTONINUM), ЦИТВАРНЕ СІМ'Я. Симптоми: порушення зору. Всі предмети здаються жовтими і мигтять перед очима. Слинотеча, блювання, понос, задишка, тремтіння тіла, судороги. Сечовиділення посилене, сеча жовтого кольору.

Перша допомога: промити шлунок водою з вугіллям (1 столова ложка на 0,5 л води). Блювотне — підшкірно апоморфін 1 мл 0,5% розчину. Проносна сіль. При судорогах — хлорал-гідрат 2,0 у клізмі або барбаміл 0,5. Зогріти тіло. Кофеїн, камфора. Тепло на живіт і кінцівки (не давати рицинового масла та інших жирів і масел).

СВИНЕЦЬ І ЙОГО СПОЛУКИ (ТЕТРАЕТИЛСВИНЕЦЬ, СВИНЦЕВИЙ ЦУКОР, СВИНЦЕВИЙ ОЦЕТ). Гостре отруєння буває рідко. Симптоми: солодкуватий смак у роті. Слизова оболонка білуватого кольору. Слинотеча, болі під грудьми, блювання сіруватобілими масами, переймисті болі в животі. Частіше запори, ніж поноси. Пульс повільний. Занепад серцевої діяльності. Непритомність.

Перша допомога: під шкіру апоморфін 1% розчин — 0,5 мл і одночасно всередину проносну сіль — 20,0—30,0 магній- або натрій-сульфат, промивання шлунка розчином сульфату натрію або суспензією вугілля. Всередину Antidotum metallorum, через 10 хвилин промити шлунок. Обволікні: білкова вода (1 білок на 100,0 води), молоко. При болях — всередину опій, екстракт белладонни (по 0,015) під шкіру атропін 0,1%—1 мл, папаверин 2%—1 мл. Внутрішньовенно хлористий кальцій 5—10% по 10 мл та 5% розчин аскорбінової кислоти 1—2 мл.

При отруєнні тетраетилсвинцем рекомендується давати всередину тіамін по 0,003 і аскорбінову кислоту по 0,25.

СІРКОВОДЕНЬ (ВОДЕНЬ-СУЛЬФІД, КЛОАЧНИЙ ГАЗ). Симптоми: подразнення слизових оболонок — сльозотеча, утруднене дихання, блювання, запаморочення, головний біль, ціаноз, непритомність, судороги.

Перша допомога: чисте повітря, штучне дихання, вдихання кисню. Кровопускання за вказівкою лікаря, потім вливання ізотонічного розчину натрій-хлориду з глюкозою. Під шкіру кофеїн, камфору (10% розчини 1—2 мл). Внутрішньовенно Calcium chloratum 10% 10 мл.

СКИПИДАР (OL. TEREBINTHINAE). Симптоми: блювання, болі під ложечкою, зіниці звужені, пульс прискорений, посилене сечовиділення.

Перша допомога: промивання шлунка суспензією вугілля, блювотне (краще апоморфін 1% 0,5 мл під шкіру), слизисте питво. Проносна сіль. Під шкіру — кофеїн, коразол (10% 1—2 мл), омнопон 1% розчин 1—2 мл.

СКОПОЛАМІН (SCOPOLAMINUM). Див. *Атропін.*

СНОТВОРНІ РЕЧОВИНИ. Див. *Хлорал-гідрат, Веронал, Мединал, Люмінал.*

СПИРТ (ВИННИЙ, АМІЛОВИЙ, МЕТИЛОВИЙ, СИВУШНЕ МАСЛО). Див. *Алкоголі.*

СРІБЛО-НІТРАТ (ARGENTUM NITRICUM). Симптоми: при місцевому застосуванні — опік. При введенні per os слизова оболонка стає білою, сірою або червоною, болі в животі. Блювання сірою масою, що чорніє на світлі. Запаморочення, судороги, паралічі, можливі шок і колапс. При тривалому застосуванні шкіра набуває сірого кольору.

Перша допомога: опіки лікуються за загальними правилами. Промивання шлунка 2% розчином кухонної солі. Всередину 5% розчин кухонної солі столовими ложками, 15—20 г рицинового масла в емульсії. Молоко, слизисті відвари, лід. Від болю морфін 1% розчин 1—2 мл. При ослабленні серцевосудинної системи — кофеїн, камфора, коразол (10% по 1—2 мл).

СТРИХНІН (STRYCHNINUM), препарати блювотного горіха (T-ga et Extr. Nucis vomicae). Симптоми: почуття стягання спини, шиї, кінцівок, рухи утруднені, акт ковтання порушується. Серцебиття, тремтіння, судороги при повній свідомості. Ціаноз, параліч дихання.

Перша допомога: хлорал-гідрат всередину або в клізмі 2—3 г. При судорогах вдихати хлороформ. Промивання шлунка розчином калій-перманганату 0,5—1 : 1000, суспензією вугілля. Дати проносну сіль. Внутрішньовенно 30—50 мл 2% розчину сульфату магнію, внутрішньом'язово 10—20 мл 25% розчину сульфату магнію. Уникати кислот, кислого всередину і зовнішніх подразнень.

СТРОФАНТ (STROPHANTHUS). Див. *Дигіталіс.*

СУЛЕМА (HYDRARGYRUM BICHLORATUM). Див. *Ртуть.*

СУЛЬФАНІЛАМІДНІ ПРЕПАРАТИ (СТРЕПТОЦИД, СУЛЬФІДИН, СУЛЬФАЗОЛ, ДИСУЛЬФАН, НОРСУЛЬФАЗОЛ та ін.). Симптоми: огида до їжі, нудота, блювання, висипка, загальна слабість, сонливість, задишка, болі в попереці, іноді жовтяниця, ціаноз, гематурія, анурія. Щоб запобігти отруєнню, не рекомендується одночасно з сульфаніламідними препаратами давати харчові і лікарські речовини, що містять сірку, не призначати препаратів ртуті (берегти нирки).

Перша допомога: промити шлунок водною суспензією вугілля. Всередину рицинове масло; якнайбільше пити рідини, особливо лужних вод (нарзан, боржомі, 0,5—1% розчин соди (Natrium bicarbonicum); настойку конвалії, кофеїн, коразол 10% розчин 1—2 мл. Під шкіру 1% розчин Acidi nicotinici по 3—5 мл тричі на день. Внутрішньовенно глюкозу на ізотонічному розчині натрій-хлориду і рекомендується додати 5—10 одиниць інсуліну. Іноді досить припинити давання препарату і всі явища інтоксикації зникають. Протипоказані барбітурати (як снотворні).

ТЕРПЕНТИН. Див. *Скипидар.*

ТЮТЮН (НІКОТИН). Гостре отруєння буває рідко: при засто-

суванні настоїв та відварів у клізмі, всередину та на шкіру Симптоми: нудота, слинотеча, блювання, зіниці звужені, бліде обличчя, запаморочення, втрата притомності, судороги, прискорений пульс, ослаблення серцевої діяльності.

Перша допомога: під шкіру Sol. Apomorphini 1%—0,5 мл або всередину столовими ложками 1% розчин Cupri sulfurici або Zinci sulfurici. Промивання шлунка суспензією вугілля (1 столова ложка на 0,5 л води). Дати проносну сіль. Ввести під шкіру Digalen-neo 1 мл або Convasidi 1 мл, а також рекомендується Sol. Atropini sulfurici 0,1%—0,5—1 мл, кофеїн, камфора (10—20% розчини 1—2 мл), коразол 10% по 1 мл. При спазмі судин вдихати амілнітрит (1—3 краплі з ватки або хусточки). На живіт тепло; пити тепле молоко, при судорогах внутрішньом'язово гексенал або барбаміл (10% розчини по 5—10 мл), тепла ванна.

УКУСИ ГАДЮК. Див. *Зміїна отрута.*

УКУСИ КОМАХ (БДЖІЛ, ОС), ПАВУКІВ, СКОРПІОНІВ та ін. Симптоми: місцеве запалення, жар, свербіння, набрякання, припухання на місці укусу. Іноді розширені зіниці, що не реагують на світло.

Перша допомога: витягти жало, примочувати розчином нашатирного спирту (1 частина на 5 частин води) або чистим спиртом; рекомендують ще прикладати сік з цибулини. Від укусу скорпіона — специфічна сироватка або місцеве впорскування калій-перманганату 1 : 1000. Серцеві засоби. Залежно від сили отруєння прихований період триває 1—8 годин.

ФЕНАЦЕТИН (PHENACETINUM). Див. *Анілін.*

ФЕНОЛ (PHENOLUM). Див. *Карболова кислота.*

ФОРМАЛІН (ФОРМАЛЬДЕГІД). Симптоми: блювання, почервоніння очей, болі в травному каналі, понос, сльозотеча, кашель, стиснення в грудях, важка голова, втрата притомності. Ціаноз. Блювання і понос іноді з кров'ю.

Перша допомога: промивання шлунка розведеним нашатирним спиртом або 3% розчином карбонату або ацетату натрію. Всередину ці ж самі розчини столовими ложками або вода з нашатирно-анісовими краплями або нашатирним спиртом. Під шкіру кофеїн, камфора, цититон. Глюкоза. Штучне дихання. Коли отруєння від вдихання пари, то свіже повітря і вдихати водяну пару з нашатирним спиртом.

ФОСГЕН. Симптоми: паління в носі, гортані, спазма голосової щілини, синюваті губи, ніс і вуха. Видихуване повітря пахне прілим сіном. Пульс прискорений, температура підвищується, болі в ділянці серця. Загальна слабість.

Перша допомога: винести потерпілого із зони отруєння в напівсидячому або лежачому положенні. Тепле питво — гарячий чай, кофе, зогріти тіло, спокій, курити не можна; промити очі і прополоскати рот та гортань 2% розчином соди (Natrium bicarbonicum); кодеїн, діонін (дози 0,01—0,03), кісень. Протипоказані морфін і штучне дихання. Внутрішньовенно — глюкозу 40% розчин 10—20 мл, кальцій-хлорид 10% розчин 10 мл.

ФОСФОР (PHOSPHORUS). Симптоми: паління в роті і в животі, спрага, відригування з запахом часнику, блювотні маси світяться в темноті, запори, іноді поноси, пульс малий, запаморочення. Отруєння розвивається здебільшого повільно, болі в животі, головний біль, жовтяниця може з'явитись через 1—3 дні.

Перша допомога: промити шлунок 0,1 — 0,5% розчином сульфату міді або розчином калій-перманганату 0,5—1 : 1000. Всередину блювотне — 0,5—1% розчин сульфату міді (Cuprum sulfuricum) по столовій ложці кожні 15 хвилин, поки почнеться блювання, потім всередину чайними ложками через 10 хвилин 0,4% розчин калій-перманганату (6—10 раз). Проносну сіль. Всередину — слизисті відвари. Протипоказані рицинове масло й інші жири, молоко та яйця. При жовтяниці — рекомендується внутрішньовенно 40% розчин глюкози 10—20 мл з інсуліном (10 одиниць). При занепаді серцевої діяльності — збуджуючі. При фосфорних опіках шкіри зняти марлею помітні частинки фосфору і покласти вологу пов'язку з 5% розчином мідь-сульфату або 5% розчином гідрокарбонату натрію, періодично змочуючи її. Перевіряти в темноті, чи не світиться обпечене місце. Прикладати так, поки зникнуть болі і не буде в темноті світіння.

ФРАНЦУЗЬКА ЗЕЛЕНЬ. Див. *Арсен.*

ХІНІН (CHININUM). Симптоми: збудження, потьмарення свідомості, головний біль, шум у вухах, ослаблення зору, нудота, блювання, сповільнення пульсу, іноді судороги. Аборт буває дуже рідко, навіть при прийманні великих токсичних доз.

Перша допомога: промивання шлунка вугіллям або 0,2—0,5% Sol. Acidi tannici, всередину суспензію вугілля, рицинове масло 20,0—30,0. Під шкіру кофеїн, камфору. При судорогах — хлорал-гідрат (доза 1—2 г) через рот або клізмою. Від спазми судин — амілнітрит вдихати (1—3 краплі з вати або хусточки).

ХЛОР, ХЛОРНА ВОДА, БІЛИЛЬНЕ ВАПНО, ЖАВЕЛЕВА ВОДА, ПАНТОЦИД і т. д. Симптоми: подразнення слизової оболонки дихальних шляхів, чхання, нежить, дряпання в горлі, кашель, різь в очах, сльозотеча, біль у грудях, задишка, ціаноз. Пульс прискорений, коматозний стан.

Перша допомога: винести потерпілого на свіже повітря, застосувати штучне дихання, вдихання кисню або карбогену (суміш кисню 5% та вуглецю 95%), вдихати пару з нашатирним спиртом. Під шкіру морфін або омнопон (1% по 1—2 мл). Коли отрута прийнята всередину — полоскати рот і глотку 5% розчином тіосульфату натрію, пити його і ним же промити шлунок. Під шкіру апоморфін 1% розчин 0,5 мл, кофеїн, камфора, коразол (10% — 1—2 мл). Внутрішньовенно 10% розчин кальцій-хлориду 5—10 мл, глюкозу. Якнайбільше пити кофе, молока, білкової води, слизистих відварів. Через кожні 5 хвилин пити з водою по 3—5 крапель нашатирного спирту. Очі промивати 2% розчином соди (Natrium bicarbonicum).

ХЛОРАЛ-ГІДРАТ (CHLORALUM HYDRATUM). Симптоми: паління та біль слизової оболонки рота, стравоходу й шлунка. Сонливість швидко переходить у глибокий сон, зіниці звужені, шкіра бліда, ціаноз, сповільнення серцебиття, ослаблення і порушення дихання.

Перша допомога: промити шлунок слизистим відваром. (Mucilago Saler або Mucilago Gummi arabici 20,0 : 200,0; або 1 білок на 100,0—200,0 води). Зогріти тіло, застосувати штучне дихання, кисень. Всередину проносну сіль; пити міцний кофе, чай. Під шкіру стрихнін 0,1% 1 мл, кофеїн, цититон по 1—2 мл. Внутрішньовенно повільно 20 мл 40% глюкози з 3—5 краплями адреналіну або з 2 краплями Т-га Strophanthi.

ХЛОРОФОРМ (CHLOROFORMIUM). Симптоми: блювання,

понос, далі глибокий сон. Видихуване повітря пахне хлороформом. Дихання дуже повільне, пульс рідкий, зіниці звужені. Коли пульс ослаблений і прискорюється, прогноз серйозний.

Перша допомога: при отруєнні парою — чисте повітря, штучне дихання, вдихання карбогену (суміш кисню і вуглецю). Під шкіру — кофеїн, стрихнін 0,1% розчин 1 мл, коразол 10% 1 мл, цититон — 0,5—1 мл. При спиненні серця рекомендується адреналін, розчин 1 : 1000 0,5 мл внутрісерцево. Зогріти потерпілого. Коли хлороформ прийнято всередину — промити шлунок слизистим відваром і застосовувати все вищевказане.

ЦІАНІДНА КИСЛОТА ТА ЇЇ ПРЕПАРАТИ: КАЛІЙ-ЦІАНІД, ВОДА ГІРКОГО МИГДАЛЮ, ЛАВРОВИШНЕВА ВОДА. Симптоми: головний біль, подразнення слизових оболонок рота і носа. Нудота, блювання. Дихання прискорюється, пульс малий. Непритомність. З рота запах мигдалю. Шкіра рожева.

Перша допомога: вдихати амілнітрит (по 3—5 крапель повторно), кисень. Промити шлунок калій-перманганатом 1 : 1000 або 1—3% розчином водень-пероксиду, або 5% розчином тіосульфат натрію. Під шкіру 0,5—1 мл цититону, кофеїн, камфора, коразол (10% 1—2 мл). Внутрішньовенно глюкозу 25% розчин 10—20 мл, тіосульфат натрію 30%—10—15 мл, 1% розчин метиленової синьки — 50 мл на 25—50 мл глюкози і знову 10—20 мл 30% розчину тіосульфат натрію (Natrium hyposulfurosum).

ЦИКУТА (CICUTA VIROSA). Див. *Омег болотяний.*

ЦИНК (ZINCUM). Токсичне значення має цинк-оксид, цинкові білила, сульфат цинку та ін.

Симптоми: нудота, набряклість язика та слизових оболонок рота, тривале блювання, понос, руки й ноги холонуть, болі в животі, прискорений пульс, іноді судороги, хворі відзначають металічний смак у роті. При вдиханні пари цинку буває так звана «гарячка ливарників».

Перша допомога: пити якнайбільше теплого молока і білкової води (1—2 білки на 100,0—200,0 води), щоб підтримати блювання, промити шлунок 1% розчином соди (Natrium bicarbonicum) або вугіллям з водою (1 столова ложка на $^1/_2$ л води), або 0,2% розчином таніну. Всередину слизові відвари, молоко, яєчний білок, проносні солі. Під шкіру (5%) або внутрішньовенно (40%) — глюкозу, ізотонічний розчин натрій-хлориду. Під шкіру кофеїн, камфора, коразол (10% розчин 1—2 мл), морфін або омнопон (1% розчини 1—2 мл).

ЦИТВАРНЕ СІМ'Я. Див. *Сантонін.*

ЧАДНИЙ ГАЗ, СВІТИЛЬНИЙ ГАЗ, ВУГЛЕЦЬ П-ОКСИД. Симптоми: головний біль, шум у вухах. Нудота, блювання. Почервоніння обличчя, м'язова слабість, непритомність, сповільнення дихання, ослаблення серцевої діяльності.

Перша допомога: свіже повітря, тривале штучне дихання, вдихати кисень, карбоген. Під шкіру цититон 1 мл. Внутрішньовенно 50 мл 1% водного розчину метиленової синьки (Methylenblau) з 50 мл 40% розчину глюкози (повторно). Під шкіру ізотонічний розчин натрій-хлориду, кофеїн, камфора, коразол — 10% 1—2 мл. Рекомендуються оцтові клізми (1 частина оцту і 3 частини води — 1—2 склянки). Зогріти кінцівки, всередину кофе, міцний чай. Не давати алкоголю, наркотиків.

ЧЕМЕРИЦЯ. Див. *Сабадила.*

ШПАНСЬКІ МУШКИ (КАНТАРИДИН). Симптоми: тяжкі болі в шлунку, блювання, кривавий понос, сеча з кров'ю.

Перша допомога: промити шлунок, дати блювотне (краще апоморфін). Всередину — проносне (сіль), слизисті відвари, білкову воду; при болях — опій, лід кусочками, кофеїн, камфора. Не давати жирів, молока, кислот.

ЯЛІВЕЦЬ КОЗАЦЬКИЙ (JUNIPERUS SABINA). Симптоми: велике паління та біль у шлунку, нудота, слинотеча, блювота має запах ялівця, розлитий гострий біль в усьому животі. Часте сечовиділення, утруднене дихання, прискорений пульс. Непритомний стан.

Перша допомога: під шкіру — апоморфін 1% розчин — 0,5 мл або всередину сульфат міді або цинку (1% розчин столовими ложками); якнайбільше пити слизистих відварів із шматочками льоду. Під шкіру кофеїн, коразол (10% розчин — 1—2 мл), глюкоза, ізотонічний розчин хлориду натрію (протипоказані всередину олії).

РЕЧОВИНИ, ЯКІ НАЙЧАСТІШЕ ЗАСТОСОВУЮТЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ

Адсорбуючі та зв'язуючі речовини

Вугілля активоване (Carbo activatus).

Березове вугілля (Carbo Betulae).

Готують суспензію із 1 столової ложки активованого вугілля і 2 склянок води для приймання всередину.

Біла глина (Bolus alba) по $^1/_2$—1 столовій ложці на півсклянки води повторно, кожні 1—2 години.

Antidotum arsenici. Суміш нерозчинного гідроксиду заліза (20,0—200,0) з розчином магній-сульфату (20,0—300,0). Готується ex tempore. Дають чайними ложками кожні 5 хвилин.

Antidotum metallorum — стійкий розчин натрій-сульфату і магній-сульфату; всередину дають 50—100 або 200 мл, розмішавши з 800 мл води, для промивання шлунка.

Блювотні засоби

Апоморфін-гідрохлорид (Apomorphinum hydrochloricum) в 1% розчині (ампули) по 0,5 мл під шкіру або розчин 0,5% 1 мл.

Сульфат міді (Cuprum sulfuricum) в 1% розчині: дорослим по столовій ложці, дітям — по $^1/_2$—1 чайній ложці кожні 5—10 хвилин, поки почнеться блювання (не більше 2—3 разів).

Сульфат цинку (Zincum sulfuricum) в 1% розчині по столовій ложці, дітям по чайній ложці через 5—10 хвилин до діяння (не більше 2—3 разів).

Хлорид натрію (Natrium chloratum) 2—10% розчин в теплій воді.

Протипоказані блювотні при отруєнні міцними їдкими лугами, дуже міцними кислотами, сулемою. Слід уникати в тих випадках, коли блювотний центр може бути паралізований, наприклад при отруєнні морфіном, хлорал-гідратом та іншими наркотиками. Обережно застосовувати блювотні при втраті притомності, щоб блювота не попала в дихальні шляхи.

Засоби, що збуджують дихання

Суміш вуглекислоти з повітрям вдихати через одну ніздрю 20—30 хвилин з перервою в 20 хвилин.

Карбоген — суміш кисню 95% і вуглекислоти 5%. Вдихати по 20—30 хвилин з перервою в 20 хвилин (через одну ніздрю).

Цититон (Cytitonum) 0,5—1 мл під шкіру і в вену.

Засоби, що зменшують болі

Морфін (Morphinum hydrochloricum) 1% розчин — 1—2 мл під шкіру.

Омнопон (Omnoponum) 2% розчин — 1—2 мл під шкіру.

Настойка опію (T-ra Opii simplex) всередину по 6—12 крапель 3 рази на день (препарати опію головним чином для зменшення болю в кишках і припинення нетоксичного поносу).

Нейтралізуючі речовини

Магнезія палена (Magnesia usta) всередину 30—50 г в склянці води на один прийом (повторно через 1—2 години).

Тіосульфат натрію (Natrium hyposulfurosum) — 0,5% розчин (1—1,5 л) для промивання шлунка, 10—30% розчин по 20—50 мл для внутрішньовенного введення, 5% розчин по 50—100 мл під шкіру.

Вапняна вода (Aqua Calcis) всередину по 1 столовій ложці через 5—10 хвилин.

Обволікні та осаджуючі речовини

Mucilago Salep 20,0 : 200,0 по столовій ложці (додають ще одну ложку цукру).

Mucilago Gummi arabici 20,0 : 200,0 по столовій ложці через 5—10 хвилин.

Mucilago Amyli: 1 частину крохмалю змішують з 4 частинами холодної води, додають 15 частин гарячої води і нагрівають, доки закипить, дають по столовій ложці. Можна вживати слизисті відвари з ячменю, вівса, рису (процідивши).

Танін (Tanninum) дають всередину 2% розчин чайними або столовими ложками через 5—10 хвилин.

Білкова вода — один яєчний білок добре розбовтати в 0,5—1 склянці води.

Розчини для промивання шлунка

Калій-перманганат (Kalium hypermanganicum) — розчин 0,2—0,4 1,0 : 1000.

Вугілля активоване (Carbo activatus) 1—2 столових ложки на 0,5—1 л води.

Натрій-хлорид (Natrium chloratum) 2—5% розчин — не більше 1 л на одно промивання (при отруєнні срібло-нітратом).

Палена магнезія (Magnesia usta) 50—70 г на 600—800—1000 мл води.

Гідрокарбонат натрію — сода (Natrium bicarbonicum) — 1—2% розчин.

Танін (Tannínum) 0,2% розчин (1—1,5 л).

Вапняна вода (Aqua Calcis) — 100 мл вапняної води на 1000 мл води.

Тіосульфат натрію (Natrium hyposulfurosum) 0,5% розчин.

Жовта кров'яна сіль (Kalium ferrocyanatum) 0,1% розчин (600—1000 мл при отруєнні сполуками міді).

Проносні засоби

Магній-сульфат (Magnesium sulfuricum) всередину 20—30 г на прийом в 1—2 склянках води або розчин ввести в шлунок зондом.

Натрій-сульфат (Natrium sulfuricum) 20—30 г на один прийом в 1—2 склянках води.

Рицина (Oleum Ricini) 20—30 г (протипоказана при отруєнні сантоніном, цитварним сім'ям, фосфором, папороттю і в тих випадках, коли отрута добре розчиняється в жирах).

Рідини, які вводять в організм для зменшення концентрації отрути в крові

Ізотонічний розчин натрій-хлориду (Sol. Natrii chlorati isotonica) — 0,85% розчин 500—2000 мл під шкіру у вену (повторити). За добу можна вводити до 3—4 літрів.

Глюкоза (Sol. Glucosi isotonica) — 4,5—5% 500—1000 мл під шкіру або в вену.

Гіпертонічний розчин глюкози — 10—40% в кількості 10—50 мл тільки у вену.

Гідрокарбонат натрію (Natrium bicarbonicum), сода — 4% розчин 500—1000 мл у вену.

Серцевосудинні засоби

Кофеїн (Coffeinum natrio-benzoicum seu Coffeinum natrio-salicylicum) — 10—20% 1 мл під шкіру (повторно).

Камфора (Oleum Camphorae) — 10—20% 1—2 мл під шкіру (повторно).

Коразол (Corasolum) — 10% розчин по 1 мл під шкіру і в вену (повторно).

Кордіамін (Cordiaminum) — по 1—2 мл під шкіру.

Адреналін (Adrenalinum hydrochloricum) 1 : 1000 0,5—1 мл під шкіру; в тяжких випадках колапсу — інтракардіально 0,2 мл (одночасно підвищує тонус судин).

Ефедрин (Ephedrinum) — 5% розчин по 0,5—1 мл під шкіру.

Сечогінні засоби

Діуретин (Diuretinum) у порошках та розчинах по 0,5—1,0 на прийом.

Меркузал (Mercusalum) випускається в ампулах 10% 1—2 мл. Вводять внутрішньом'язово

Щоб посилити виділення сечі, треба пити гарячий чай, дестильовану воду. Підшкірно — глюкозу (5% 500—1000 мл).

РЕЦЕПТИ НАЙУЖИВАНІШИХ ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН

(за фармакотерапевтичним діянням)

ВИТЯГ

з положення про права й обов'язки фельдшерів (фельдшериць, фельдшериць-акушерок), затвердженого народним комісаром охорони здоров'я Союзу РСР 9 VII-1940 р. № 64/21—1.

VI. Фельдшер повинен подати невідкладну першу медичну допомогу і доглядати хворих при ураженні бойовими отруйними речовинами.

VII. Фельдшери, завідувачі самостійних медичних пунктів, а також завідувачі лікарських дільниць або ті, що тимчасово заміняють лікаря дільниці під час його відсутності, мають право виписувати з аптеки за своїм підписом всі потрібні для хворих ліки, в тому числі й такі, що містять у собі отруйні та сильнодіючі речовини, в дозах, не більших за найвищий одноразовий прийом, зберігаючи встановлені наркомом охорони здоров'я правила.

Всі інші фельдшери мають право виписувати з аптеки, за своїм підписом, для екстреної допомоги ліки, причому з тих, що в своєму складі мають отруйні та сильнодіючі речовини, лише нижчезазначені: а) ляпіс у розчині не вище 1%; б) розчин сулеми не вище 1 : 1000; в) кофеїн та його солі; г) опійної настойки не більше 5,0 на рецепт; д) стиптицин; е) густий і рідкий екстракт ріжків; ж) таблетки сантоніну.

VIII. Видавані документи, а також рецепти фельдшер повинен підписувати, зазначаючи своє звання.

Документи та рецепти, які потребують печатки, засвідчуються печаткою закладу, де працює фельдшер, або іменною.

IX. Фельдшер має право готувати ліки і завідувати аптекою при лікарні, де в штаті немає фармацевтів.

Адсорбуючі засоби

Rp. Bolus albae steril. 100,0
DS. По $^1/_2$ чайної ложки 3—4 рази на день (при поносах, метеоризмі) або розбовтати столову ложку в склянці води при отруєнні.

Rp. Carboleni 0,5
Dtd. № 10
S. По 1 порошку 3—4 рази на день (при метеоризмі).

Rp. Carbo activati seu Carboleni 50,0
DS. Столову ложку на 4 склянки води для промивання шлунка.

Антисептичні та дезинфекційні засоби

Rp. Acidi borici 20,0
DS. 1 чайну ложку на склянку води (для полоскання).

Rp. Sol. Chloramini 1%—200,0
DS. Для дезинфекції ран, рук.

Rp. Spiritus camphorati 50,0
DS. Для втирання.

Rp. Sol. Protargoli 2%—10,0
DS. Очні краплі (або для носа при нежиті).

Rp. Ung. Collargoli 2%—100,0
DS. Мазь (при виразках шкіри, піодерміях).

Rp. Dermatoli 10,0
Zinci oxydati 20,0
Talci 30,0
M. f. pulv.
DS. Присипка (при виразках).

Rp. Dermatoli 10,0
Vaselini ad 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь.

Rp. Acidi salicylici 1,0
Acidi borici 2,0
Aluminis 4,0
Zinci oxydati
Talci aa 20,0
M. f. pulvis
DS. Присипка (при пітливості ніг).

Rp. Formalini 50,0
DS. По $^1/_2$ чайної ложки на 2 склянки води для обмивання шкіри (при гіпергідрозі).

Rp. Sol. Hydrargyri bichlorati corrosivi 1 : 1000—500,0
DS. Для дезинфекції рук, речей догляду (крім хірургічних інструментів).

Rp. Sol. Hydrargyri oxycyanati 1 : 5000 — 100,0
DS. Примочка для очей (при кон'юнктивітах).

Rp. Sol. Hydrogenii peroxydati dilutae 6,0
Aq. destillatae ad 200,0
MDS. Для полоскання (столову ложку на 1 склянку води).

Rp. Ung. Ichthyoli 10%—20,0
DS. Мазь.

Rp. Albichtoli 5,0
Glycerini 25,0
MDS. Для вагінальних тампонів.

Rp. Ichthyoli 0,2
Extr. Belladonnae 0,02
Butyri Cacao 2,0
M. f suppos. Dtd. № 6.
S. По 1 супозиторію в задній прохід двічі на день.

Rp. Ung. hydrargyri oxydati flavi 10,0
DS. Мазь.

Rp. Boracis 5,0
Glycerini ad 30,0
MDS. Для змазування слизової оболонки (при афтах).

Rp. T-rae Jodi 15,0
1—3 краплі тричі на день на молоці після їди (при артеріосклерозі).

Rp. T-rae Jodi 2,0
Tannini 4,0
Glycerini 20,0
MDS. Для змазування (при ангіні).

Rp. Jodi puri 5,0
Kalii jodati 10,0
Aq. destillatae 100,0
MDS. Люголів розчин. Зовнішнє; або всередину по 1—5 крапель при гіпертиреозі.

Rp. Kalii jodati 5,0
Aq. destill. 180,0
MDS. По 1 столовій ложці тричі на день на молоці (при артеріосклерозі, сифілісі).

Rp. Sol. Kalii hypermanganici 1 : 1000—200,0
DS. Для промивання ран, полоскання.

Rp. Sol. Kalii hypermanganici 5%—50,0
DS. Змазувати при опіках або 1 чайну ложку на літр води для спринцювання.

Rp. Sol. Kalii hypermanganici 1 : 1000—200,0
SD По столовій ложці при отруєнні морфіном, фосфором, калій-ціанідом.

Rp. Lysoli 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. Для дезинфекції (предметів догляду, інструменту, білизни).

Rp. Picis liquidae
Sulfuris praecipitati aa 5,0
Vaselini albi 50,0
M f. Ung.
DS. Мазь.

Rp. Viridis nitensis 0,5 (Brilliantgrün)
Spiritus vini 70° 25,0
MDS. Змазувати шкіру при піодермії.

Rp. Sol. Rivanoli 1 : 1000 (1 : 500, 1 : 300)—200,0
DS. Для промивання ран.
Streptocidum Див. рец. (стор. 540).
Sulfidinum Див. рец. (стор. 540).

Rp. Sol. Chloramini 1%—500,0
DS. Для миття рук.

Rp. Ung Xeroformii 5%—25,0
DS. Мазь.

Rp. Picis liquidae
Xeroformii aa 3,0
Ol. Ricini 100,0 (коли немає, іншу рослинну олію).
MDS. Мазь Вишневського.

Блювотні речовини

Rp. Sol. Apomorphini hydrochlorici 1%—1,0
Dtd. № 3 in ampullis
S. По 0,5 мл під шкіру при отруєннях.

Rp. Cupri sulfurici 0,5
Aq. destill. 20,0
MDS. По 1 чайній ложці кожні 10 хвилин, поки не почнеться блювання.

Rp. Sol. Zinci sulfurici 1%—50,0
DS. По 1 столовій ложці через 5—10 хвилин до діяння (не більше 3 разів).

Відхаркувальні речовини

Rp. Infusi rad. Althaeae 6,0—180,0
DS. По 1 столовій ложці кожні 3 години (при катаральних процесах дихальних шляхів).

Rp. Inf. herbae Thermopsidis 0,6—180,0
DS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Liq. Ammonii anisati 15,0
DS. По 5—10 крапель 3—4 рази на день (поширено в педіатричній практиці).

Rp. Liq. Ammonii anisati 5,0
Sir. Althaeae 30,0
Aq. destill. ad. 200,0
MDS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. T-rae Opii benzoicae 15,0
DS. По 15—20 крапель 3—4 рази на день.

Rp Pulv. Doveri 0,2
Dtd. № 10
S. По 1 порошку 3—4 рази на день після їди.

Rp. Betulae gemm. 30,0
(березові бруньки).
DS. Заварюють 2 чайних ложки в 1 склянці кип'ячої води і приймають по 1 столовій ложці 5—6 разів на день.

Rp. Dec. rad. Senegae 5,0—200,0
DS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Decocti rad. Senegae 3,0—180,0
Liq Ammonii anisati 3,0
Sir. simplicis ad 200,0
MDS. По 1 столовій ложці кожні 3—4 години.

Rp. Pertussini 100,0
DR По $^1/_2$—1 чайній ложці 2—3—4 рази на день.

Rp. Terpini hydrati 0,3
Codeini phosphorici 0,015
M f. pulv Dtd. № 6
S. По 1 порошку 3 рази на день.

Вітамінні препарати

Rp. Carotoli 1,0
Dtd. № 10 in amp.
S. По 1 мл під шкіру.

Rp. Vitamini A 50,0
DS. Зовнішнє; для лікування опіків, фістул, що не гояться, ран, виразок.

Rp. Sol. Thiamini 0,6%—1,0 (Vitamini B_1)
Dtn. № 10 in amp.
По 1 мл на день.
(При ураженнях центральної нервової системи після травми, при вегетативних неврозах, порушеннях живлення, серцевосудинних неврозах та ін.).

Вітамін B_1 мають:

Пивні сухі дріжджі (дають по 20,0—50,0).
Пивні рідкі дріжджі (50,0—100,0).
Пекарські дріжджі (50,0)

Rp. Acidi nicotinici 0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 10
S. По 1 порошку 3—4 рази на день (2—3—4 тижні).

Rp. Sol. Acidi nicotinici steril. 1%—10,0
DS. По 1 мл 1—2 рази на день під шкіру або у вену (2—3—4 тижні).
Acidum ascorbinicum
див. стор. 537

Rp. Vitamini D_2 10,0
DS. Приймати щодня по 1—3—5 крапель.
Oleum jecoris Aselli
див. стор 537
Fructus cynosbati
див. стор. 529
(шипшина)

Rp Vicasoli 0,015
Dtd № 10 in tabl.
S. По 1 таблетці на день (при гострих гепатитах, кровотечах з носа, гемороїдальних, геморагічних діатезах).

Жарознижуючі речовини

Rp. Aspirini 0,3
Dtd. № 6 in tabl.

S. По 1 таблетці тричі на день.

Rp. Aspirini 0,25
Coffeini natrio-salicylici 0,05
M.f. pulv. Dtd. № 6

S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Pyramidoni 0,3 (0,5)
Dtd. № 6
S. По 1 порошку на прийом (при головних болях, гострому ревматизмі, невралгії).

Rp. Aspirini
Phenacetini aa 0,25
Codeini phosphorici 0,01
M.f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2—3 рази на день (грип, невралгія).

Rp. Pyramidoni 0,25
Coffeini natrio-salicylici 0,1
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку на прийом (при головних болях, грипі).

Rp. Natrii salicylici 6,0
Aq. destill. 180,0
MDS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Жовчогінні речовини

Rp. Cholosas 1 флакон
DS. По 1 чайній ложці 3 рази на день за 10—15 хвилин до їди.

Rp. Fructi Cynosbati 100,0 (шипшина)
DS. 2 столових ложки заварити в 1 склянці кип'ятку, 5 хвилин кип'ятити, потім ½ години настоювати; по півсклянки двічі на день.

Кульбаба Чайну ложку дрібно порізаного кореня заварити в склянці кип'ятку, охолодити, процідити і пити по ¼ склянки 3—4 рази на день за ½ години до їди.
Див. *збори* стор. 543.

Rp. Decocti florum Helichrysi 6,0 (12,0) — 300,0
(безсмертники)
DS. По ½ склянки 3 рази на день.

Rp. Atophani 0,5 Dtd. № 6
S. По 1 порошку 3 рази на день після їди.

Rp. Calomelanos 0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 3—4 рази на день.

Заспокійливі речовини

Rp. Camphorae monobromatae 0,2
Dtd. № 10 in charta cerata
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Natrii bromati
Kalii bromati aa 4,0
Aq. destill. 180,0
MDS. По 1 столовій ложці 3 рази на день.

Rp. Kalii bromati 2,0
Kalii jodati 3,0
Aq. destill. 30,0
MDS. По 10—20 крапель на молоці 2—3 рази на день.

Rp. Inf. rad. Valerianae 5,0—200,0
Natrii bromati 4,0
Codeini phosphorici 0,2
MDS. По 1 столовій ложці 2—3 рази на день.

Rp. Luminali 0,03
Pyramidoni 0,3
Coffeini natrio-benz. 0,1
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 1—2 рази на день.

Rp. Sol. Natrii bromati sterilis. 10%—50,0
DS. По 5—10 мл внутрішньовенно 1 раз на день.
T-rae Valerianae див. стор. 534

Rp. Inf. Convallariae majalis 6,0—180,0
T-rae Valerianae aether 4,0
Natrii bromati
Kalii bromati aa 3,0
Codeini phosphorici 0,2
MDS. По 1 столовій ложці тричі на день.

Rp. Analgini 0,3
Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2—3 рази на день

Rp. Bromurali 0,3
Dtd. № 6 in tabl.
S. По 1 таблетці 2 рази на день.

Rp. Validoli 10,0
DS. По 5—10 крапель на кусочку цукру 1—2—3 рази на день.

Збуджувальні речовини:

Rp. Camphorae tritae 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 6 in charta cerata
S. По 1 порошку тричі на день.

Rp. Ol. Camphorati 10% (20%)—1,0
Dtd. № 10 in amp.
S. По 1 мл під шкіру.

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% (20%)—1,0
Dtd. № 10 in amp
S. По 1 мл під шкіру

Rp. Coffeini natrio-salicylici 0,2
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку тричі на день.

Rp. Coffeini natrio-benzoici 1,5
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Ephedrini hydrochlorici 0,025
Dtd. № 10 in tabl.
S. По 1/2 таблетки 2—3 рази на день (при бронхіальній астмі).

Rp. Sol. Ephedrini hydrochlorici 5%—1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 1/2—1 мл під шкіру (при колапсі, приступах бронхіальної астми).

Rp. Cytitoni 1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл під шкіру (для збудження дихання при асфіксіях).

Rp Sol. Corazoli 10%—1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 1 мл під шкіру або у вену.

Rp. Sol Strychnini nitrici 0,1%—1,0
Dtd № 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл під шкіру.

Rp. Extr. Nucis vomicae 0,3
Ferri lactici 3,0
Extr. Gentianae q. s. ut f. pil. № 30
DS. По 1 пілюлі тричі на день.

Rp. T-rae Nucis vomicae 5.0
T-rae Valerianae aethereae 10,0
MDS. По 15 крапель двічі на день.

Зв'язуючі речовини

Rp. Aq. Plumbi 200,0
DS. Зовнішне (примочки, компреси).

Rp. Sol. Argenti nitrici 0,5—1%—10.0
DS. По 1—2 краплі в кожне око.

Rp. Bismuti subnitrici
Saloli aa 0,3
M f. pulv. Dtd. № 12
S. По 1 порошку тричі на день.

Rp. Bismuti subnitrici 4,0
Extr. Belladonnae 0,1
Aq. Menthae
Aq. Chloroformii aa 90,0
MDS. Перед вживанням збовтувати!
По 1 столовій ложці тричі на день за $^1/_2$ години перед їдою (при виразці шлунка).

Rp. Bismuti subnitrici 0,5
Extr. Opii 0,01
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2—3 рази на день

Rp. T-rae Bistortae
T-rae Gallarum aa 15,0
MDS. Для змазування ясен або полоскання (20—30 крапель на склянку води).

Rp. Cupri sulfurici 0,05
Aq. destill. 10,0
MDS. Очні краплі.

Rp. Decocti Hyperici ex 6,0 — 200,0
(звіробой)
DS. По $^1/_3$ склянки тричі на день за $^1/_2$ години до їди або через 1 годину після їди.

Rp. Liq. Burovi s. Liq. Alumini acetici 50,0
DS. Для примочок.

Rp. Liq. Ferri sesquichlorati 100,0
DS. Для тампонів (зовнішнє кровоспинне).

Rp. Decocti Quercus aluminati 200,0
DS. Для полоскання.
Або: 1 столову ложку товченої дубової кори залити кип'ятком і кип'ятити 10 хвилин.

Rp. Fol. Salviae 30,0—50,0
DS. Заварити 1 чайну ложку листя в склянці води, як чай, для полоскання.

Rp. Tannalbini 0,5
Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Bismuti subnitrici
Tannalbini aa 0,25
M f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку тричі на день.

Rp. Decocti Tormentillae 10,0 — 150,0
(лапчатка або калган)
DS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день за $^1/_2$ години перед їдою або через годину після їди.

Rp. Sol. Zinci sulfurici 0,25% — 10,0
DS. Очні краплі.

Rp. Zinci oxydati
Talci aa 20,0
M. f. pulv.
DS. Присипка.

Rp. Ung. Zinci 20,0
DS. Мазь.

Кровозамінні речовини
(при кровотечах)

Rp. Sol. Natrii chlorati sterilis 0,85%—500,0
DS. Під шкіру. Внутрішньовенно.

Кровоспинні речовини

Rp. Sol. Calcii chlorati 5% (10%) — 200,0
DS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Sol. Calcii chlorati steril. 10%—5,0
Dtd. № 6 in amp.
S. Для внутрішньовенних ін'єкцій 5—10 мл (за вказівкою лікаря).

Rp. Ergotini 1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 1 мл під шкіру.
Liq. Ferri sesquichlorati
див. стор. 531

Rp. Extr. Urticae fluidi 30,0
DS. По 30—40 крапель 3—
—6 разів на день.
Vicasolum див. стор. 528.

Маткові речовини

Rp. Extr. Bursae pastoris fluidi 20,0
(грицики)
По 30—40 крапель 3—4 рази на день.

Rp. Chinini hydrochlorici 0.25
Dtd. № 6 in oblatis
S. По 1 порошку або облатці при слабких родових потугах.

Rp. Pituitrini 1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 1/4—1 мл під шкіру для посилення родових потуг або для спинення маткової кровотечі після родів, аборту.

Rp. Extr. Polygoni hydropiperis fluidi 25,0
DS. По 15—30 крапель 3—
—4 рази на день.

Rp. Extr Secalis cornuti fluidi 20,0
DS. По 20 крапель 3—4 рази на день.

Rp. Extr Viburni fluidi 20,0
DS. По 30 крапель 3—4 рази на день.

Rp. Pregnantoli 0,02
Dtd. № 6 in tabl.
S. По 1 таблетці 3—5 разів на день.

Rp. Secaleni 15,0
По 15—20 крапель 2—3 рази на день.

Місцево-анестезуючі

Rp. Anaesthesini 0,3
Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2 рази на день перед їдою (при гастралгії, блюванні).

Rp. Anaesthesini 5,0
Amyli Tritici 45,0
M. f. pulv.
DS. Присипка.

Rp. Anaesthesini
Dermatoli aa 0,2
Butyri Cacao 2,0
M. f. suppos.
Dtd. № 6
S. По 1 супозиторію в задній прохід двічі на день.

Rp. Novocaini 1,0
Sol Natrii chlorati sterilis 0,85%—200,0
MDS. Для місцевої анестезії.

Rp. Novocaini 0,1
Spiritus vini rectificati
Glycerini aa 7,5
MDS. Вушні краплі.

Rp. Novocaini 0,03
Extr. Opii 0,01
Extr. Belladonnae 0,015
Dermatoli 0,5
Butyri Cacao 2,0
M. f. suppos. Dtd. № 6
S. По 1 супозиторію в задній прохід 2 рази на день (при геморої, тріщинах).

Rp. Sol. Dicaini 0,25—1%—10,0
DS. По 1—2 краплі в око.

Rp. Mentholi 0,5
Anaesthesini 2,0
Vaselini 10,0
M. f. ung.
DS. Мазь для носа.

Обезболюючі речовини

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1%—1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 1 мл під шкіру.

Rp. Sol. Omnoponi 1—2%—1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 1 мл під шкіру при болях.

Rp. Phenacetini
Pyramidoni aa 0,25
Luminali 0,05
Coffeini n.-benzoici 0,05
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку на прийом тричі на день (при мігрені).

Rp. Analgini 0,5
Dtd. № 10
S. По 1 порошку 2—3 рази на день (при радикуліті, ревматизмі).

Rp. Sol. Analgini 50%—10,0
S. По 20 крапель 2—3 рази на день.

Rp. Aspirini
Phenacetini
Pyramidoni aa 0,2
Codeini phosphorici 0,01
M. f. pulv. Dtd. № 10
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Omnoponi 0,015
Extr. Belladonnae 0,01
Butyri Cacao 2,0
M. f. supp. Dtd № 6
S. По 1 супозиторію на ніч в задній прохід.

Rp. Verodoni 0,3
Dtd. № 6
S. По 1 порошку 1—2 рази на день.

Rp. Salipyrini 0,5
Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Органо- і гормонопрепарати

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 1 : 1000—1,0
Dtd. № 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл під шкіру (або внутрішньовенно при колапсі або приступі бронхіальної астми).

Rp. Folliculini 1,0
Dtd. № 10 in amp.
S. По 1 мл на день під шкіру або внутрішньом'язово за вказівкою лікаря (при аменореях, дисменореях, зв'язаних з захворюванням яєчників).

Rp. Haematogeni 1 флакон
DS. По 1 столовій ложці 2—3 рази на день.

Rp. Insulini 5,0
Dtd. № 5 in amp.
S. По 5—10—20 одиниць під шкіру за вказівкою лікаря.

Rp. Mammini 1 флакон
DS. По 20—30 крапель 2—3 рази на день на соді (при клімактеричних кровотечах, фібромах, фіброміомах, за вказівкою лікаря).

Rp. Sinestroli 0,001
Dtd. № 10 in tabl.
S. По 1—2 таблетці на день.

Rp. Diaethylstilbestroli 0,001
Dtd. № 6 in tabl.
S. По 1—2 таблетці на день.

Rp. Ovarini 1 флакон
DS. По 20—40 крапель на соді 2—3 рази на день (при клімактеричних порушеннях).

Rp. Thyreoidini 0,1
Dtd. № 6 in tabl.
S. По 1 таблетці 3 рази на день.

Потогінні речовини

Див. *збори* стор. 543

Протиблювотні речовини

Rp. Aq. Menthae 100,0
DS. По 1 столовій ложці 3 рази на день (при гастралгії) або по чайній чи столовій ложці кожні $^1/_2$—1 годину (при блюванні).

Rp. T-rae Valerianae aethereae 10,0
MDS. По 20 крапель на прийом.

Rp. Inf. fol. Menthae 5,0—200,0
DS. По 1 столовій ложці кожні 2 години.

Rp. T-rae Menthae 15,0
DS. По 15 крапель на прийом.

Rp. Sol. Kalii bromati ex 4,0—6,0—200,0
DS. По 1 столовій ложці 3 рази на день.

Rp. Anaesthesini 0,25—0,5
Dtd. № 6 in oblatis
S. По 1 облатці 1—2 рази на день перед їдою.

Rp. Aquae Amygdalarum amararum 15,0
DS. По 15—20 крапель 3—4 рази на день.

Rp. Aëroni in tabl. № 10
DS. По $^1/_2$—1 таблетці при нудоті, блюванні (за вказівкою лікаря). Не більше 4 на добу.

Протиглисні речовини

Rp. Flor. Cinae 10,0
DS. По $^1/_2$—1 чайній ложці з медом або варенням.

Rp. Santonini 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. За спеціальним призначенням.

Rp. Sancapheni № 16—20 in tabl.
DS. По 8—10 таблеток на день: прийняти зранку в 2 прийоми з перервою в $^1/_2$—1 годину.
Санкафен складається з:
Сантоніну 0,016
Каломелю 0,0065
Фенол-фталеїну 0,016

Rp. Osarsoli 0,25
Dtd. № 12 in tabl.
S. За спеціальним призначенням (проти волосоголовця).

Rp. Santonini 0,05
Calomelanos 0,03
Pulv. Rhei 0,25
M. f. pulv. Dtd. № 6 (9).
S. Приймати 3 рази зранку (о 8, 9 і 11 годині) два дні (іноді 3 дні).
Cucurbita semina — насіння гарбуза.
Доза 60,0—300,0 вилущеного свіжого насіння.

Протикашльові речовини

Rp. Codeini phosphorici 0,015
Natrii bicarbonici 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 10
S. По 1 порошку 2—3 рази на день (при сухому болісному кашлі).

Rp. Codeini phosphorici 0,015
Terpini hydrati
Natrii bicarbonici aa 0,25
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 3—4 рази на день.
Див. *збори-чаї.*

Rp. Dionini 0,3
Aq. Laurocerasi 10,0
MDS. По 10—20 крапель 3—4 рази на день.

Rp. Duotali 0,3
(guajacoli carbonici)
Dtd. № 6
S По 1 порошку 3 рази на день

Rp. Sirolini 100,0
DS По 1 чайній ложці 3—4 рази на день.

Протималярійні речовини

Rp. Acrichini 0,1
Dtd. № 15 in tabl.
S. По 1 таблетці 3 рази на день.

Rp. Chinini hydrochlorici 0,4
Dtd. № 10
S По 1 порошку 3 рази на день.

Rp. Osarsoli 0,25
Dtd. № 20 in tabl
S. Приймати за вказівкою лікаря

Rp. Plasmocidi 0,01
Acrichini 0,1
Dtd. № 12 in tabl.
S По 1 таблетці 3 рази на день.

Rp. Chinini hydrochlorici 0,3
Methyleni coerulei 0,05
M f. pulv. Dtd. № 12 in oblatis
S. По 1 облатці 3 рази на день.

Rp. Bigumali 0,2
Dtd. № 10
S. По 1 порошку 3 рази на день (7—10 днів при триденній і тропічній формі малярії).

Протипаразитарні речовини

Rp. Aceti Sabadillae 100,0
DS Для втирання при вошивості

Мило «К». Беруть у 2% концентрації для замочування білизни та одягу.

Pulvis Pyrethri — піретрум— посипають ним білизну, одяг, постіль, а також волосисті частини тіла.

Rp. Ung. Sulfurati 100,0
DS Мазь (від корости).

Rp. Ung. Wilkinsoni 100,0
DS. Змазувати шкіру при корості та грибкових захворюваннях шкіри.

Rp. Picis liquidae
Sulfuris praecipitati aa 5,0
Vaselini 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь.

Rp. Ung. Hydrargyri cinerei 30,0
DS. Мазь

Rp. Pentachlorini pulverati 50,0
DS Проти різних комах, паразитів.

Протиревматичні речовини

Rp. Natrii salicylici 12,0
Aq. destill 180,0
MDS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Lithii salicylici 6,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Methylii salicylici
Ol. Hyoscyami
Chloroformii aa 15,0
M f. linimentum 15,0
DS Розтирання.

Rp. Decocti corticis Salicis 10,0—15,0—200,0
DS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Analginum див. стор. 533
Pyramidonum див. стор. 529
Aspirinum див. стор. 528

Мазь з бруньок тополі: 1 частина екстракту бруньок тополі і 8 частин смальцю. Мазь зеленуватого кольору, з характерним бальзамічним запахом.

Протисифілітичні речовини

Rp. Bijochinoli 20,0 (40,0)
DS. По 1—2 мл через день внутрішньом'язово або 2—3 мл кожний третій день (з розрахунку $^1/_2$—1 мл на добу).

Rp. Hydrargyri bijodati rubri 0,12
Kalii jodati 5,0
Aq. destill. 180,0
MDS. По 1 столовій ложці 3 рази на день.

Rp. Myarsenoli 0,3 (0,15—0,45—0,6)
Dtd. № 6 in amp.
S. Розчинити 1 ампулу в 3—5 мл дестильованої стерилізованої води і вводити внутрішньом'язово.

Rp. Novarsenoli 0,45 (0,15—0,3—0,6)
Dtd. № 6 in amp.
S. Розчинити 1 ампулу в 3—5 мл дестильованої стерилізованої води і вводити повільно внутрішньовенно.

Rp. Osarsoli 0,25
Dtd. № 20 in tabl.
S. По $^1/_2$—1 таблетці 3 рази на день (для дітей — див. табл. в розділі дитячих захворювань).

Rp. Ung. Hydrargyri cinerei 2,0—4,0
Dtd. № 6 in charta cerata.
S. Втирати по 1 пакету щовечора в різні частини тіла протягом 6 днів, на сьомий — купання.
Penicillinum див. стор. 540

Протиспазматичні, судинорозширювальні

Rp. T-rae Belladonnae 10,0
DS. По 5 крапель на прийом.

Rp. Extr. Belladonnae 0,01
Papaverini hydrochlorici 0,02
Sacchari 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 10
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Nitroglycerini soluti 5,0
DS. По 1—2 краплі під язик.

Rp. Papaverini hydr. 0,01
Camphorae monobromatae 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 6 in charta cerata.
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Amylii nitrosi 3,0
DS. Для вдихання по 1—3 краплі при приступах грудної жаби та при отруєннях ціан. кислотою, кокаїном.

Rp. Diuretini 0,3
Papaverini hydr. 0,02
Luminali 0,015
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2—3 рази на день (при гіпертонічному стані).

Rp. Dec. Visci albi (омела) 6,0—8,0—180,0
DS. По 1 столовій ложці 3 рази на день.

Rp. Inf. rad. Valerianae 6,0—180,0
DS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Dibasoli 0,005
Dtd. № 10 in tabl.
S. По 1 таблетці 2—3 рази на день.

Rp. Sol. Atropini sulfurici 1 : 1000—10,0
DS. По 3—5—10 крапель 3 рази на день перед їдою.

Rp. Platyphyllini bitartarici 0,003
Sacchari 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 12
S. По 1 порошку 3 рази на день.

Rp. Sol. Mentholi spirituosae 5%—10,0
DS. По 2—3 краплі на язик 2—4 рази на день.

Rp. Extr. Crataegi fl. 10,0
DS. По 15—25 крапель 2—3 рази на день.

Речовини, що подразнюють шкіру, та розтирання

Spiritus camphoratus
Charta sinapina—гірчичник.

Rp. Lin. volatilis 20,0
DS. Розтирання. Складається з 1 частини нашатирного спирту, 3 частин соняшникової олії.

Methylium salicylicum див. стор. 535.

Rp. Naphtalani 30,0
DS. Розтирання.

Rp. Olei Terebinthinae
Ol. Camphorati
Chloroformii aa 20,0
M. f. linimentum
DS. Розтирання.

Rp. Ol. Terebinthinae
Ol. Pini aa 20,0
Camphorae tritae 5,0
M. f. linimentum
DS. Розтирання при бронхіті.

Речовини, які тонізують і впливають на обмін речовин

Rp. Acidi arsenicosi 0,015 (0,03)
Extr. et pulv. rad. Liquiritiae q. s. ut f. pilulae № 30
DS. По 1 пілюлі 2—3 рази на день (поступово доводячи до 8—10 пілюль на день, а потім зменшуючи).

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%—1,0
Dtd. № 10 in amp.
S. По 1—2 мл внутрішньом'язово або внутрішньовенно.

Rp. Acidi ascorbinici 0,2 (0,3) (Vitamin C)
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 12
S. По 1 порошку тричі на день.

Rp. Ferri reducti 0,2 (0,5—1,0)
Dtd. № 12
S. По 1 порошку 2 рази на день після їди (після приймання добре полоскати рот).

Glucosum див. стор. 538.

Rp. Olei jecoris Aselli 200,0
DS. По 1 чайній або столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Spermini або Spermoli 30,0
DS. По 30—40 крапель 3 рази на день до їди.

Rp. T-rae Ferri pomati
T-rae amarae aa 15,0
MDS. По 30—40 крапель 2 рази на день.

Rp. Vitamin D—10,0
DS По 10 крапель 1 раз на день (дітям від $^1/_2$ краплі до 10 крапель 1 раз на день залежно від віку).

Rp. Phytini 0,25
Dtd. № 12 in tabl.
S. По 1 таблетці 2—4 рази на день.

Rp. Tablettarum Phosphreni
Dtd. № 12
DS. По 1 таблетці 3—4 рази на день.

Речовини, які звужують зіниці

Rp. Sol. Pilocarpini hydrochlorici 1%—10,0
DS. По 1—2 краплі 2 рази на день (при глаукомі).

Rp. Sol. Eserini (Physostigmini) salicylici 0,05—10,0
DS. 1—2 краплі в око 2 рази на день.

Речовини, які розширюють зіниці

Rp. Sol. Atropini sulfurici 1%—10,0
DS. Очні краплі.

Rp. Sol. Homatropini hydrobromici 1%—10,0
DS. По 1—2 краплі в кожне око.

Серцевосудинні речовини

Rp. Inf. herbae Adonidis vernalis 6,0—200,0
DS. По 1 столовій ложці 2—3 рази на день.

Camphora trita див. стор. 530
Coffeinum—n-benz. див. стор. 530
Coffeinum—n-sal. див. стор. 530
Corazolum див. стор. 530
Ephedrinum див. стор. 530

Rp. T-rae Convallariae majalis
T-rae Valerianae simplicis aa 10,0
MDS. По 20—30 крапель 2—3 рази на день.

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,05
Camphorae tritae 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 10 in charta cerata
S. По 1 порошку 3—4 рази на день.

Rp. Inf. fol. Digitalis 0,5—180,0
MDS. По 1 столовій ложці 3—4 рази на день.

Rp. Adonileni 10,0
DS. По 15—20 крапель 3—4 рази на день.

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,1
Butyri Cacao 2,0
M. f. supp. Dtd. № 6
S. По 1 супозиторію 2 рази на день в задній прохід.

Rp. Gitaleni 20,0
DS. По 10—20 крапель 2—3 рази на день.
Ol. Camphoratum див. стор. 530

Rp. Sol. Glucosi 40%—10,0
Dtd. № 6 in ampullis
S. По 5—10 мл внутрішньовенно.

Rp. Sol. Glucosi ster. 5%—500,0
DS. Вводити під шкіру по 100—300 мл.

Сечогінні речовини

Rp. Diuretini 0,5
Dtd. № 6.
S. По 1 порошку 3—4 рази на день

Rp. Decocti fol. Uvae Ursi 10,0—180,0
DS. По 1 столовій ложці кожні 3 години.

Rp. Diuretini 0,4
Luminali 0,015
M. f. pulv. Dtd. № 12
S. По 1 порошку 3 рази на день при гіпертонічних захворюваннях.

Rp. Mercusali 1,0 (2,0)
Dtd. № 6 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово через 1—2 дні.

Rp. Inf. Baccar. luniperi (ялівець) 10,0 (15,0)—200,0
DS. По 1 чайній ложці 3—4 рази на день.

Rp. Inf. Petroselini 4,0—8,0—200,0 (петрушка)
DS. По 1 чайній ложці 3—4 рази на день (здебільшого дітям).

Rp. Liq. Kalii acetici 15,0
Aq. destill. 150,0
(seu Aq. Menthae)
MDS. По 1 столовій ложці кожні 3 години.
Див. *збори-чаї* стор. 543.

а) *Антисептичні для сечових проток*

Rp. Sol. Urotropini 40%—10,0
Dtd. № 10 in amp.
S. По 5—10 мл внутрішньовенно (також при септичних захворюваннях, менінгіті).

Rp. Urotropini 0,5
Dtd. № 10 in tabl.
S. По 1 таблетці тричі на день.

Rp. Urotropini
Saloli aa 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 10
S. По 1 порошку 3—4 рази на день (при циститі, пієліті).

Rp. Salitropini 5,0 (цилотропін)
Dtd. № 6 in amp.
S. По 5 мл внутрішньовенно.

Складові елементи салітропіну:
Уротропіну 2,0
Саліцил. натру 0,8
Саліцил. натр. кофеїну 0,2
Дестильованої води 5,0

Снотворні речовини

Rp. Bromurali 0,5
Dtd. № 10 in tabl.
S. По 1 таблетці на ніч.

Rp. Luminali 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. Dtd. № 3
S. По 1 порошку на ніч.

Rp. Veronali 0,5
Dtd. № 4
S. По 1 порошку на ніч

Rp. Veronali 0,25
Dionini 0,02
M. f. pulv. Dtd. № 4
S. По 1 порошку на ніч (якщо безсоная від кашлю).

Rp. Medinali 0,5
Butyri Cacao 2,0
M. f. supp. Dtd. № 6
S. По 1 супозиторію в задній прохід на ніч.

Rp. Chlorali hydrati 6,0
Mucilaginis Salep
Aquae destillatae aa 50,0
MDS. По 1 столовій ложці 2—3 рази на день.

Rp. Chlorali hydrati 1,0
Mucilaginis Salep
Aquae destillatae aa 20,0
MDS. На 1 клізму

Rp. Chlorali hydrati 0,5
Natrii bromati 1,0
Aquae destillatae 50,0
MDS. По ½ чайної ложки через 1—2 години (дітям раннього віку при збудженні).

Rp. Barbamyli 0,3
(Amytali—Natrii)
Dtd. № 6
S. По 1 порошку на ніч.

Bijochinolum див. стор. 536
Myarsenolum див. стор. 536
Novarsenolum див. стор. 536
Osarsolum див. стор. 536

Rp. Streptocidi albi 0,3—0,5
Dtd. № 10 in tabl.
S. По 1 таблетці 3—4 рази на день.

Rp. Sulfidini 0,5
Dtd. № 12
S. По 1 порошку 3 рази на день (або за спеціальним призначенням).

Rp. Sulfasoli 0,5
Dtd. № 10
S. По 1 порошку 3—4 рази на день (або кожні 4 години).

Rp. Disulfani 0,5—1,0
Dtd. № 12
S. По 1 порошку 3—4 рази на день.

Rp. Norsulfasoli-natrii 0,5—1,0
Dtd. № 12
S. По 1 порошку 3—4—6 разів на добу.

Rp. Sol. Sulfacili Natrii 30%—10,0
DS. По 1—2 краплі в кожне око (при блефареї та інфікованих виразках рогівки).

Rp. Sol. Gramicidini spirit. 4%—1,0 (0,5—2,0)
Dtd. № 6 in ampullis
S. Перед вживанням вміст однієї ампули розчинити в 50 або 100 разів стерильною, дестильованою водою. Розчин нестійкий — придатний тільки один день.

Або: S. Вміст однієї ампули розчинити в 25—50 разів жиром (рицинове, риб'яче масло або ланолін). Зберігається довший час.

Граміцидин застосовують тільки для зовнішнього вживання.

Rp. Penicillini 200 000 ОД
Dtd. № 5
S. Вміст одного флакона розчиняти в 1—2 мл 0.5% розчину новокаїну і вводити внутрішньом'язово за один або два рази (або 2—3 рази на добу по 200 000 ОД).

Rp. Penicillini 10 000—100 000 ОД
Vaselini 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь.

Rp. Penicillini 10 000—100 000 ОД
Aq. destillatae 50.0
MDS. Краплі для носа або зрошення зіва.

Шлунково-кишкові засоби

а) *для поліпшення травлення*

Rp. T-rae amarae 20,0
DS. По 15 крапель тричі на день перед їдою.

Rp. T-rae Absinthii 15.0
По 15—20 крапель 3 рази на день або 1 чайну ложку дрібно порізаного полину заварити, як чай, у 2 склянках кип'ятку, дати настоятись протягом 20 хвилин і процідити. Приймати по $^1/_4$ склянки 3—4 рази на день за $^1/_2$ години до їди.

Rp. Acidi hydrochlorici diluti 4,0
Persini 2,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовій ложці 2 рази на день під час їди.

Rp. Natrii bicarbonici 30,0
DS. На кінці ножа 2 рази на день або по $^1/_2$ чайної ложки.

Rp. Magnesiae ustae 0,5
Dtd. № 10
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

б) *Проносні*

Rp. Calomelanos 0,2
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 3
S. По 1 порошку кожну годину, але не більше трьох.

Rp. Glycerini 1,0
But. Cacao 2,0
M. f. suppos. Dtd. № 6
S. По 1 супозиторію в задній прохід перед сном.

Rp. Magnesii sulfurici 50,0
DS 1 столову ложку на прийом.

Rp. Natrii sulfurici 20,0
DS. На 1 прийом.

Rp. Olei Ricini 25,0
DS. На 1 прийом.

Rp. Purgeni 0,1
Dtd. № 6 in tabl.
S. По 1 таблетці на ніч.

Rp. Paraffini liquidi 100,0
DS. По 1 чайній або столовій ложці 2 рази на день.

Rp. Pulv. Liquiritiae compositi 50,0
DS. По $^1/_2$ чайної ложки вранці.

Rp. Pulv. rad. Rhei 0,5
Dtd. № 6
S. По 1 порошку двічі на день.

Rp. Pulv. rad. Rhei
Magnesiae ustae aa 0,3
Extr. Belladonnae 0,015
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Inf. fol. Sennae 10,0—150,0
Sir. Rhei 20,0
MDS. По 1 столовій ложці вранці та перед сном.
Див. *збори* стор 543

Rp. Sulfuris depurati
Magnesiae ustae
Pulveris Rhei
Eleosacchari Foeniculi aa 5,0
M. f. pulv.
DS. По $^1/_2$—1 чайній ложці 1—2 рази на день.

в) *Антисептики кишкові*

Rp. Benzonaphtoli 0,3 (0,5)
Dtd. № 6
S. По 1 порошку 3 рази на день.

Rp. Saloli 0,3
Dtd. № 6
S. По 1 порошку 3 рази на день.

Rp. Saloli
Benzonaphtoli aa 0,25
Extr. Belladonnae 0,015
M. f. pulv. Dtd. № 6
S. По 1 порошку 3—4 рази на день.

Rp. Disulfani 0,5 (1,0)
Dtd. № 10
S. По 1 порошку 4—5 разів на день.

г) *Протипроносні речовини*

Bismutum subnitricum
див. стор. 531

Rp. Extr. Opii 0,015
Sacchari 0,3
M. f. pulv. Dtd. № 6
По 1 порошку 2—3 рази на день.

Rp. Extr. Opii 0,015
Saloli 0,3
M f. pulv. Dtd № 6
S. По 1 порошку 3 рази на день.
Hypericium perforatum
див. стор. 531
Tannalbinum див. стор. 531

Rp. T-rae Opii simplicis 5.0
T-rae Nucis vomicae 1,0
T-rae Valerianae aetherea 10,0
Ol. Menthae gtt. III
MDS. По 10—30 крапель 1—3 рази на день.

ЗБОРИ[1] (ЧАЇ)

Апетитний чай

1. Полиню — трави 2 част.
   Деревію листя 2 „
   Кульбаби кореня 1 „

   Столову ложку сумішки заварити в склянці кип'ятку і кип'ятити протягом 10 хвилин, процідити і пити по 1/3 склянки тричі на день за 20 хвилин до їди.

2. Полиню — трави 1 част.
   Трифолі листя 1 „

   Заварити, як чай, і пити по 1 столовій ложці перед їдою.

Вітамінний чай

3. Шипшини 4 част.
   Чорної смородини — ягід 1 част.

   Заварюють і п'ють, як чай.

4. Моркви кореня 3 част.
   Кропиви листя 3 „
   Чорної смородини — ягід 1 част.
   Шипшини 3 „

   Заварюють і п'ють, як чай.

Вітрогінний чай

5. Ромашки цвіту 40,0
   Тмину насіння 20,0
   Материнки трави 20,0

   Заварити 1 чайну ложку сумішки в склянці гарячої води і пити по столовій ложці кілька разів на день.

---

[1] Збори затверджені Фармакологічним Комітетом НКОЗ СРСР та видані НКОЗ СРСР під назвою „Ліки рослинного походження 1943 р.

Ромашки цвіту 2 част.
М'яти листя 2 „
Кропу насіння 1 „
Тмину насіння 1 „
Валеріани кореня 2 „

2 чайних ложки сумішки заварити в склянці кипячої води, як чай.
Після остудження пити зранку і ввечері по 1 склянці.

Грудний чай

7. Мачушник, царзілля — листя 4 част.
Подорожника ланцетолистого 3 част.
Солодкового кореня 3 част.

Столову ложку сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, настоювати протягом 20 хвилин, процідити і пити по $^1/_4$—$^1/_2$ склянки кожні 3 години

8. Алтея квіти (Проскурняк, калачики) 1 част.
Мальви квіти (Рожа зинзовер) 1 част.
Безсмертника 1 част.
Дивини (коров'яка) квіти 1 част.

2 чайних ложки сумішки заварити в 1 склянці кип'ятку, настояти до охолодження і пити по $^1/_2$ склянки після їди 2—3 рази на день.

Заспокійливий чай

(при серцебитті, за Шассом)

9. Валеріани кореня 1 част.
Глухої кропиви (Пустирника) 1 част.
трави
Тмину насіння 1 част.
Петрушки насіння 1 „

Столову ложку сумішки заварити в 1 склянці кип'ятку, настояти до охолодження і пити (можна з цукром) теплим, повільно, тричі на день по 1 чашці.

10. М'яти холодної листя 2 част.
Трифолі (кашка, конюшина) листя 2 част.
Валеріани кореня 1 част.
Хмелю суцвіття 1 „

2 столових ложки сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, настоювати протягом 20 хвилин, процідити і пити зранку та ввечері по $^1/_4$ склянки.

Потогінний чай

11. Малини 2 част.
Мачушник, царзілля (Мать-мачуха) 2 част.
Материнки 1 „
12. Липового цвіту 1 „
Малини 1 „

2 столових ложки сумішки заварити в 2 склянках кип'ячої води, настоювати протягом 20 хвилин, процідити і пити гарячим, як чай.

2 столових ложки сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, кип'ятити протягом 5 хвилин і пити, як чай.

13. М'яти холодної листя 1 част.
Бузини чорної квіти 1 част.
Липи квіти 1 „

Столову ложку сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, кип'ятити протягом 10 хвилин і пити гарячим, як чай.

Сечогінний чай

14. Ялівцеві ягоди 2 част.
Польові сосонки (хвощ польовий) 2 част.
Пирію коріння 1 част.

Столову ложку сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, кип'ятити протягом 10 хвилин, процідити і пити за вказівкою лікаря або фельдшера.

15. Толокнянки листя (Розходник, ведмеже вухо) 2 част.
Васильків квіти 2 „
Солодкового кореня 1 част.

Столову ложку сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, кип'ятити протягом 10 хвилин, процідити і пити за вказівкою лікаря або фельдшера.

Шлунковий чай (протипроносний)

16. Чорниць ягоди 2 част.
Черемхи насіння 3 „

2 столових ложки сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, кип'ятити протягом 20 хвилин процідити, остудити і пити $^1/_4$—$^1/_2$ склянки тричі на день.

Протипроносний

17. Ракові шийки (змійовика)—кореня 1 част.
Сухозлотиці або вужачого зілля (кровохльобки)—кореня 1 част.

2 чайних ложки сумішки заварити в 1 склянці кип'ятку як чай, настоювати протягом $^1/_2$ години, процідити і пити по $^1/_4$ склянки 4 рази на день.

Послаблюючий

18. Александрійського листя 3 част.
Крушини кори 2 част.
Ганусового насіння 1 част.
Солодкового кореня 1 част.

Столову ложку сумішки заварити в склянці кип'ятку, кип'ятити протягом 10 хвилин, процідити і пити по $^1/_2$—1 склянці на ніч.

19. Крушини кори 6 част.
Деревію листя 2 „
Кропиви листя 2 „

Столову ложку сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, кип'ятити протягом 10 хвилин, процідити і пити по $^1/_2$—1 склянці на ніч.

Збір, регулюючий діяльність кишечника

20. Крушини кори 3 част.
М'яти холодної листя 2 част.
Кропиви листя 3 част.
Явору кореневища 1 част.
Валеріани кореня 1 част.

2 столових ложки сумішки заварити в 2 склянках кип'ятку, кип'ятити протягом 10 хвилин, процідити і пити по $^1/_4$ склянки зранку і ввечері.

НАЙВИЩІ ОДНОРАЗОВІ І ДОБОВІ ДОЗИ ОТРУТНИХ (А) І СИЛЬНОДІЮЧИХ (Б) ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ДОРОСЛИХ

Державна фармакопея СРСР VIII видання 1946 р.

Назва препарату	Найвищі дози		Назва препарату	Найвищі дози	
	Одноразова	Добова		Одноразова	Добова
Acetylcholinum chloratum	0,2	0,6	Aqua Amygdalarum amararum	30 крапель	60 крапель
Acetylcholinum під шкіру	0,0003	0,001	Argentum colloidale (collargolum) у вену	0,25	0,5
Acidum arsenicosum (A)	0.003	0,01	Argentum nitricum	0,03	0,1
Acidum nicotinicum під шкіру	0,1	0,3	Atropinum sulfuricum (A)	0.001	0,003
Acidum hydrochloricum			Barbamylum	0,5	1,0
Acidum purum dilutum	20 крапель	60 крапель	Biiochinolum у м'яз	3 мл	—
			Bismutum salicylicum basicum	1,0	3 0
Acrichinum	0,2	0,4	Bromuralum	0,6	1,0
Adalinum	1,0	2,0	Bulbus Scillae	0,3	1,5
Adonilenum	30 крапель	60 крапель	Chloralum hydratum	2,0	6,0
			Chloroformium	0,5 мл	1,0 мл
Adrenalinum solutum (1 : 1000) під шкіру	1 мл.	—	Cocainum hydrochloricum A	0,03	0,03
			Codeinum phosphoricum .	0,1	0,3
Adrenalonum під шкіру	0,01	—	Codeinum purum	0,05	0,2
			Coffeinum	0,3	1,0
Aether	20 крапель	60 крапель	Coffeinum natriobenzoicum	0,5	2,0
			Coffeinum natriosalicylicum	0,5	2,0
Amygdalinum	0,02	0,06	Convallenum у вену	0,5 мл	—
Amylium nitrosum (вдихання)	5 крапель	30 крапель	Convallenum під шкіру	1 мл	2 мл
Anaesthesinum	0,5	1,5	Cordiaminum під шкіру	1 мл	2 мл
Analginum	1,0	3,0	Cordiaminum всередину	30 крапель	90 крапель
Antifebrinum	0.3	1,0			
Antipyrinum	1,0	3,0			
Apomorphinum hydrochloricum (A)	0,01	—	Corazolum	0,1	0,3
			Creosotum	10 крапель	30 крапель
Apomorphinum hydrochloricum під шкіру	0,005	—			

Продовження

Назва препарату	Найвищі дози	
	Одноразова	Добова
Cuprum sulfuricum всередину як блювотне	0,5	—
Dicainum під шкіру	0,015	0,03
Digalen-Neo	1 мл	3 мл
Diginormum	20 крапель	60 крапель
Dioninum	0,03	0,1
Disulfanum	2,0	7,0
Fluretinum	1,0	6,0
Emetinum hydrochloricum під шкіру	0,05	0,1
Ephedrinum hydrochloricum	0,05	0,15
Extractum Belladonnae siccum	0,05	0,15
Extractum Belladonnae spissum	0,05	0,15
Extractum Cannabis indicae	0,1	0,3
Extractum Filicis maris aethereum	8,0	—
Extractum Hyoscyami siccum et spissum	0,1	0,3
Extractum Ipecacuanhae siccum	0,2	0,4
Extractum Opii siccum	0,05	0,3
Extractum Secalis cornuti fluidum	25 крапель	50 крапель
Extractum Secalis cornuti fluidum pro injectionibus (Ergotinum) під шкіру	1 мл	3 мл
Extractum Secalis cornuti spissum	0,3	1,0
Extractum Strychni	0,025	0,1
Flavacridinum hydrochloricum	0,2	0,8
Folium Belladonnae	0,2	0,6
Folium et Flos Convallariae majalis	0,5	1,5
Folium Digitalis	0,2	1,0
Folium Hyoscyami	0,4	1,2
Folium Stramonii	0,2	0,6
Gitalenum	25 крапель	50 крапель
Harminum hydrochloricum під шкіру	0,01	0,03
Herba Adonidis vernalis	0,8	10,0
Herba Cannabis indicae	0,2	0,6
Herba Thermopsidis	0,1	0,3
Heroinum (A)	0,005	0,015
Hexenalum у вену	1,0	—
Hexylresorcinum	1,0	1,0
Homatropinum hydrobromicum (A)	0,001	0,003
Hydrargyrum bichloratum (A)	0,02	0,06
Hydrargyrum bijodatum (A)	0,02	0,06
Hydrargyrum chloratum mite	0,6	1,8
Hydrargyrum cyanatum і oxycyanatum під шкіру	0,01	0,03
Hydrargyrum salicylicum у м'яз (A)	0,02	0,06
Hydrastininum chloratum	0,05	0,15
Infusum Ipecacuanhae concentratum	1 мл	4 мл
Jodum	0,02	0,06
Isapheninum	0,025	0,05
Liquor Kalii arsenicosi (A)	3 краплі	10 крапель

Продовження

Назва препарату	Найвищі дози		Назва препарату	Найвищі дози	
	Одноразова	Добова		Одноразова	Добова
Lobelinum hydrochloricum під шкіру	0,01	0,02	Pituitrinum під шкіру	2 мл	4 мл
Luminalum	0,3	0,6	Pituitrinum siccum	—	0,15
Malilum	0,2	0,4	Plasmocidum	0,02	0,06
Medinalum	1,0	2,0	Platyphyllinum bitartaricum	0,01	0,03
Mercusalum у м'яз	2 мл	—	Podophylinum	0,1	0,3
Morphinum hydrochloricum (A)	0,03	0.1	Pronarconum (acidum)	0,5	1,0
Myarsenolum у м'яз (A)	0.6	—	Pronarconum (solutio) 10% у вену	10 мл	—
Narcolanum у пряму кишку на 1кг ваги хворого	0,1	—	Pulvis Ipecacuanhae opiatus	0,5	1,5
Natrium arsenicicum (A)	0,003	0,01	Pyramidonum	0,5	1.5
Natrium kakodylicum (A)	0,06	0,2	Radix Ipecacuanhae (як відхаркувальне)	0,1	0,4
Natrium nitrosum	0.3	1,0	Radix Ipecacuanhae всередину як блювотне	1.0	—
Natrium nitrosum під шкіру	0,05	0,15	Rectonum (acidum)	0,5	1,0
Nitrogiycerinum solutum	4 краплі	10 крапель	Rectonum (solutio) 10% в пряму кишку	5 мл	—
Norsulfazolum	2,0	7,0	Rivanolum	0,05	0,15
Novarsenolum у вену (A)	0,6	—	Salipyrinum	1,0	3,0
Novocainum під шкіру	0,2	—	Salsolinum hydrochloricum	0,1	0,3
Omnoponum (A)	0,03	0.1	Santoninum	0,1	0,3
Opium	0,1	0,3	Scopolaminum hydrobromicum (A)	0,0005	0,0015
Osarsolum (A)	0,25	1,0	Secale cornutum	1,0	5.0
Papaverinum hydrochloricum	0.1	0,2	Sonbutalum (acidum)	0,5	1,0
Paraldehydum	5 мл	10 мл	Sonbutalum (solutio) 10% у вену	5 мл	—
Parathyreoidinum під шкіру	5 мл	—	Sovcainum в спинномозковий канал	0,005	0,005
Phenolum purum	0,1	0,3	Stibio-Kalium tartaritum як блювотне	0,1	0,3
Phenolum liquefactum	2 краплі	6 капель	Streptocidum album	2,0	7,0
Physostigminum salicylicum	0,001	0,003	Strychninum nitricum (A)	0,002	0,005
Pilocarpinum hydrochloricum (A) під шкіру	0,01	0,02	Stypnonum під шкіру	0,01	—

Продовження

Назва препарату	Найвищі дози		Назва препарату	Найвищі дози	
	Одноразова	Добова		Одноразова	Добова
Stypticinum	0,1	0,3	Tinctura Cannabis	20 „	60 „
Sulfacilum	2,0	7,0	indicae	20 „	60 „
Sulfazolum	2.0	7,0	Tinctura Convallariae majalis	20 „	60 „
Sulfidinum	2,0	7,0	Tinctura Digitalis	20 „	50 „
Tabulettae Aëroni	2 таблетки	4 таблетки	Tinctura Jodi 10%	20 „	25 „
			Tinctura Jodi 5%	15 „	50 „
Theophyllinum	0,3	1,0	Tinctura Opii simplex	20 „	50 „
Thiocainum під шкіру	0,05	—	Tictura Strophanthi	10 „	20 „
Thymolum	0,5	3,0	Tinctura Strychni	15 „	30 „
Thyreoidinum liquidum	1 мл	2 мл	Tripaflavinum	0,2	0,8
Thyreoidinum siccum	0,3	1,0	Veronalum	0,75	1,5
Tinctura Aconiti	8 кр	20 кр.	Jatrenum	1,0	3.0
Tinctura Belladonnae	15 „	45 „	Zincum sulfuricum всередину як блювотне	1,0	—

Примітка 1. Зазначені в списку найвищі дози отруйних і сильнодіючих лікарських речовин розраховані для дорослих людей, що досягли 25-річного віку.

Для незмужнілих і для дітей найвищі дози зменшуються залежно від віку приблизно так:

Для молодих людей 18 років — $^3/_4$ дози для дорослих
„ „ „ 14 „ — $^1/_2$ „ „ „
„ дітей — 7 „ — $^1/_3$ „ „ „
„ „ — 6 „ — $^1/_4$ „ „ „
„ „ — 4 „ — $^1/_6$ „ „ „
„ „ — 2 „ — $^1/_8$ „ „ „
„ „ — 1 „ — $^1/_{12}$ „ „ „
„ „ до 1 „ — $^1/_{24}$ — $^1/_{12}$ дози для дорослих

2. Найвищі дози зменшуються до $^3/_4$ і $^1/_2$ прийому для дорослих також і для тих осіб, що перейшли 60-річний вік.

3. Якщо отруйні чи сильнодіючі лікарські речовини прописані в рецепті в дозі, що перевищує вказану в списку дозу, і до того ж не прописом і без знака оклику, то завідуючий аптекою або його заступник повинні знестися з лікарем словесно (можна по телефону) або листовно (в запечатаному конверті) і, тільки дістявши відповідь, відпустити прописані ліки у відповідній дозировці. У випадку, коли неможливо порозумітися з лікарем, завідуючий аптекою або його заступник відпускає прописані ліки в половині тієї дози, яка зазначена в списку як найвища.

НАЙВИЩІ ОДНОРАЗОВІ ДОЗИ
отрутних і сильнодіючих лікарських речовин для дітей за фармакопеєю СРСР (перший додаток 1952 р.)

Назва	До 6 місяців	Від 6 місяців до 1 року	2 роки	3—4 роки	5—6 років	7 років	8—14 років
1. Acidum hydrochloricum purum dilutum Розведена соляна кислота	1 крапля 1%	1 крапля	2 краплі	3 краплі	5 крапель	7 крапель	8—10 крапель
		1%		1,5%		2%	
2. Acrichinum Акрихін	0,0125	0,0125	0,025	0,04	0,05	0,075	0,1
3. Adalinum Адалін під шкіру	Не призначається	0,1	0,15	0,2	0,2	0,25	0,3
4. Adonilenum Адонілен	1 крапля	3 краплі	3 краплі	5 крапель	6 крапель	7 крапель	8—15 крапель
5. Adrenalinum solutum Розчин адреналіну (1 : 1000) під шкіру	0,1—0,2 мл	0,25 мл	0,3 мл	0,4 мл	0,5 мл	0,6 мл	0,6—1 мл
6. Antipyrinum Антипірин	Не призначається	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,25—0,3
7. Apomorphinum hydrochloricum Апоморфін хлористоводневий як відхаркувальне	Не призначається		0,001	0,0015	0,002	0,0025	0,003
8. Apomorphinum hydrochloricum Апоморфін хлористоводневий як блювотне	Не призначається		0,002	0,0025	0,003	0,003	0,003—0,005

9. Aqua Amygdalarum amararum Гіркомигдальна вода	Не призначається	По 1 краплі на 1 рік життя					
10. Atropinum sulfuricum Атропін сіркокислий	0.0002	0,0002	0,0002	0,00025	0,0003	0.0004	0,0005
11. Bijochinolum Біохінол	0,3—0.5 мл	0,8 мл	1 мл	1,25 мл	1.25 мл	1,5 мл	1,5—2 мл
12. Bromuralum Бромурал	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,3
13. Calomel Каломель	0,025	0,03	0,03	0.04	0,05	0,05	0,05—0,075
14. Chloralum hydratum Хлоралгідрат	0,1	0,15	0,15	0,2	0,25	0,3	0,3—0,5
15. Codeinum phosphoricum Кодеїн фосфорнокислий	Не призначається	0,002	0,003	0,005	0,006—0,008	0,01	0,015—0,02
16. Codeinum purum Кодеїн чистий	Не призначається		0,002	0,004	0,005	0,006	0,006 – 0,01
17. Coffeinum natrio-benzoicum Кофеїн бензоат-натрію	0,05	0,05	0,06	0.08	0,1	0.15	0,15—0,2
18. Coffeinum purum Кофеїн чистий	Не призначається	0,025	0,04	0,05	0,06	0,075	0,075—0,1
19. Dioninum Діонін	Не призначається		0,003	0,005	0,006	0,0075	0,0075—0,01
20. Diuretinum Діуретин	0.05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,4—0,5
21. Ephedrinum hydrochloricum Ефедрин хлористоводневий	0,005	0,005	0,006	0,008	0.012	0,015	0,015—0,025
22. Extractum Belladonnae siccum Екстракт белладонни сухої	Не призначається	0,0025	0,003	0,004	0,005	0,0075	0,01—0.015
23. Extractum Filicis maris aethereum Ефірний екстракт чоловічої папороті	Не призначається		1,0	1,5—2,0	2,5—3,0	3,5	4,0—5.0

Продовження

Назва	До 6 місяців	Від 6 місяців до 1 року	2 роки	3—4 роки	5—6 років	7 років	8—14 років
24. Extractum opii siccum Екстракт опію сухий	Не призначається				0,01	0,015	0,015—0,02
25. Folium Digitalis Листя наперстянки	0,005	0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,05—0,075
26. Gitalenum Гітален	2 краплі	2 краплі	3 краплі	4 краплі	6 крапель	7 крапель	Від 8 до 14 крапель
27. Herba Adonidis vernalis Трава горицвіту	Не призначається		0,15	0,2	0,25	0,3	0,3—0,5
28. Herba Thermopsidis Трава термопсису	0,01	0,01	0,01	0,015	0,02	0,025	0,03
29. Hexylresorcinum Гексилрезорцин[1]	Не призначається		0,2	0,4	0,6	0,7	0,8—1,0
30. Liquor arsenicalis Fowleri Розчин Фаулера	Не призначається		1 крапля	$1^1/_2$ краплі	2 краплі	$2^1/_2$ краплі	3 краплі
31. Lobelinum hydrochloricum Лобелін хлористоводневий під шкіру	0,0025	0,0025	0,003	0,004	0,006	0,0075	0,01
32. Luminalum Люмінал	0,01	0,02	0,03	0,05	0,06	0,07	0,1
33. Medinalum Мединал	0,03	0,075	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3
34. Mercusalum Меркузал	0,1 мл	0,2 мл	0,25 мл	0,3 мл	0,5 мл	0,75 мл	1 мл

[1] Добова доза дорівнює одноразовій.

35. Morphinum hydrochloricum Морфін хлористоводневий	Не призначається		0.001	0,0015	0.0025	0,003	0,003—0,006
36. Myarsenolum Міарсенол	Див. новарсенол						
37. Natrium Kakodylicum Какодилат натрію	Не призначається		0,003	0,01	0,015	0,02	0,025
38. Novarsenolum Новарсенол [1]	0,03—0,15	0,05—0,15	0,05—0,2	0,1—0,3	0,1—0,3	0,1—0,3	0,1—0,3
39. Oleum Chenopodii Хеноподійове масло як протиглисне	Не призначається		2 краплі	4 краплі	6 крапель	7 крапель	8—12 крапель
40. Omnoponum Омнопон	Не призначається		0,002	0,004	0,006	0,007	0,008—0,01
41. Osarsolum Осарсол як протиглисне	Не призначається				0,08	0,09	0,11—0,19
42. Papaverinum hydrochloricum Папаверин хлористоводневий	Не призначається	0,005	0,01	0,015	0,02	0,02	0,03
43. Pulvis Doveri. Pulvis Ipecacuanhae opiatus Доверів порошок	Не призначається		0,05	0,1	0,1	0,15	0,15—0,25
44. Pyramidonum Пірамідон	0,025	0,05	0,05	0,1	0,1	0,15	0,2—0,3
45. Radix Ipecacuanhae Корінь іпекакуани	0,01	0,01	0,01	0,015	0,02	0,02	0,025
46. Streptocidum album Стрептоцид білий	0,2 на 1 кг ваги на добу						
47. Strychninum nitricum Стрихнін азотнокислий	Не призначається		0,00025	0,0003	0,0005	0,0006	0,00075—0,001

[1] На одне вливання. Починати з менших доз (перша цифра) і доводити до найвищих (друга цифра)

Продовження

Назва	До 6 місяців	Від 6 місяців до 1 року	2 роки	3—4 роки	5—6 років	7 років	8—14 років
48. Sulfasolum Сульфазол	0,2 на 1 кг ваги на добу						
49. Sulfidinum Сульфідин	0,2 на 1 кг ваги на добу						
50. Tinctura Belladonnae Настойка белладонни	1 крапля	1 крапля	2 краплі	3 краплі	3 краплі	4 краплі	4—6 крапель
51. Tinctura Convallariae majalis Настойка конвалії	1 крапля	2 краплі	2 краплі	4 краплі	6 крапель	7 крапель	8—15 крапель
52. Tinctura Digitalis Настойка наперстянки	Не призначається	1 крапля	2 краплі	4 краплі	6 крапель	7 крапель	8—10 крапель
53. Tinctura opii simplex Настойка опію	Не призначається	По півкраплі на 1 рік життя					
54. Tinctura Strychni Настойка чилібухи	Не призначається		1 крапля	2 краплі	3 краплі	5 крапель	5—6 крапель
55. Veronalum Веронал	0,03	0,075	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3

ДОВІДКА

Медичними працівниками з закінченою середньою медичною освітою вважаються:

фельдшери (фельдшериці, фельдшериці-акушерки), які закінчили фельдшерську і фельдшерсько-акушерську школу або фельдшерсько-акушерський технікум; особи, що витримали в дореволюційний час спеціальні іспити при фельдшерській школі або при колишніх лікарських управах і дістали від них свідоцтво на звання фельдшера (фельдшериці) або лікарського помічника; особи, що закінчили трирічну школу фельдшерів — помічників—ентомологів, трирічні військово-медичні училища, чотири курси навчання в медичних інститутах, а також фельдшери і санітарні фельдшери, які закінчили до революції півторарічні і дворічні військово-фельдшерські школи і мають стаж безперервної практичної роботи за фахом не менше 15 років, при умові якщо вони одержували до 1 січня 1950 року посадові оклади на рівні окладів середніх медичних працівників із закінченою середньою медичною освітою.

ПОЛОЖЕННЯ ПРО ПРАВА Й ОБОВ'ЯЗКИ ФЕЛЬДШЕРА (ФЕЛЬДШЕРИЦІ, ФЕЛЬДШЕРИЦІ-АКУШЕРКИ)

Затверджено наказом по Міністерству охорони здоров'я СРСР від 6.VI 1946 р. № 343

Звання фельдшера (фельдшериці, фельдшериці-акушерки) надається особам, які закінчили фельдшерську і фельдшерсько-акушерську школу і дістали свідоцтво про закінчення фельдшерської,

фельдшерсько-акушерської школи або склали іспити порядком екстернату за курс фельдшерської, фельдшерсько-акушерської школи.

II. Фельдшер (фельдшериця, фельдшериця-акушерка) підготовляються для роботи:

1. На самостійних фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктах, де він подає самостійно стаціонарну, консультаційну, амбулаторну допомогу, подає допомогу вдома і провадить санітарно-профілактичну роботу.

2. В міських і районних лікувально-профілактичних закладах, де фельдшер працює під керівництвом лікаря.

3. Для проведення заходів проти розвитку і для ліквідації інфекційних захворювань, здійснення необхідних профілактичних щеплень (згідно з спеціальною інструкцією Міністерства охорони здоров'я СРСР), а також проведення санітарного нагляду шкіл, дитячих садків і ясел.

III. При відсутності лікаря фельдшер (фельдшериця) з закінченою середньою медичною освітою і при наявності практичного фельдшерського стажу за фахом не менше 3 років тимчасово може замінити лікаря на пункті охорони здоров'я підприємства, в амбулаторії, в невеликому стаціонарі (до 10 койок), при умові прикріплення для консультації лікаря найближчого лікувального закладу, а також тимчасово завідувати сільською лікарською дільницею або заміняти лікаря дільниці під час його відсутності.

IV. Фельдшери (фельдшериці, фельдшериці-акушерки) в лікарнях і позалікарняних закладах як під керівництвом лікаря, так і самостійно мають право виконувати такі медичні маніпуляції:

1. Проведення таких малих хірургічних операцій: а) розрізування поверхневих гнояків і флегмон; б) виймання сторонніх тіл, яке не потребує застосування складних заходів і не зв'язане із значним порушенням цілісності тканин; в) накладання шкірних швів і лігатур при кровотечах (при пораненнях та інцизіях) з додержанням усіх правил асептики; г) пункцію вени, взяття крові з вени, кровопускання з допомогою венопункції; д) введення лікарських речовин, а також розчинів (фізіологічного, Рінгера і глюкози) підшкірно, внутрішньом'язово і внутрішньовенно; е) взяття крові на реакції Вассермана, Відаля, Вейль-Фелікса і на плазмодії малярії; є) визначення груп крові; ж) накладання кровоспинного джгута; з) вправлення неускладнених вивихів, накладання транспортних шин при переломах (простих і складних) та іммобілізуючих пов'язок при переломах і вивихах; и) накладання гіпсових пов'язок; і) накладання липкопластирної тяги для лікування перелому витяганням; ї) застосування місцевої хлоретилової і новокаїнової анестезії; й) тампонада при носових і маткових кровотечах; к) екстракція зубів в неускладнених випадках.

2. Катетеризація і промивання сечового міхура м'яким катетером.

3. Постановка сухих і кровосисних банок, п'явок, мушок, гірчичників, компресів, припарок.

4. Промивання шлунка, клізми (очисні, сифонні, лікувальні, крапельні, поживні), введення газовідвідних трубок.

5. Дослідження сечі на білок, крові на РОЕ і гемоглобін.

6. Брати мазки з зіва і статевих органів.

7. Застосування механотерапевтичних процедур за призначенням лікаря (лампа Мініна, кварц, солюкс, сухоповітряні ванни та ін., масаж і лікувальна гімнастика).

8. Всі види консервативної лікувальної допомоги при хворобах ока, вуха, носа і глотки, а саме: промивання, змазування, впускання крапель і мазі, видалення поверхневих сторонніх тіл, видавлювання трахоматозних зерен, накладання пов'язок.

9. Подання акушерської допомоги при відсутності акушерки: а) прийом нормальних родів, б) розрізування плодового міхура при родах, в) оживлення плода при асфіксії, г) застосування способу Креде в післяродовому періоді, д) проведення ручного відокремлення посліду, е) проведення пальцевого видалення залишку плодового яйця при викидні (кровотеча), е) зашивання розривів промежини першого й другого ступеня, ж) обезболювання родів у межах інструкції Міністерства охорони здоров'я СРСР.

10. Подання невідкладної медичної допомоги при нещасних випадках (травма, отруєння, утоплення, повішення та ін.).

11. Провадити самостійно всі види дезинфекції.

12. Провадити санітарне обслідування на своїй дільниці харчових підприємств, бань, душових установок, джерел водопостачання, складати акти санітарного огляду і про всі помічені санітарні недоліки повідомляти держсанінспектора.

13. Провадити санітарно-культурну роботу серед населення.

V. Фельдшери (фельдшериці, фельдшериці-акушерки) додатково до перелічених вище медичних маніпуляцій можуть виконувати під безпосереднім керівництвом лікарів і інші роботи, як, наприклад: 1) асистування під час операції; 2) проведення рентгенівських знімків при переломах і вивихах; 3) дуоденальне зондування; 4) переливання крові; 5) введення внутрішньовенного і ректального наркозу; 6) бужування уретри; 7) тампонаду при кровотечі.

Примітка. Лікарям забороняється доручати фельдшерам хірургічні операції, крім перелічених у даному розділі.

VI. Фельдшери, які завідують самостійними медичними пунктами, а також тимчасово завідують лікарськими дільницями або тимчасово заміняють лікаря дільниці під час його відсутності, мають право виписувати з аптеки за своїм підписом всі необхідні для користування хворих ліки, в тому числі й ті, що містять отруйні і сильнодіючі речовини в дозах, які не перевищують найвищого одноразового прийому, з додержанням встановлених Міністерством охорони здоров'я правил.

Всі інші фельдшери мають право виписувати з аптеки за своїм підписом ліки для подання екстреної допомоги, причому з тих, що містять у своєму складі отруйні і сильнодіючі речовини, тільки такі:

а) ляпіс у розчині не вище 2%;
б) розчин сулеми не вище 1 : 1000;
в) кофеїн та його солі;
г) опійної настойки не більше 5,0 на рецепт;
д) стиптицин;
е) густий і рідкий екстракт ріжків;
є) таблетки сантоніну;

VII. Документи, що видаються, а також рецепти повинні бути підписані фельдшером із зазначенням його звання. Документи й рецепти, які потребують засвідчення печаткою, скріпляються печаткою закладу, при якому працює фельдшер, або іменною.

VIII. Фельдшер має право готувати ліки і завідувати лікарняними аптеками, де за штатом не передбачено фармацевтів.

IX. В невеликих лікарнях (з числом ліжок не більше 100), де кількість лікарів не забезпечує правильної організації добового лікарського чергування по лікарні і прийомному покою, на фельдшера може бути покладено добове чергування по лікарні і прийомному покою з викликом у відповідних випадках лікаря.

X. Фельдшери, які пройшли відповідну спеціальну підготовку, можуть бути допущені до виконання спеціальних функцій, зв'язаних з роботою різних спеціальних медичних закладів, як-от: рентгенівських, фізіотерапевтичних, лабораторних і протималярійних.

XI. Фельдшер має право з іменного дозволу обласного (крайового) відділу охорони здоров'я або Міністерства охорони здоров'я автономних республік видавати лікарняні листки.

XII. Фельдшер, що завідує амбулаторією або пунктом охорони здоров'я, видає на вимогу установи або організації довідки про щеплення, про народження, про смерть, про хворобу лікованої ним особи і про стан здоров'я. Робить екстрені повідомлення в разі появи заразних хворих, веде облік захворюваності, смертності і народжуваності. Здійснює медичну статистику своєї ділянки.

XIII. Фельдшери з закінченою середньою медичною освітою, які мають не менше 5 років практичного стажу, можуть бути допущені керувати практичними заняттями учнів середніх медичних шкіл.

XIV. Фельдшери після п'ятирічної роботи за фахом мають право на двомісячне відрядження на курси удосконалення із збереженням заробітної плати за місцем їх основної роботи.

XV. За неправильне лікування, за халатність і недбалість при виконанні своїх професійних функцій, а також за нездійснення наданих йому прав п. IV даного положення у випадках, загрозливих для життя хворого, а також за присвоєння собі медичних функцій, на які він не має права, — фельдшер несе дисциплінарну, а в належних випадках кримінальну відповідальність за відповідними статтями кримінальних кодексів союзних республік.

ПОЛОЖЕННЯ ПРО СІЛЬСЬКИЙ ФЕЛЬДШЕРСЬКИЙ І ФЕЛЬДШЕРСЬКО-АКУШЕРСЬКИЙ ПУНКТИ

Затверджено Народним комісаріатом охорони здоров'я Союзу РСР 29 червня 1939 р.

(Офіціальний збірник Народного комісаріату охорони здоров'я Союзу РСР, 1939, № 19—20).

1. Загальні положення

1. Фельдшерські, фельдшерсько-акушерські пункти є первинними лікувально-профілактичними закладами на селі, входять у склад сільської лікарської дільниці, на території якої вони організовуються, і ведуть роботу під керівництвом завідуючого сільською лікарською дільницею на основі даного положення.

2. Фельдшерські і фельдшерсько-акушерські пункти організовуються з розрахунком обслуговування населення одної — двох сіль-

ських рад і розгортаються, як правило, в місці перебування однієї з сільських рад, при радгоспах, лісорозробках, машинно-тракторних станціях, торфорозробках та інших підприємствах.

3. Територія обслуговування фельдшерського і фельдшерсько-акушерського пункту з точним визначенням її границі, населених пунктів і місця перебування пункту встановлюється завідуючим сільською лікарською дільницею, в склад якої входить даний пункт, і затверджується районним відділом охорони здоров'я.

4. Фельдшерським і фельдшерсько-акушерським пунктом завідує фельдшер із закінченою середньою медичною освітою, який призначається районним відділом охорони здоров'я.

Примітка. Акушерка фельдшерсько-акушерського пункту повинна мати закінчену середню медичну освіту.

5. План роботи фельдшерського і фельдшерсько-акушерського пункту, являючись частиною загального плану сільської лікарської дільниці, затверджується завідуючим сільською лікарською дільницею.

6. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт проводить усю документацію і звітність по своїй роботі за встановленими формами і своєчасно надсилає її в строки, затверджені табелем звітності, завідуючому сільською лікарською дільницею, залишаючи копії всіх звітів на пункті.

7. Для службових роз'їздів і подання допомоги хворим на дому фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт забезпечується безплатним транспортом за рахунок обслуговування колгоспів, радгоспів, лісозаготівних організацій та ін., а там, де це можливо, і власним транспортом.

8. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт перебуває на бюджеті сільської ради, на території якої він міститься і має затверджений річний кошторис.

9. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт для оформлення документів, які він видає, має свою печатку і штамп.

II. Завдання фельдшерського і фельдшерсько-акушерського пунктів

А. В галузі лікувально-профілактичної роботи

10. Подання безплатної амбулаторної допомоги населенню, яке проживає на закріпленій за пунктом території.

Примітка. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт зобов'язаний також подавати безплатну допомогу в невідкладних випадках при звертанні до нього хворих із території, яка не обслуговується даним пунктом.

11. Своєчасне направлення до лікарської дільничної амбулаторії хворих з нез'ясованим діагнозом, важко діагностованим захворюванням або таким, що вимагає лікарського втручання.

В разі відсутності на своїй лікарській дільниці лікаря фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт направляє хворих на іншу лікарську дільницю або до районної амбулаторії.

12. Подання першої допомоги при гострих захворюваннях і нещасливих випадках (отруєння, кровотечі, поранення).

В цих випадках там, де потрібна термінова лікарська допомога, фельдшер подає першу допомогу і при неможливості перевезти хворого до найближчої лікарської амбулаторії або лікарні екстрено викликає лікаря з сільської лікарської дільниці або районного центра.

13. Систематичне спостереження за своєчасним лікуванням хворих на туберкульоз, венеричні хвороби, трахому, вживання заходів до ранньої госпіталізації хворих на венеричні хвороби в гострозаразному періоді; виявлення джерел зараження і залучення їх до лікування.

14. В обсяг роботи фельдшера входить подання допомоги і проведення малих хірургічних операцій, передбачених положенням про обов'язки фельдшера.

15. Фельдшерсько-акушерський пункт провадить облік і патронаж усіх вагітних жінок і дітей грудного віку своєї дільниці. Цю роботу провадить акушерка відповідно до інструкції для акушерського пункту.

16. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт провадить лікування і санітарно-профілактичні заходи серед дітей і підлітків, провадить періодичний огляд шкіл, ясел, дитячих садків, піонерських таборів, медичний огляд дітей, що в них перебувають.

17. На фельдшерсько-акушерському пункті амбулаторний прийом веде фельдшер; акушерка ж провадить консультаційну роботу серед жінок і дітей раннього віку і подає загальну невідкладну медичну допомогу.

18. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункти подають родильну допомогу вдома. На фельдшерському пункті цю допомогу подає фельдшер в обсязі, дозволеному акушеркам; на фельдшерсько-акушерському пункті — акушерка, згідно з положенням про обов'язки акушерки.

19. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункти подають лікувальну допомогу хворим дома.

20. В календарні дні виїздів лікаря сільської лікарської дільниці на фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункт фельдшер пункту викликає всіх хворих і вагітних, які потребують лікарської консультації.

21. Фельдшер, завідуючий самостійним медичним пунктом, має право виписувати з аптек за своїм підписом з зазначенням посади і медичного звання всі потрібні ліки, в тому числі такі, які містять отрутні і сильнодіючі речовини, в дозах, що не перевищують найвищого приймання, встановленого фармакопеєю.

22. Фельдшер видає:

а) лікарські листи (в місцевостях, де немає лікуючого лікаря) з наступним контролем з боку завідуючого лікарською дільницею; список цих фельдшерів і строки, на які вони можуть видавати лікарняні листи, встановлюються на підставі інструкції Всесоюзної центральної ради професіональних союзів і Народного комісаріату охорони здоров'я Союзу РСР;

б) довідки про щеплення, про народження, про переведення вагітної на легку роботу, про смерть.

Б. В галузі протиепідемічної санітарної роботи

23. Виявлення, облік і реєстрація всіх інфекційних хворих і гострогарячкових хворих з нез'ясованим діагнозом.

24. Термінове повідомлення про кожне виявлене інфекційне захворювання, джерело інфекції і про заходи, що їх вжив районний відділ охорони здоров'я — районний державний санітарний інспектор, шляхом надіслання карт екстреного повідомлення з одночасним повідомленням про це сільської лікарської дільниці.

25. Проведення: а) заходів щодо запобігання поширенню інфекційних захворювань з виявленого вогнища, ранньої госпіталізації в дільничну або районну лікарню виявлених інфекційних хворих, б) епідеміологічного обслідування, в) найпростішої дезинфекції вогнища своїми силами і санітарної обробки осіб, які стикалися з хворими, з установленням систематичного спостереження за ними.

Примітка. Акушерка фельдшерсько-акушерського пункту щодо протиепідемічних заходів обмежується негайною сигналізацією завідуючому фельдшерсько-акушерським пунктом про виявлені нею в процесі акушерської роботи випадки гострозаразних захворювань. Залучення акушерки до інших протиепідемічних робіт у випадках виникнення епідемічних захворювань провадиться розпорядженням завідуючого сільською лікарською дільницею або районним відділом охорони здоров'я.

26. Проведення за планом, затвердженим сільською лікарською дільницею і під її контролем, запобіжних щеплень проти віспи, черевного тифу, дизентерії, дифтерії і кору.

27. Проведення протималярійних заходів, організація найпростіших гідротехнічних робіт у колгоспі, населеному пункті, керівництво колгоспними боніфікаторами і акрихінізаторами; проведення у встановлені строки протирецидивного лікування перехворілих у минулому році, а також систематичного лікування всіх зареєстрованих маляриків.

28. Проведення поточного санітарного нагляду на території свого пункту:

а) за санітарним станом продуктових магазинів (рундучків), колгоспних їдалень, молочно-товарних ферм, гуртожитків і польових станів, джерел водопостачання (особливо колодязів), лазень та інших об'єктів;

б) за санітарним станом шкіл, дитячих ясел, майданчиків та інших дитячих закладів.

29. Складання актів про незадовільний санітарний стан обслідуваних об'єктів, а також про всі невиконані правлінням колгоспів, сільською радою, завідуючими школами, адміністрацією радгоспів і т. д. зроблені фельдшером вказівки і пропозиції щодо поліпшення санітарного стану території пункту та окремих об'єктів і направлення актів до районної державної санітарної інспекції через завідуючого сільською лікарською дільницею.

В. В галузі санітарно-освітньої роботи та організації громадського активу

30. З метою успішного виконання санітарних і лікувально-профілактичних заходів фельдшерський і фельдшерсько-акушерський

пункти залучають громадський актив (громадські санітарні уповноважені, саннпостівці, осередки Червоного хреста і Червоного півмісяця) і в своїй роботі спираються на культурно-побутову секцію сільської ради.

31. Фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункти організовують роботу громадських санітарних уповноважених, які обираються і працюють на основі спеціального положення про громадських санітарних уповноважених у колгоспах, радгоспах і машинно-тракторних станціях, затвердженого Головним державним санітарним інспектором Союзу РСР 4 листопада 1937 р.

32. Завідуючий фельдшерським і фельдшерсько-акушерським пунктом:

а) проводить заняття за встановленими програмами з громадськими уповноваженими, санпостівцями в осередках Червоного хреста і Червоного півмісяця, осередках «Готовий до санітарної оборони СРСР» і протиповітряної хімічної оборони, з санітарної підготовки, з подання своєчасної невідкладної допомоги при пораненнях і пошкодженнях підчас польових та інших робіт і з оборонної роботи;

б) керує роботою громадського активу.

33. Відповідно до розробленого для сільської лікарської дільниці плану санітарно-освітньої роботи серед населення фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункти провадять систематичну санітарно-освітню роботу шляхом доповідей і бесід, читання санітарно-освітніх брошур, листівок, шляхом групових та індивідуальних бесід, використовуючи для цієї мети клуби, хати-читальні, школи, гуртожитки, польові стани, і беруть участь в стінній і районній пресі.

Додаток 1

Штати

№№ п/п	Назва посад	Фельдшерський пункт	Фельдшерсько-акушерський пункт
1	Фельдшер	1	1
2	Акушерка	—	1
3	Санітар(ка)	1	1
	Газом	2	3

Додаток 3

Приміщення

№№ п/п	Найменування кімнат	Площа в м²	
		Фельдшерський пункт	Фельдшерсько-акушерський пункт
1	Передпокій—роздягальня	10	10
2	Дожидальня	15	15
3	Кабінет для прийому хворих	10	2 по 10
4	Перев'язна	12—15	12—15
5	Палата для ізоляції хворих	10	10
6	Убиральня	2—5	3—5

Табель медичного і господарського обладнання для фельдшерського пункту

Дожидальня з роздягальнею

1. Лави з спинками для хворих 4
2. Столик для води 1
3. Графин або бак для води 1
4. Полоскальниця 1
5. Піднос емальований . . . 1
6. Склянки 2
7. Плювальниці 2
8. Стіл для літератури . . . 1
9. Лампи 2
10. Кімнатний термометр . . 2
11. Вітрина для саносвітліратури 1

Роздягальня

1. Вішалка на 15 номерів 2
2. Лава 1
3. Табурет 1

Кабінет і перев'язна

1. Стіл письмовий 1
2. Стільці 2
3. Табурет дерев'яний . . . 3
4. Кушетка з м'яким узголов'ям 1
5. Ослінчик для ніг 1
6. Шафа для інструментів . 1
6а. Шафа для медикаментів . 1
7. Шафа для білизни . . . 1
8. Стіл перев'язний 1
8а. Столик для виготовлення і видавання ліків 1
9. Столик для інструментів 1
10. Маленька шафа бібліотечна висяча 1
11. Умивальник з підставкою 1
12. Глек для води 1
13. Мильниця 1
14. Миски емальовані різні 1
15. Відро емальоване . . . 1
16. Відро оцинковане 1
17. Каструлі емальовані з кришками 2
18. Годинник стінний 1
19. Примус 1
20. Лампа гасова 1
21. Плювальниця 1
22. Носилки 1
23. Термометр кімнатний . . 1
24. Підлогова щітка-віник . . 1
25. Совок для сміття 1
26. Кочерга 1
27. Совок для вугілля . . . 1
28. Драбина переносна . . . 1
29. Плакати щодо подання першої допомоги — комплект 1
30. Простині 6
31. Рушники 10
32. Халати медичні (9 на фельдш. - акуш. пункт) . 6
33. Ковпаки (9 на фельдш. - акуш. пункт) 6
34. Подушки малі 2
35. Наволочки до них 6
36. Валики 2
37. Вішалки для рушників, халатів 2

Медичний інструментарій

1. Стерилізатор для інструментів з гасовим нагрівом 1
2. Тарілки емальовані мілкі 2
3. Стрічка сантиметрова . . 1
4. Бікси малі металічні . 2—3
5. Апарат Коха для стерилізації текучою парою . 1
6. Банки для перев'язного матеріалу з притертими пробками 3

7. Корнцанги для стерилізації матеріалу та інструментарію 2
8. Скальпелі різні 5
9. Пінцети анатомічні . . . 2
10. Пінцети хірургічні . . 2–3
11. Пінцети війкові 1
12. Пінцети зубні 1
13. Пінцети Пеана 4
14. Пінцети Кохера 4
15. Пінцети трахоматозні . . 2
16. Голкотримач 1
17. Голки хірургічні різні . 15
18. Ножиці Купера 2
19. Ножиці гострокінцеві прямі 1
20. Ножиці прямі тупокінцеві 1
21. Зонд жолобчастий 2
22. Зонд гудзиковий 1
23. Шприц „Рекорд" в 2 см³ з запасом голок 2
24. Шприц „Рекорд" в 5 см³ з запасом голок 1
25. Шприц „Рекорд" в 20 см² з запасом голок 1
26. Джгут Есмарха 1
27. Шини металічні ручні . . 2
28. Шини металічні ніжні . . 1
29. Лубки різні 10
30. Катетери металічні різні . 4
31. Катетери гумові 4
32. Шлунковий зонд з лійкою 1
33. Повікопідіймач 1
34. Скобки Мишеля 100
35. Пінцет для скобок Мишеля 2
36. Ванночки очні 2
37. Лупа ручна 1
38. Піпетки очні 6
39. Дзеркало носове 1
40. Зонд носовий 1
41. Зонд вушний 1
42. Дзеркала вушні Гартмана комплект 1
43. Пінцет вушний 2
44. Гачки для витягнення сторонніх тіл з вуха . . 1
45. Рефлектор лобовий . . . 1
46. Дзеркало гортанне . . . 2
47. Голки Франка 1
48. Скельця предметні . . . 20
49. Пробірки скляні . . . 20
50. Голки для віспощеплення 6
51. Троакар 1
52. Грілки гумові 1
53. Грілки металічні для живота 1
54. Пузири для льоду 2
55. Балони гумові різні . . . 3
56. Роторозширник металіч. 1
57. Язикотримач 1
58. Банки кривососні 20
59. Кружка Есмарха с прибором 2
60. Тазики ниркоподібні . . 3
61. Шовк в амп. штучний 30
62. Молоток перкусійний . . 1
63. Плесиметр 1
64. Стетоскоп дерев'яний (з яких один акушерськ.) . 2
65. Термометри максимальні 5
66. Термометри для води . . 1
67. Шпадель для язика металічний 1
68. Шпаделі дерев'яни . . 100
69. Лампочка спиртова . . . 1
70. Затискачі Мора 2
71. Машинка для стриження волосся 1
72. Бритва металічна 1
73. Ремінь для гостріння бритв 1
74. Судно емальоване підкладне 1
75. Пляшечки з притертими пробками в 10, 20 і 35 см³ кожного розміру по . . 10
76. Мензурки в 10, 20, 30, 50, 100 і 200 см³ кожного розміру по 1
77. Скляночки для приймання ліків 3
78. Банки з притертими пробками в 100 і 200 см³ кожного розміру по . . . 5
79. Щипці зуболікарські дзьобовидні для нижніх коренів і однокореневих зубів 1
80. Щипці дзьобовидні для нижних молярів 1
81. Те ж для верхніх коренних зубів правих 1
82. Те ж для верхніх корінних зубів лівих 1
83. Те ж для верхніх кликів і різців 1

84. Те ж баязетні із середніми щічками 1
85. Акушерська сумка . . . 1
86. Сумка для віспощеплення (2 на фельдш.-акуш. пункт) 1
87. Стерілізовані пробки для зняття слизу з зіва . . . 3
88. Тазомір 1
89. Гідропульт 1
90. Апаратура для спалювання сірки 1

Аптечний інвентар і медикаменти згідно з інструкцією від 28 травня 1938 р. про влаштування аптечного пункту.

ПОЛОЖЕННЯ ПРО ФЕЛЬДШЕРСЬКИЙ ПУНКТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПІДПРИЄМСТВІ[1]

Затверджено Міністерством охорони здоров'я СРСР 2.I 1948 р.

1. Фельдшерський пункт охорони здоров'я є первинним лікувально-профілактичним закладом, що обслуговує робітників даного підприємства.

2. Фельдшерський пункт охорони здоров'я організується на промисловому підприємстві з кількістю робітників від 400 до 1000 чоловік, на підприємствах хімічної і нафтопереробної промисловості — від 200 до 400 чоловік; нафтової, вугільної і гірничорудної промисловості — від 200 до 500 чоловік, чорної металургії — від 300 до 500 чоловік і при підприємствах всіх видів машинобудування — від 400 до 800 чоловік.

Примітка: При наявності робітників у нічній зміні понад 100 чоловік встановлюється цілодобове чергування середнього медичного персоналу.

3. Пункт охорони здоров'я очолюється фельдшером або медичною сестрою з закінченою середньою медичною освітою і входить до складу поліклініки (амбулаторії) при медико-санітарній частині, перебуває на бюджеті поліклініки (амбулаторії) і працює під її керівництвом.

Примітка: Цехові і підземні пункти охорони здоров'я працюють під керівництвом цехового лікаря.

4. Штати пункту охорони здоров'я встановлюються відповідно до наказу Міністра охорони здоров'я СРСР від 19.VII 1947 р. № 270.

5. Завідуючий пунктом охорони здоров'я призначається і переміщається адміністрацією поліклініки (амбулаторії).

6. Пункт охорони здоров'я організується в безпосередній близькості від цехів у наданому підприємством приміщенні, яке відповідає вимогам ГОСТ.

[1] Із змінами передбаченими наказом Міністра охорони здоров'я СРСР від 19.X 1949 р. № 749.

7. Підприємство забезпечує пункт охорони здоров'я обладнанням, господарським інвентарем, меблями, комунальними вигодами, телефонним зв'язком і транспортом.

Оснащення медичним обладнанням, інструментаріем, перев'язочним матеріалом та медикаментами здійснюється за рахунок поліклініки (амбулаторії) згідно з затвердженими Міністерством охорони здоров'я СРСР табелями оснащення.

8. Пункт охорони здоров'я подає першу медичну допомогу при травмах, професійних отруєннях та раптових захворюваннях і направляє осіб, які потребують лікарської допомоги, в поліклініку (амбулаторію), а в необхідних випадках — у лікарню.

Спільно з відділом техніки безпеки і фабзавкомом бере участь у здійсненні заходів по боротьбі з травматизмом.

10. Пункт охорони здоров'я під керівництвом лікарів поліклініки (амбулаторії) провадить профілактичну роботу:

а) по боротьбі з гноячковими захворюваннями шкіри;

б) по обліку хворих на туберкульоз; стежить за додержанням законодавства щодо охорони праці;

в) по обліку хворих на малярію, систематичному нагляду за їх лікуванням і проведенням протималярійних заходів;

г) по нагляду за проходженням медичних оглядів робітників, які вперше стають на роботу в цехи з шкідливими умовами праці;

11. Провадить роботу щодо оздоровлення окремих груп робітників:

а) складає списки і подає допомогу в організації періодичних медичних оглядів робітників шкідливих цехів;

б) систематично стежить за проходженням робітниками — підлітками медичних оглядів, за виконанням заходів по їх оздоровленню, згідно з висновками лікарських комісій, і за додержанням законодавства по охороні праці;

в) провадить облік працюючих на виробництві інвалідів Вітчизняної війни і стежить за їх лікуванням згідно з призначенням лікарів;

г) провадить під керівництвом лікаря акушера-гінеколога роботу щодо обліку вагітних і додержання законодавства по охороні праці працюючих на виробництві жінок.

12. Провадить під керівництвом лікаря-епідеміолога і санітарного лікаря роботу:

а) по здійсненню протиепідемічних заходів (робить масові щеплення і стежить за проведенням санітарної обробки, дезинфекції та ін.);

б) по нагляду за санітарним станом цехів, їдалень, буфетів, і санітарно-побутових установок на виробництві, а також за забезпеченням робітників доброякісною питною водою (особливо на підприємствах, де немає питного водопроводу).

13. Стежить за раціональним використанням робітниками особистих захисних пристосувань і додержанням правил особистої гігієни.

Про всі помічені дефекти в утриманні підприємства доводить до відома начальника цеха або керівника підприємства і адміністрації (амбулаторії) і стежить за усуненням виявлених порушень.

14. Провадить санітарно-освітню роботу серед робітників підприємства.

15. Навчає робітників само- і взаємодопомоги.

16. Проводить підготовку санітарних дослів з числа активу РТЧХ.

17 Бере участь у роботі страхової ради і комісії фабзавкому по охороні праці.

18. Провадить реєстрацію і розмітку лікарняних листків; складає спільно з заводським комітетом звіт про тимчасову непрацездатність за формою 3—1 (у відносних показниках на 100 працюючих).

19. У встановлені строки за прийнятою формою подає звіти про діяльність пункту охорони здоров'я в поліклініку (амбулаторію).

ЗМІСТ

Стор.

Передмова 4
Лікувально-охоронний режим. Доц. Д. П. Чухрієнко . . . 5

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

Проф. К. І. Степашкіна, проф. Б. С. Шкляр

Хвороби органів дихання 11
Гострий трахеобронхіт 11
Хронічний бронхіт 12
Бронхіальна астма 12
Бронхіектази 13
Емфізема легень 14
Пневмоконіоз 14
Крупозна пневмонія 15
Вогнищева пневмонія (бронхопневмонія) 16
Абсцес легені. Гангрена легені 18
Набряк легень 19
Рак легені 19
Емболія і інфаркт легені 19
Ехінокок легені 20
Кровохаркання 20
Плеврит 21
Гідроторакс 23
Пневмоторакс 23
Туберкульоз легень 24
Хвороби серця і судин 27
Хронічна недостатність серця 27
Ендокардит 29
Пороки серця 29
Недостатність двостулкового клапана 30
Звуження лівого передсердно-шлуночкового отвору (мітральний стеноз) 30
Недостатність півмісяцевих клапанів аорти 31
Звуження устя аорти 31
Недостатність тристулкового клапана 32
Гострий міокардит 32

Стор.

Міокардіосклероз 33
Грудна жаба. Інфаркт міокарда 34
Пароксизмальна тахікардія 35
Перикардит 35
Артеріосклероз 36
Гіпертонічна хвороба 37
Гостра судинна недостатність. Шок. Колапс 39
Аневризма аорти 39
Неврози серця 40
Гострий ревматизм 40
Тромбоз вен. Тромбофлебіт 41
Хвороби ротової порожнини 42
Стоматит 42
Гострий глосит 42
Ангіни інфекційні 42
Катаральна ангіна 43
Лакунарна ангіна 43
Фолікулярна ангіна 43
Флегмонозна ангіна 43
Виразково-плівчаста ангіна 43
Хвороби стравоходу 44
Гостре запалення стравоходу 44
Дивертикули стравоходу 44
Спазма стравоходу 44
Звуження стравоходу 44
Рак стравоходу 45
Хвороби шлунка 45
Гострий гастрит 45
Хронічний гастрит 46
Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки . . 47
Перфорація виразки 48
Кровотеча з виразки шлунка 48
Звуження пілоруса 48
Перигастрит 48
Ракове переродження виразки 48
Рак шлунка 49
Ахілія шлунка 50
Атонія шлунка 50
Опущення шлунка 51
Гостре розширення шлунка 51
Підвищена кислотність 51
Неврози шлунка 52
Хвороби кишок 52
Гострий ентерит 52
Гострий коліт 53
Хронічний ентерит 53
Хронічний ентероколіт 54
Хронічний коліт 54
Виразковий коліт 55
Перетинчастий коліт 55
Гострий апендицит 56

Стор.

Хронічний апендицит 56
Туберкульоз кишок 56
Рак кишок 57
Звичний запор 57
Глисти 58
Аскариди 58
Стьожкові глисти 58
Гострики 59
Волосоголовець 59
Лямбліоз 59
Хвороби печінки і жовчних шляхів 59
Гострий паренхіматозний гепатит 59
Гостра дистрофія печінки 60
Хронічний гепатит 61
Цироз печінки 61
Жовчнокам'яна хвороба 62
Холецистит 63
Сифіліс печінки, або сифілітичний гепатит 64
Рак печінки 64
Ехінокок печінки 65
Хвороби підшлункової залози 65
Гострий панкреатит (гостре запалення підшлункової залози) 65
Хронічний панкреатит 65
Рак підшлункової залози 66
Хвороби очеревини 66
Туберкульозний перитоніт 66
Хвороби органів руху 67
Гострі інфекційні артрити 67
Гоноройний артрит 67
Гострий ревматичний поліартрит 68
Спотворювальний (деформуючий артрит) 68
Хронічний прогресуючий поліартрит 68
Міалгії і міозити 69
Хвороби, що викликаються зовнішніми фізичними факторами . 69
Сонячний і тепловий удар 69
Ураження електрикою і блискавкою 69
Замерзання 70
Висотна хвороба 70
Кесонна хвороба 70
Морська хвороба 71
Захворювання нирок і сечовивідних шляхів 71
Гострий дифузний нефрит 71
Хронічний нефрит 72
Нефроз 73
Сулемова нирка. Некронефроз 74
Нирка вагітних 74
Нефросклероз 75
Опущення нирки. Блукаюча нирка 75
Опухи нирок і сечовивідних шляхів 75
Інфаркт нирки 76
Запалення ниркових мисок. Піеліт 76

Стор.

Запалення сечового міхура. Цистит 76
Гідронефроз 77
Піонефроз 77
Нирковокам'яна хвороба. Нефролітіаз 77
Туберкульоз нирок і сечовивідних шляхів 77
Захворювання органів кровотворення 78
Гостра постгеморагічна анемія 78
Хронічні вторинні або симптоматичні анемії 79
Анемія Аддісона-Бірмера 79
Гемолітична жовтяниця 80
Поліцитемія 80
Хронічна мієлоїдна лейкемія або хронічний мієлоз . . . 80
Хронічна лімфатична лейкемія або хронічний лімфаденоз . 81
Гостра лейкемія. Гострий лейкоз 81
Агранулоцитоз. Агранулоцитарна ангіна 81
Геморагічні діатези 81
Хвороба Верльгофа 81
Хвороба Шенляйна-Геноха або капілярний токсикоз . . 82
Гемофілія 82
Захворювання залоз внутрішньої секреції 82
Базедова хвороба 82
Мікседема 83
Зоб ендемічний 84
Кретинізм 84
Тетанія 84
Аддісонова хвороба 85
Акромегалія 85
Гіпофізарно-статева дистрофія 86
Гіпофізарне виснаження 86
Несахарний діабет 86
Хвороби обміну 86
Сахарний діабет 86
Гіпоглікемія 88
Ожиріння 88
Подагра 89
Аліментарна дистрофія 90
Авітамінози і гіповітамінози 90
Авітаміноз А 90
Авітаміноз B_1 (Бері-бері) 91
Авітаміноз B_2 (арибофлавіноз) 92
Пелагра 92
Спру 93
Цинга 93

ГОСТРІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ З ЕПІДЕМІОЛОГІЄЮ

Проф. *А. М. Зюков*

Кишкові інфекції 94
Черевний тиф 94
Паратифозні захворювання 99

Стор.

Харчові токсикоінфекції 99
Бактеріальна дизентерія 101
Ботулізм 100
Хронічна дизентерія 103
Амебна дизентерія 104
Холера 104
Паразитарні інфекції 105
Висипний тиф 105
Поворотний тиф 107
Кліщовий поворотний тиф 108
Малярія 108
Триденна малярія 108
Чотириденна малярія 109
Тропічна малярія 109
Москітна гарячка 110
Інфекції тварин, що передаються людям (зоонози) . . . 110
Сибірка 110
Сап 111
Гострий сап 111
Хронічний сап 112
Ящур 112
Сказ 113
Бруцельоз 113
Чума 114
Туляремія 115
Травматичні інфекції 116
Бешиха 116
Стовбняк і газова гангрена 116
Крапельні інфекції 116
Грип 116
Епідемічний цереброспінальний менінгіт 117
Віспа натуральна 118
Віспа вітряна 119
Дифтерія 120
Дифтерія зіва 121
Круп (дифтерія гортані) 121
Дифтерія носа 121
Дифтерія очей 121
Дифтерія статевих органів 121
Дифтерія шкіри (ранова інфекція) 121
Скарлатина 122
Кір 124
Краснуха 125
Коклюш 125
Епідемічний паротит (свинка, або завушниця) 126
Сироваткові явища 127
Сироваткова хвороба 127
Анафілактичний шок 127

НЕРВОВІ І ПСИХІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Проф. *Я. П. Фрумкін*, доц. канд. мед. наук *В. М. Шпак*

Хвороби периферичної нервової системи

Стор.

Неврити і невралгії 128
Периферичний параліч лицевого нерва 128
Параліч променевого нерва 129
Паралічі ліктьового і середнього нервів 129
Неврит сідничного нерва 129
Попереково-крижовий радикуліт 130
Запалення плечового сплетення 131
Невралгія трійчастого нерва 131
Невралгія потиличного нерва 132
Невралгія міжреберна 132
Неврити травматичні 133
Неврити множинні (поліневрити) 133

Хвороби центральної нервової системи

Хвороби спинного мозку 134
Запалення спинного мозку 134
Гострий епідемічний спінальний дитячий параліч . . . 135
Опухи спинного мозку 136
Сирингомієлія 136
Травми спинного мозку 136
Міопатії 137
Хвороби головного мозку 137
Інфекційні захворювання мозку та його оболонок . . . 137
Запалення мозкових оболонок 137
Запалення головного мозку 139
Епідемічний енцефаліт 140
Сезонні вірусні енцефаліти 140
Множинний склероз 141
Інфекційна хорея 141
Сифіліс нервової системи 142
Цереброспінальний сифіліс 142
Спинна сухотка 143
Прогресивний параліч 144
Розлади мозкового кровообігу 144
Артеріосклероз судин головного мозку 144
Мозковий крововилив, інсульт 144
Емболії 145
Тромбоз мозкових судин 145
Опухи мозку 145
Травми головного мозку 146
Психози у зв'язку з інфекціями та інтоксикаціями 147
Інфекційні психози 147
Інтоксикаційні психози 148
Алкоголізм 148

Стор.

Біла гарячка 149
Гострий алкогольний галюциноз 149
Поліневритичний алкогольний психоз 149
Дипсоманія 150
Наркоманії 150
Отруєння харчового та промислового походження . . 150

Передстаречі, пресенільні психози 151
Артеріосклеротичні психози 151
Старече недоумство 151
Епілепсія 152
Шизофренія 152
Маніакально-депресивний психоз 153
Психопатії 154
Олігофренія 154
Неврози 154
Неврастенія 155
Істерія 155
Психастенія 155
Ангіотрофоневрози 156
Мігрень 156
Симетрична гангрена 156
Вазомоторний набряк 156

ХІРУРГІЧНІ ХВОРОБИ, ДЕСМУРГІЯ, ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ

Член-кореспондент АН УРСР, заслужений діяч науки проф.

І. М. Іщенко

Антисептика й асептика 158
Стерилізація матеріалів для швів 160
Шовк 160
Кетгут 161
Кінський волос 161
Обеззаражування рук 161
Підготовка хворих до операції 162
Обеззаражування операційного поля 163
Здійснення операції 164
Обезболювання 164
Інгаляційний наркоз 164
Внутрішньовенний наркоз 166
Прямокишковий наркоз 166
Наркоз оглушенням 167
Комбінований наркоз 167
Місцеве обезболювання 167
Інфільтраційне обезболювання 168
Спинномозкове обезболювання 169
Кровотеча 169
Спинення кровотечі 170

Стор.

Притиснення кровотечного місця 170
Притиснення артерії на протязі 170
Перетягання кінцівки джгутом 170
Боротьба з крововтратою 171
Травматизм 172
Механічні пошкодження 172
Травматичний шок 174
Термічні пошкодження 176
Опіки 176
Відмороження 177
Електричні пошкодження 178
Закриті пошкодження 179
Ушиб 179
Розтягнення суглобів 179
Вивихи 179
Переломи кісток 180
Переломи 180
Відкриті переломи 182
Хірургічна інфекція 182
Фурункул 184
Фурункульоз 184
Гідроаденіт 185
Карбункул. 185
Абсцес 185
Флегмона 186
Запалення лімфатичних судин 186
Запалення лімфатичних залоз 186
Флебіт 187
Бешиха 187
Гострий гематогенний остеомієліт 187
Гостре гнійне запалення суглобів 188
Ранові анаеробні інфекції 189
Газова гангрена 189
Стовбняк 190
Пошкодження і захворювання черепа та його покривів . . . 191
Пошкодження 191
Головний опух у новонароджених 191
Кров'яний опух (кефалогематома) у новонароджених . . 191
Закриті пошкодження м'яких тканин черепа 191
Відкриті пошкодження м'яких тканин черепа 191
Переломи черепа 192
Переломи склепіння 192
Переломи основи черепа 192
Закриті пошкодження головного мозку 192
Струс мозку 193
Ушиб мозку 193
Здавлення мозку 193
Відкриті пошкодження мозку 194
Захворювання 194
Бешиха голови 194
Опухи покривів черепа 194

Стор.

Атерома 195
Дермоїдні кісти 195
Аномалії розвитку мозку 195
Природжені мозкові грижі 195
Захворювання і пошкодження лиця 195
Природжені виродливості 195
Заяча губа 195
Гострі запальні процеси м'яких тканин лиця 195
Фурункул 195
Карбункул 195
Злоякісні опухи м'яких тканин лиця 196
Рак шкіри лиця 196
Пошкодження щелеп 196
Вивих нижньої щелепи 196
Остеоміеліт щелепи 197
Флегмона дна ротової порожнини 197
Рак язика 197
Пошкодження і захворювання грудей 198
Пошкодження 198
Перелом ребер 198
Ушиб грудей 198
Стиснення грудей 198
Поранення грудей 199
Непроникаючі поранення грудей 199
Проникаючі поранення грудей 199
Рановий пневмоторакс 199
Гематоракс 199
Захворювання 200
Гострий гнійний плеврит 200
Гострий післяродовий мастит 200
Опухи молочної залози 201
Пошкодження і захворювання живота 201
Пошкодження 201
Поранення живота 202
Захворювання 202
Гостре інфекційне запалення очеревини 202
Перфорація виразки шлунка і дванадцятипалої кишки при виразковій хворобі 203
Гостра непрохідність кишок 203
Захворювання червоподібного відростка 204
Грижі живота 205
Захворювання прямої кишки 205
Тріщина прямої кишки 205
Геморой 206
Парапроктит 206
Захворювання нирок, сечоводів і статевого члена 206
Пошкодження нирки 206
Пошкодження сечовипускного каналу 206
Захворювання статевого члена — фімоз 207
Захворювання і пошкодження кінцівок 207
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок 207

Ш-2

Стор.

Врослий ніготь 208
Клишоногість 208
Пошкодження пальців руки і кисті 208
Гострі гнійні процеси пальців і кисті 209
Панариций 209
Пароніхія 209
Піднігтьовий панариций 209
Шкірний панариций 209
Підшкірний панариций 209
Гнійні процеси кисті 210
Шкірний абсцес долоні 210
Нагноєна мозоля долоні 210
Вивихи і переломи кінцівок 210
Вивихи 210
Задній вивих великого пальця верхньої кінцівки . . . 210
Вивих передпліччя 211
Вивих плеча 211
Вивих стегна 211
Переломи 212
Перелом ключиці 212
Переломи плечової кістки 212
Переломи кісток передпліччя 212
Переломи стегнової кістки 213
Переломи голінки 214
Пошкодження хребта 214
Закриті пошкодження 214
Переломи таза 215
Десмургія 215
Нерухомі пов'язки 216
Шинні пов'язки 217
Переливання (трансфузія) крові 217
Групи крові 217
Визначення груп крові 218
Здійснення операції переливання крові 220

АКУШЕРСТВО І ЖІНОЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Доц. В. М. Савицький

Акушерство

Нормальне акушерство 225
Діагностика вагітності 225
Реакція Ашгейм-Цондека 225
Сперматозоїдна реакція на безхвостих амфібіях . . . 226
Визначення строку вагітності і строку родів 226
Використання анамнестичних даних 226
Використання об'єктивних даних 227
Визначення декретної відпустки 228
Гігієна і дієтетика вагітності 228
Загальний режим вагітної 228

Одяг і взуття вагітної 229
Особиста гігієна вагітної 229
Статеве життя 229
Харчування вагітної 229
Догляд за молочними залозами вагітної 230
Асептика й антисептика в акушерстві 231
Підготовка роділлі до родів 232
Методи дослідження вагітних і роділь 234
Анамнез 234
Об'єктивне дослідження: загальне і спеціальне . . . 234
Загальне об'єктивне дослідження 234
Спеціальне акушерське дослідження 234
Ведення нормальних родів 237
Обезболювання родів 240
Психопрофілактичний метод 240
Медикаментозний спосіб 245
Асфіксія плода 249
Асфіксія новонароджених 249
Ведення післяродового періода 250
Температура і пульс 251
Функція молочних залоз 251
Тріщини на сосках 251
Ознаки маститу 251
Скорочення матки 251
Затримка в зворотному розвитку матки 252
Сечовиділення 252
Лохії 252
Функція кишок 253
Догляд за породіллею 253
Харчування породіллі 253
Годування дитини 254
Повертання. Вставання. Виписування 254
Поради при виписуванні 254
Тазові передлежання 254
Багатоплідна вагітність і багатоплідні роди 255
Патологічне акушерство 256
Токсикози вагітності 256
Слинотеча 256
Блювання вагітних 257
Невпинне блювання 257
Водянка вагітних 257
Нефропатія 258
Еклампсизм 258
Еклампсія 258
Захворювання, спричинені неправильним розвитком плодового яйця 259
Пухирний занесок 259
Хоріонепітеліома 260
Багатовіддя 260
Передчасне переривання вагітності. Протизаплідні засоби . 260
Аборт 260

Стор.

Штучний аборт 260
Самовільний аборт 261
Викидень що не відбувся, і роди, що не відбулися . . 263
Роди, що не відбулися 263
Протизаплідні засоби 263
Позаматкова вагітність 264
Передлежання плаценти 265
Центральне передлежання плаценти 265
Бокове передлежання плаценти 265
Крайове передлежання плаценти 265
Передчасне відшарування плаценти 266
Патологія третього періоду родів 266
Аномалії зганяючих сил 268
Неправильні положення й аномалії передлежання плода . 270
Вузький таз 270
Розриви м'яких родових шляхів 271
Розрив матки 271
Розриви шийки матки 272
Розрив клітора 272
Розриви промежини 272
Патологія післяродового періода 273
Післяродові інфекційні захворювання 273
Післяродові виразки 273
Ендометрит і метрит 273
Параметрит 274
Перитоніт післяродовой 274
Загальний перитоніт 274
Тазовий перитоніт 274
Сепсис 275
Септикопіємія 275
Піемія 275
Післяродовий тромбофлебіт 275
Тромбофлебіт поверхневих вен 275
Тромбофлебіт стегнових вен 275
Акушерські операції 276
Розрив плодового міхура 276
Витискування плода за способом Крістеллера 276
Застосування бинта Вербова 277
Розріз промежини 277
Зашивання розривів промежини 277
Зашивання розриву шийки матки 277
Витискування плаценти за способом Лазаревича-Креде . 278
Тампонада вагіни 278
Тампонада матки 278
Ручне обслідування порожнини матки 279
Ручне відокремлення і видалення плаценти 279
Витягання плода за тазовий кінець 279
Ручна допомога при сідничному передлежанні 280
Операція повороту плода на ніжку 280

Стор.

Діагностика жіночих захворювань 281
Захворювання зовнішніх статевих органів 283
Запалення слизової оболонки вульви, гостре і хронічне . 283
Свербіння вульви 284
Гострокінцеві кандиломи 284
Бартолініт 284
Захворювання вагіни 284
Серозно-гнійний кольпіт 284
Старечий кольпіт 285
Трихомонадний кольпіт 285
Захворювання матки 287
Запалення слизової оболонки шийки матки 287
Ерозія шийки матки 287
Запалення слизової оболонки матки (ендометрит) . . . 289
Геморагічна метропатія 289
Неправильні положення матки 290
Гіперантефлексія матки 290
Ретрофлексія матки 290
Опущення і випадання матки та стінок вагіни 290
Новоутворення матки 291
Фіброміома матки 291
Рак шийки матки 292
Захворювання яєчників 292
Запалення яєчників 292
Опухи яєчників 293
Псевдомуцинозні кісти 293
Серозні кісти 293
Дермоїдні кісти 293
Запальні захворювання фалопієвих труб, навколоматкової клітковини й очеревини 294
Запалення труб 294
Запалення тазової клітковини 294
Запалення тазової очеревини 294
Безплідність 295

ЗАХВОРЮВАННЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Заслуж. діяч науки проф. *А. З. Лазарев*, доц. *Д. Л. Сигалов*

Догляд за новонародженим 296
Вигодовування здорової дитини в грудному віці 297
Підгодовування 298
Мішане вигодовування 298
Штучне вигодовування 299
Хвороби новонароджених 300
Жовтяниця новонароджених 300
Фізіологічне набрякання грудних залоз новонароджених . 301
Кров'яний опух голови 301

Стор.

Крововиливи під мозкові оболонки 301
Внутрішньом'язовий крововилив 301
Мелена новонароджених 302
Піодермія новонароджених 302
Хвороби пупка 302
Сепсис новонароджених 303
Гострі і хронічні розлади живлення у дітей грудного віку . . 304
Проста диспепсія 304
Токсична диспепсія 306
Дистрофія, гіпотрофія, гіпотрепсія 307
Рахіт 309
Спазмофілія 311
Еклампсія 311
Ларингоспазма 311
Тетанія або карпо-педальна спазма 311
Ексудативний діатез 312
Гострий нежить 314
Носова кровотеча 315
Несправжній круп 315
Бронхіт 316
Бронхіальна астма 316
Запалення легень 317
Крупозна пневмонія 317
Дрібновогнищева пневмонія 319
Плеврити 321
Сухий плеврит 321
Серозний плеврит 322
Гнійний плеврит 322
Туберкульоз 323
Туберкульозний перитоніт 325
Золотуха 326
Пороки серця 328
Природжені пороки серця 328
Стеноз легеневої артерії 328
Хвороба Толочинова-Роже — дефект у перегородці між шлуночками 328
Незарощення Боталлової протоки 328
Набуті пороки серця 328
Недостатність мітрального клапана 328
Мітральний стеноз 329
Недостатність клапанів аорти 329
Стеноз аорти 329
Захворювання нирок 329
Нефрит, гломерулонефрит 329
Нефроз 330
Мішані форми 331
Запалення ниркових мисок і сечового міхура 332
Пієліт 332
Глистяні захворювання 333

ВЕНЕРИЧНІ Й ШКІРНІ ХВОРОБИ

Проф. *А. І. Картамишев*

Венеричні хвороби

Стор.

Сифіліс 334
Набутий сифіліс 334
Природжений сифіліс 337
Гонорея 364
Гонорея чоловіків 364
Ускладнення гонореї. Гонорейний куперит 368
Простатит і везикуліт 369
Запалення додатків яєчок — епідидиміти 370
Цистит 370
Артрити гонорейні 370
Гонорея жінок 371
Особиста профілактика гонореї у жінок 372
Гонорея дітей 375
М'який шанкер 377

Шкірні хвороби

Короста 379
Вошивість 382
Грибкові захворювання шкіри 382
Трихофітія 383
Мікроспорія 383
Парша 384
Ураження грибками нігтів 384
Запрілість 386
Гноячкові захворювання шкіри — піодермії 387
Фурункул 387
Гідраденіти 389
Імпетиго стрептококове 389
Екзема 390
Туберкульоз шкіри 395
Вовчий лишай 395
Скрофулодерма 395

Організація боротьби з венеричними і шкірними захворюваннями 397

ОЧНІ ХВОРОБИ

Член-кор. АМН, проф. *В. М Архангельський, Т. М. Каганова*

Організація очної допомоги в дільничній амбулаторії . . . 399
Найпростіші методи дослідження 399
Огляд слизової оболонки повік 399
Бокове або фокальне освітлення 400
Дослідження у прохідному світлі 400
Особливості огляду малих дітей 400

Стор.

Вимірювання гостроті зору 400
Орієнтовний спосіб дослідження поля зору 401
Пальпаторне визначення внутрішньоочного тиску . . . 402
Хвороби повік 402
Запалення краю повік 402
Блефарит простий 402
Блефарит лускатий 402
Блефарит виразковий 402
Ячмінь 403
Градина 403
Заяче око 403
Опущення верхньої повіки 403
Неправильний ріст вій 403
Заворот повіки всередину 403
Виворот краю повіки назовні 404
Рак 404
Хвороби кон'юнктиви 404
Гострий катаральний кон'юнктивіт 404
Бленорройне (гонорройне) запалення кон'юнктиви . . . 405
Дифтерійне запалення кон'юнктиви 405
Хронічний кон'юнктивіт 405
Трахома 406
Фолікульоз 407
Хвороби сльозовивідних шляхів 407
Хронічний дакріоцистит 407
Дакріоцистит новонароджених 407
Гострий дакріоцистит 407
Хвороби рогівки 407
Хвороби сльозовивідних шляхів 407
Поверхневий крайовий кератит 407
Повзуча виразка рогівки 408
Глибокий паренхіматозний кератит 408
«Золотушне» захворювання ока 409
Захворювання радужної оболонки й циліарного тіла . . 409
Катаракта 410
Помутніння кришталика 410
Глаукома 410
Гостра глаукома 410
Хронічна глаукома 411
Хронічна глаукома із змінами в передньому відрізку ока 411
Хронічна глаукома без змін у передньому відрізку ока 411
Захворювання зорового апарата очей 412
Пошкодження органу зору 412
Пошкодження повік 412
Сторонні тіла в кон'юнктиві 412
Сторонні тіла в рогівці 413
Електроофтальмія 413
Опіки термічні 413
Опіки хімічні 413
Луги 413
Поранення очного яблука 414

ХВОРОБИ ВУХА, ГОРЛА І НОСА

Проф. *О. І. Коломійченко*

Стор.

Методи дослідження вуха, горла і носа 415
Дослідження вуха 415
Дослідження носа і додаткових його порожнин . . . 416
Дослідження глотки 417
Дослідження гортані і дихального горла 417
Хвороби вуха 418
Захворювання зовнішнього вуха 418
Перихондрит вушної раковини 418
Сірчана пробка 418
Сторонні тіла слухового проходу 419
Екзема зовнішнього вуха 419
Хронічна екзема 420
Фурункул зовнішнього слухового проходу 420
Травматичні пошкодження зовнішнього вуха 421
Захворювання середнього вуха 421
Негнійні запалення слухової труби і порожнини середнього вуха 421
Отосклероз 422
Гостре гнійне запалення середнього вуха 422
Гнійні отити при скарлатині 423
Гнійні отити при кору 424
Гострі отити у новонароджених і грудних дітей . . . 424
Гострий мастоїдит 424
Хронічне гнійне запалення середнього вуха 425
Внутрішньочерепні ускладнення гострих і хронічних гнійних запалень середнього вуха 426
Хвороби носа і придаткових пазух 426
Травми носа 426
Сторонні тіла носової порожнини 426
Екзема входу в ніс 427
Фурункул входу в ніс 427
Носова кровотеча 427
Гематома й абсцес носової перегородки 428
Нежить 428
Гострий нежить 428
Хронічний нежить 428
Атрофічний катар носа й озена 429
Туберкульоз носа 429
Склерома носа 429
Гостре і хронічне запалення додаткових пазух носа . . 430
Хронічні запалення пазух носа 430
Хвороби і пошкодження глотки 430
Травми глотки 430
Аденоїдні розростання 431
Гострий фарингіт 431
Ангіни 431
Флегмонозна ангіна або перитонзилярний абсцес . . 432

Стор.

Заглотковий нарив 432
Захворювання гортані і стравоходу 432
Пошкодження і сторонні тіла гортані 432
Гострі запалення гортані 433
Перихондрит гортані 433
Туберкульоз гортані 433
Склерома гортані 434
Опухи гортані 434
Злоякісні опухи гортані 434
Сторонні тіла стравоходу 434
Опіки і стенози стравоходу 435

ДЕЗИНФЕКЦІЯ

Г. М. Меерсон, В. М. Качковський

Методи дезинфекції

Фізичні методи 436
Хімічні методи дезинфекції 439
Дезинфекційні засоби 439
Дезинсекційні засоби 440

Методика і техніка обеззаражування при окремих інфекціях

Дезинсекція при паразитарних тифах 442
Дезинфекція при кишкових інфекціях 443
Обеззаражування при крапельних інфекціях 444
Обеззаражування при інших інфекціях 444
Дератизація 444

ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ЗАХОДИ

Канд. мед. наук *Ю. О. Бірковський*

Загальні зауваження 446
Реєстрація і оповіщення 447
Складання плану протиепідемічних заходів 447
Заходи боротьби з паразитарними тифами 448
Заходи профілактики і боротьби з гострими кишковими інфекційними захворюваннями 449
Заходи боротьби з малярією 451
Заходи боротьби з дитячими інфекційними захворюваннями . 453
Специфічна профілактика 454
Щеплення віспи 455
Щеплення проти туберкульозу вакциною БЦЖ 456
Щеплення проти черевного тифу, паратифів і дизентерії . . 456
Вакцини для застосування через рот 457
Щеплення проти дифтерії 457
Фагопрофілактика 457
Тифо-паратифозний бактеріофаг 458

Стор.

Дизентерійний бактеріофаг 458
Строки ізоляції хворих і контактних з ними 459

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ ЗАХОДИ НА СЕЛІ

Г. Н. Суєтін, Д. Н. Калюжний

Санітарні вимоги до планування сільських населених місць . 475
Санітарні вимоги до садиби і жилого будинку на селі . . . 477
Санітарний нагляд за гуртожитками 478
Гігієна польового табору 479
Школи 480
Дитячі ясла і садки 482
Бані і пральні 482
Водопостачання сільських місцевостей. Значення води і норми водоспоживання 483
Санітарні вимоги до питної води 483
Джерела водопостачання 484
Влаштування колодязів 485
Хлорування води 486
Відбирання проб води для лабораторного аналізу 487
Санітарна охорона джерел водопостачання 488
Очищення сільських місцевостей 489
Убиральні 490
Убиральня польового типу (рівчаки) 490
Убиральні ящикового типу 490
Хлівна убиральня 490
Люфт-клозет 490
Гноєсховище 491
Компостування 491

ГІГІЄНА ПРАЦІ НА ПОЛЬОВИХ РОБОТАХ

канд. мед. наук *С. М. Богушевський*

Метеорологічні умови 493
Пил 494
Отруйні речовини 495
Вимушене положення тіла 497
Сільськогосподарський травматизм 497

САНІТАРНО-ХАРЧОВИЙ НАГЛЯД

канд. мед. наук *Б. Л. Гордін*

Особиста гігієна 499
Молочна ферма і молокоприймальний пункт 499
Хлібопекарня 500
Скотозабійний пункт 500
Колгоспний ринок 501
Плодоовочевий і грибоварний пункти 501

Стор.

Громадське харчування 501
Харчування в полі 502

ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ

Доц. *М. І. Сластьон*

А. Перша допомога при отруєннях невідомими (невстановленими, нерозпізнаними) отрутами 503
Б. Перша допомога при отруєннях встановленими отрутами . 505
Аерон 505
Аконіт 505
Акрихін 505
Алкоголь етиловий 505
Алкоголь метиловий 505
Амітал натрію 506
Амоніак 506
Аніліну група (Анілінові фарби, антифебрин, хімічні олівці, нітробензол, фенацетин) 506
Антип'ятноль 506
Антифебрин 506
Антифриз 506
Арсен та його сполуки 506
Атоксил 507
Атропін 507
Барбаміл 507
Белладонна 507
Бензин (бензол) 507
Бертолетова сіль 507
Білильне вапно 508
Блекота 508
Болиголов 508
Борець, «блакитний лютик» 508
Борна кислота. Боратна кислота 508
Ботулізм 508
Бура 508
Веронал 508
Вовчі ягоди 509
Водень-арсенід 509
Вуглець П-оксид 509
Гадюча отрута 509
Гази отрутні 509
Гас 509
Гексилрезорцин 509
Гіосціамін 509
Горицвіт 509
Гриби отрутні 509
Деревний спирт 510
Дигіталіс 510
Діонін 510
Дифосген 510

Стор.

Дурман 510
Етілен-хлорид, дихлоетан, етилен-дихлорид 510
Жавелева вода 510
Зелень французька 510
Зміїна отрута 510
Зозулині черевички 510
Інсулін 510
Йод 511
Калій-гідроксид, калій їдкий 511
Калій марганцевокислий 511
Калій-перманганат 511
Каломель 511
Камфора 511
Карболова кислота, Фенол, Лізол, резорцин, креозот, гексилрезорцин 511
Кіновар 512
Кислоти (нітратна, сульфатна, хлоридна, ацетатна та ін.) 512
Кліщовина 512
Клоачний газ 512
«Клопомор» 512
Ковбасна отрута 512
Кодеїн 512
Конвалія 512
Коніїн 512
Красавка 512
Креозот 512
Кукіль 512
Кукольван 512
Купорос мідний 513
Купоросне масло 513
Лавровишнева вода 513
Лізол 513
Луги (амоніак, калій-гидроксид, натрій-гідроксид) . . . 513
Люмінал 513
Лютик 513
Ляпіс 513
Мединал 513
Меркузал 513
Мигдаль (звичайний, гіркий, кісточки з вишень, слив, абрикосів) 513
Мильний корінь 513
Мідь 513
Молочай 514
Морфін і його солі 514
Мухомори 514
Нафталін 514
Нашатирний спирт 514
Омег болотний 514
Омег плямистий 515
Омнопон 515
Опій 515

Оцет 515
Пантопон 515
Пантоцид 515
Папороть (або її екстракт) 515
Пілокарпін 515
Пітуїтрин 515
Плазмоцид 515
Плевел 515
Примула 515
Райдерево 515
Ріжки 515
Рибна отрута 516
Рицин. Сім'я, жмихи, рицинове масло 516
Рокитник 516
Ртуть 516
Сабадила (чемериця вератрин) 516
Саліцилатна кислота, саліцилова кислота 517
Сантонін, цитварне сім'я 517
Свинець і його сполуки (тетраетилсвинець, свинцевий цукор, свинцевий оцет) 517
Сірководень (водень-сульфід, клоачний газ) 517
Скипидар 517
Скополамін 518
Снотворні речовини 518
Спирт (винний, аміловий, метиловий, сивушне масло) . . 518
Срібло-нітрат 518
Стрихнін 518
Строфант 518
Сулема 518
Сульфаніламідні препарати (стрептоцид, сульфідин, сульфазол, дисульфан, норсульфазол та ін.) 518
Терпентин 518
Тютюн (нікотин) 518
Укуси гадюк 519
Укуси комах (бджіл, ос), павуків, скорпіонів та ін. . . 519
Фенацетин 519
Фенол 519
Формалін (формальдегід) 519
Фосген 519
Фосфор 519
Французька зелень 520
Хінін 520
Хлор, хлорна вода, білильне вапно, жавелева вода, пантоцид і т. д.) 520
Хлорал-гідрат 520
Хлороформ 520
Ціанідна кислота та її препарати: калій-ціанід, вода гіркого миндалю, лавровишнева вода 521
Цикута 521
Цинк 521
Цитварне сім'я 521

Стор.

Чадний газ, світильний газ, вуглець П-оксид 521
Чемериця 521
Шпанські мушки (кантаридин) 522
Ялівець козацький 522
Речовини, які найчастіше застосовують при лікуванні гострих отруєнь 522
Адсорбуючі та зв'язуючі речовини 522
Блювотні засоби 522
Засоби, що збуджують дихання 523
Засоби, що зменшують болі 523
Нейтралізуючі речовини 523
Обволікні та осаджуючі речовини 523
Розчини для промивання шлунка 523
Проносні засоби 524
Рідини, які вводять в організм для зменшення концентрації отрути в крові 524
Серцевосудинні засоби 524
Сечогінні засоби 524

РЕЦЕПТИ НАЙУЖИВАНІШИХ ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН

(за фармакотерапевтичним діянням)

Витяг з положення про права й обов'язки фельдшерів . 525
Адсорбуючі засоби 525
Антисептичні та дезинфекційні засоби 526
Блювотні речовини 527
Відхаркувальні речовини 527
Вітамінні препарати 528
Жарознижуючі речовини 528
Жовчогінні речовини 529
Заспокійливі речовини 529
Збуджувальні речовини 530
Зв'язуючі речовини 530
Кровозамінні речовини 531
Кровоспинні речовини 531
Маткові речовини 532
Місцево-анестезуючі 532
Обезболюючі речовини 533
Органо- і гормонопрепарати 533
Потогінні речовини 534
Протиблювотні речовини 534
Протиглисні речовини 534
Протикашльові речовини 534
Протималярійні речовини 535
Протипаразитарні речовини 535
Протиревматичні речовини 535
Протисифілітичні речовини 536
Протиспазматичні, судинорозширювальні 536
Речовини, що подразнюють шкіру та розтирання . . . 537
Речовини, які тонізують і впливають на обмін речовин . 537

Стор.

Речовини, які звужують зіниці 538
Речовини, які розширюють зіниці 538
Серцевосудинні речовини 538
Сечогінні речовини 538
Снотворні речовини 539
Хіміотерапевтичні препарати та антибіотичні 540
Шлунково-кишкові засоби 540

ЗБОРИ-ЧАЇ

Апетитний чай 543
Вітамінний чай . . . . . —
Вітрогінний чай . . . . . —
Грудний чай 544
Заспокійливий чай . . . . . —
Потогінний чай . . . . . —
Сечогінний чай 545
Шлунковий чай (протипроносний) 545
Протипроносний . . . . . —
Послаблюючий . . . . . —
Збір, регулюючий діяльність кишечника . . . . . —

НАЙВИЩІ ОДНОРАЗОВІ І ДОБОВІ ДОЗИ ОТРУТНИХ (А) і СИЛЬНОДІЮЧИХ (Б) ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ДОРОСЛИХ 546

НАЙВИЩІ ОДНОРАЗОВІ ДОЗИ ОТРУТНИХ І СИЛЬНОДІЮЧИХ ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ДІТЕЙ ЗА ФАРМАКОПЕЄЮ СРСР 550

ДОДАДОК:

Довідка 555
Положення про права і обов'язки фельдшера (фельдшериці, фельдшериці-акушерки) . . . . . —
Положення про сільський фельдшерський і фельдшерсько-акушерський пункти 558
Положення про фельдшерський пункт охорони здоров'я на підприємстві 565

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека