**Реферат на тему:**

**Амбулаторная хирургия. Диагностика и обследование амбулаторных больных**

**1. Амбулаторная хирургия**

В хирургических кабинетах амбулаторий и поликлиник лечатся около 80% людей, которые не нуждаются в госпитализации. Около 50% больных впервые обращаются за помощью, поэтому основной задачей хирурга поликлиники является диагностика заболеваний и определение показаний для госпитализации.

На больных заполняется амбулаторная карта, в которой кратко фиксируются жалобы, анамнез заболевания и объективные данные. По показаниям назначаются лабораторные и специальные методы исследования – рентгенологические, эндоскопические и др.

В первую очередь осматривают больных, нуждающихся в неотложной помощи срочной госпитализации. Срочно принимают больных с ранениями, острыми заболеваниями брюшной полости и воспалительными заболеваниями, протекающими с высокой температурой. Остальных больных принимают по очередности обращения, устанавливаемой регистратурой и хирургом.

В городах с населением 200 000 человек, а в областных центрах на каждые 100 000 жителей при одной из поликлиник создан травматологический пункт с круглосуточным дежурством травматолога. В меньших населенных пунктах амбулаторная помощь травматологическим больным осуществляется травматологом или хирургом поликлиники, на селе — в амбулатории участковой или районной больницы. На предприятиях эту помощь оказывают в амбулаториях или поликлиниках медико-санитарных частей.

На фельдшерско-акушерских пунктах оказывают неотложную доврачебную помощь, производят реанимационные мероприятия, временную остановку кровотечения, транспортную иммобилизацию переломов и вывихов и направляют больных, страдающих острыми хирургическими заболеваниями и нуждающихся в хирургической помощи, в хирургические стационары.

В поликлиниках имеется отдельный хирургический кабинет, в зависимости от количества принимаемых больных их может быть один или два. В небольших районных поликлиниках выделяют две комнаты: кабинет для приема больных и перевязочную, в более крупных поликлиниках три: кабинет для приема больных, перевязочную и операционную.

Операционная используется для чистых амбулаторных - хирургических, глазных и отоларингологических операций. Обработка ран и перевязки производятся в перевязочной. Там же, если нет травматологического кабинета, накладывают и снимают шины и гипсовые повязки при переломах костей.

Оборудование хирургического кабинета предусматривает необходимый минимум для неотложных диагностических процедур и манипуляций.

Оснащение операционной:

- операционный стол

- передвижной столик для инструментов

- столик для медикаментов

- шкаф для хранения инструментов и медикаментов

- наркозный аппарат

- столик наркотизатора

- стерилизатор

- винтовые табуреты

- источник света

Оснащение перевязочного кабинета:

- небольшой стол для стерильных инструментов и перевязочного материала

- кипятильник

- стол для перевязок и небольших гнойных операций

- 2 табурета

- шкаф для хранения медикаментов перевязочного материала и инструментов

- умывальник, ведра с крышкой, полиэтиленовые мешки для использованного материала

- набор для масочного наркоза, наркотические средства (эфир, хлорэтил)

Оборудование хирургических кабинетов:

- стол для хирурга или фельдшера, сестры, ведущих прием

- табуреты, стулья и кушетки для осмотра больных

- ширмы

Прием в хирургическом кабинете ведут хирург и медицинская сестра. Хирург осматривает больного, ведет основную документацию, сестра осуществляет перевязки, манипуляции. Плановые операции производят в определенные дни и часы. В это время других больных не принимают.

В хирургическом кабинете производят следующие неотложные операции:

1. Реанимационные мероприятия: ИВЛ, инкубация трахеи, трахеостомия, наружный массаж сердца.
2. Первичную хирургическую обработку небольших поверхностных ран и остановку кровотечения в ране.
3. Преобладают вмешательства по поводу липом, атером.
4. Вскрытие панариция, гнойного мастита, флегмон кисти.
5. Довольно часто выполняют операции по поводу вросшего ногтя, вальгусного искривления I пальца стопы.
6. Вскрытие абсцессов ягодичной области
7. Вмешательства при локтевом бурсите, контрактуре Дюпюитрена.
8. Несколько реже производят операции по поводу сухожильного ганглия, молоткообразного пальца, разрыва сухожилия пальцем кисти, стенозирующего лигаментита, поверхностно расположенных инородных тел, копчиковой кисты, а также вскрытие поверхностных абсцессов и флегмон других локализаций.

В амбулаторных условиях нельзя удалять:

- пигментные опухоли (меланомы),

- лейкоплакии губ,

- опухоли молочных желез,

- полипы прямой кишки, так как в этих случаях необходимо производить срочное гистологическое исследование удаленных препаратов.

Доброкачественные опухоли других локализаций после удаления подлежат гистологическому исследованию в плановом порядке.

Известно, что в поликлиниках хирурги не только занимаются малой хирургией, но и продолжают лечение больных, выписавшихся из стационара после больших операций и тяжелых травм. Они берут на учет и осуществляют динамическое наблюдение за больными с некоторыми хроническими хирургическими заболеваниями:- грыжами разных локализаций,

- варикозным расширением вен нижних конечностей,

- трофическими язвами голени,

- посттромбофлебитическим синдромом,

- доброкачественными опухолями молочной железы,

- трещинами заднего прохода,

- параректальными свищами.

Этих больных активно вызывают для осмотра 1—2 раза в год с решением вопроса об объеме необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

При облитерирующем эндартериите,

- облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей,

- болезни Рейно

повторные осмотры проводят 2—4 раза в год.

После резекции желудка и других больших операций на органах живота и груди наблюдение за больными активно осуществляется на протяжении 5 лет с осмотрами 2 раза в год.

Больных с последствиями переломов и вывихов, с хроническим остеомиелитом наблюдает в динамике травматолог-ортопед поликлиники, а при его отсутствии хирург. После переломов проводят осмотр и необходимое обследование 4 раза в год на протяжении 2 лет.

Динамическое наблюдение проводят для выявления ранних форм заболевания и развивающихся осложнений, требующих амбулаторного или стационарного лечения, а также для своевременного осуществления профилактических мер. На каждого такого больного ведется карта диспансерного наблюдения.

Наиболее сложная и ответственная задача поликлинического хирурга заключается в организации и практическом выполнении операций. Необходимо иметь не только соответствующие помещения (операционную, перевязочную) и инструментарий, знать показания к хирургическому лечению данного заболевания в амбулаторных условиях, но и уметь правильно выполнять самовмешательство и правильно вести больного в послеоперационном периоде.

Важно соблюдать и правовые нормы. Операцию можно производить только при согласии на нее самого больного, а для детей до 14 лет необходимо согласие родителей или опекунов. Отказ больного от неотложной операции следует с его подписью занести в индивидуальную карту амбулаторного больного.

При ряде острых заболеваний хирург поликлиники оказывает лишь первую врачебную помощь и срочно направляет больного в хирургический стационар.

Показания для срочной госпитализации:

1. Невозможность оказать полноценную помощь в условиях поликлиники при показаниях к срочной операции и интенсивном стационарном лечении.

2. Острые гнойные заболевания, требующие больших оперативных вмешательств и продолжительного стационарного лечения.

3. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной и грудной полостей.

4. Состояние после проведенных реанимационных мероприятий.

5. Острые окклюзионные поражения магистральных сосудов.

В плановом порядке направляют на госпитализацию:

1. Больных с хроническими хирургическими заболеваниями, которые не подлежат лечению в амбулаторных условиях.

2. При отсутствии эффекта амбулаторного лечения.

3. Больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском, нуждающихся в хирургических вмешательствах в объеме малой хирургии.

Показания для госпитализации могут быть расширены или сужены в зависимости от условий в поликлинике и от уровня профессиональной подготовки хирурга.

Объем амбулаторных оперативных вмешательств зависит также от возможности временной квартирной госпитализации после произведенной операции. По показаниям таких больных отвозят домой санитарным транспортом.

Временная госпитализация их в домашних условиях предусматривает возможность ухода за больным, а также периодическое посещение его на дому медицинской сестрой и хирургом поликлиники.

**Обследование хирургического больного**

Обследование хирургического больного складывается из детального расспроса и объективного исследования (осмотр, перкуссия, аускультация).

Расспрос больного включает выяснение жалоб, историю развития настоящего заболевания и историю жизни.

**Анамнез** трудно собрать во время сильного болевого приступа. Если больной находится в бессознательном состоянии, информацию о течении болезни стремятся получить от родственников. Некоторые больные умышленно преувеличивают болезненные проявления (аггравация) или придумывают признаки болезни (симуляция). Больные с психическими заболеваниями могут неумышленно симулировать признаки различных заболеваний. Иногда больной пытается скрыть признаки болезни (диссимуляция) из-за страха перед возможным хирургическим вмешательством. Такое поведение чаще наблюдается у детей. Собирая анамнез, необходимо внимательно слушать больного и умело направлять его повествование.

**Жалобы** больных зависят от характера заболевания. В хирургической клинике наиболее часто предъявляют жалобы на боли различной локализации. Необходимо выяснить локализацию и распространение болей. Следует определить время появления болей, их продолжительность, связь с едой, физической нагрузкой.

Надо стремиться получить документальное подтверждение о характере перенесенного прежде хирургического вмешательства (выписка из истории болезни, справка).

Выясняют особенности работы, профессиональные вредности, перенесенные в течение жизни заболевания, наследственность. Учитывают вредные привычки и степень интоксикации (злоупотребление алкоголем, курение).

Тщательно собирают аллергологический анамнез, сведения о переносимости антибиотиков и лекарств.

**Объективное обследование хирургического больного**

Объективное обследование хирургического больного включает детальный осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию.

Начинают с **осмотра больного**. Отмечают положение больного: активное, пассивное, вынужденное. Определяют окраску кожных покровов, они могут быть интенсивно желтыми (механическая, паренхиматозная желтуха), при пороках сердца - цианотичные, при анемии - бледные, при раке - землистые. Кожа может прокрашиваться лекарственными препаратами.

Обращают внимание на пигментацию кожи, влажность, тургор и эластичность, особенно на лице, животе, конечностях.

Фиксируют признаки нарушения кровообращения в коже (петехии, пурпура) и повреждения, расчесы в результате длительного кожного зуда, кожные рубцы, их положение, размеры.

Отмечают состояние вен, наличие трофических язв на голени, крестце, стопах.

Подробно определяют состояние слизистых оболочек глаз, губ, зева, полости рта; их цвет (бледные, розовые, синюшные, пигментированные).

Состояние подкожной жировой клетчатки оценивают в целом и по отдельным областям (живот, бедра). Определяют отеки явные, местные и общие; состояние лимфатических узлов по областям; развитие мышечной ткани; изменения костей (деформации, искривления, укорочения) и суставов.

При **пальпации** выявляют мышечное напряжение, патологические образования, болевые точки, увеличенные лимфатические узлы. Пальпация необходима при травме конечностей и заболевании сосудов.

Метод **аускультации** имеет основное значение в диагностике заболеваний сердца, легких. Иногда дает ценную информацию о моторике кишечника. При заболевании крупных сосудов выслушивается систолический шум над пораженным участком артерии.

Метод **перкуссии** состоит в выстукивании грудной клетки или брюшной полости. Применяется для определения скопления жидкости (плеврит, кровотечение в полость) и изменения кровенаполнения органа (воспаление легких), размеров печени, селезенки при нарушении кровообращения. Перкуссия позволяет также выявить болевые точки.

У всех больных с заболеванием органов брюшной полости проводится пальцевое исследование прямой кишки, а у женщин, кроме того, исследуют органы малого таза через влагалище.

**Методики исследования хирургического больного**

**Лабораторные методы исследования**

Лабораторные исследования осуществляют в зависимости от предполагаемого диагноза и предстоящего хирургического вмешательства.

**Рентгенологические методы исследования**

Рентгенологические методы можно условно разделить на обязательные и специальные. Так, всем больным независимо от характера заболевания производят рентгеноскопию грудной клетки (флюорография).

В зависимости от предполагаемой патологии планируется исследование органов брюшной полости: обзорная рентгеноскопия (при непроходимости кишечника), рентгеноскопия желудка (при раке и язве желудка), контрастное исследование мочевых путей (при почечной патологии), контрастное исследование желчных путей (при хроническом холецистите).

**Эндоскопические методы исследования**

Осмотр полостей и органов при помощи оптических приборов (эндоскопов) дает важную информацию для постановки диагноза.

**Диагностическая пункция**

Диагностическая пункция применяется для определения характера содержимого в плевральной, брюшной полостях и в суставах. Микроскопия осадка, извлеченной жидкости позволяет уточнить характер заболевания. По количеству белка в жидкости можно отличить транссудат (выпот) от экссудата (воспалительный выпот).

**Биопсия**

Биопсия - это исследование удаленных при жизни больного тканей. В последние годы особое значение придается пункционной биопсии.

**Зондирование**

Зондирование применяется для уточнения хода раневого канала, свищевого хода, по которому отделяется гнойное содержимое. Зондирование осуществляют металлическим зондом. Для более точного определения свищевого хода используют фистулографию - заполнение хода рентгеноконтрастным веществом (йодолипол, кардиотраст).

**Измерения**

Обследование хирургического больного включает подсчет частоты пульса, количества дыхательных движений (обычно не менее чем за 30 с), измерение артериального давления, температуры тела.

**Температура тела**

Температура тела может быть нормальной (36- 36,9 С), субфебрильной (37-38 С), лихорадочной (выше 38 С). По типу колебаний температуры различают лихорадку постоянную, перемежающуюся, обратную, послабляющую. При повышении температуры на 1С пульс учащается на 10 в минуту.

**2. Диагностика хирургических больных**

**Понятие "острый живот"**

"Острый живот" - это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства; при этом требуется или может потребоваться срочная медицинская (чаще хирургическая) помощь (БМЭ, 1982 г.) Такое собирательное понятие не может удовлетворить требованиям современной клинической медицины. Тем более, что благодаря усовершенствованию методов клинического исследования, повышению квалификации врачей более точной стала диагностика заболеваний.

Однако при оказании больным неотложной помощи врачи-терапевты не всегда могут точно поставить диагноз острого живота. Необходимо учитывать и то, что больной с острой хирургической болезнью живота нередко попадает сначала к терапевту. В этих случаях решающее значение имеет выбор правильной тактики, быстрота принятия соответствующего решения.

Во всех случаях врач, оказывающий помощь больному с острой болью в животе, должен правильно оценить состояние больного, не тратя время на постановку развернутого диагноза, привлечь к диагностике и дальнейшему лечению других специалистов - хирурга (прежде всего), при динамическом наблюдении - гинеколога, инфекциониста и др.

**Диагностика острого живота**

Непосредственный повод к диагностике синдрома "острого живота" дают такие яркие симптомы, как частая рвота, боли в животе, напряжение брюшных мышц, признаки раздражения брюшины, парез кишечника, коллапс и др. Они сразу приковывают внимание врача, и, если при этом больной недостаточно обследован, диагностическая ошибка почти неизбежна. Необходима четкая последовательность в проведении обследования больного с подозрением на "острый живот" при минимальной затрате времени, что возможно при достаточных знаниях, умении оценить состояние больного, владении дополнительными методами исследования и т. д.

Терапевт при малейшем подозрении на признаки "острого живота" должен проконсультировать больного хирургом (направление больного в хирургическую клинику или госпитализация из приемного покоя для динамического наблюдения). Нельзя такого больного оставлять без наблюдения ("на дому", в приемном покое без контроля).

**Тактика при остром животе**

Г. Мондор (1939) так характеризует тактику врача при синдроме "острого живота": Если врач вызывается к больному, у которого имеются боли в животе, или рвота, или лихорадка, то он должен убедиться в том,

1. что у больного имеется местное поражение,

2. что оно локализуется именно в брюшной полости,

3. что только хирургическое вмешательство может дать надежные результаты.

Важнейшим (основным) признаком симптомокомплекса "острого живота" является напряжение мышц брюшной стенки и раздражение брюшины, наличие симптома Щеткина-Блюмберга. Терапевт при наличии абдоминальной боли, нарушении функции желудочно-кишечного тракта, при малейшем подозрении на симптом Щеткина-Блюмберга обязан консультировать больного с хирургом.

**Боль при остром животе**

Симптоматология "острого живота" складывается из симптома боли, диспептических нарушений и признаков раздражения брюшины (перитонеальных явлений). Помните, что нет ни одного отличительного симптома, различия - лишь в частоте этих симптомов, их выраженности, их сочетании.

Одним из основных и самых частых признаков, на которых основывается диагностика "острого живота" и приковывается внимание врача, является абдоминальная боль.

Абдоминальные боли наблюдаются при поражениях органов брюшной полости, стенки живота, диафрагмы и брюшины, а также при заболеваниях с локализацией патологического процесса вне пределов брюшной стенки - решение последнего вопроса и является основной задачей терапевта.

Боль в животе по патогенезу подразделяется на висцеральную, соматическую и отраженную.

\* Висцеральная боль возникает непосредственно в пораженном органе и обычно носит тягостный характер, сопровождаясь тошнотой, рвотой, нередко коллапсом. Особенность висцеральной боли в том, что она, особенно в начале заболевания, даже при местном патологическом процессе, может носить диффузный характер, распространяясь на весь живот. Она обусловлена иннервацией внутренних органов многосегментарного характера, наклонностью к иррадиации возбуждения.

\* Соматическая боль обусловлена раздражением париетальной брюшины, характеризуется своей интенсивностью, нередко - четкой локализацией; усиливается при кашле, при движениях, при перемене положения тела.

\* Отраженная боль наблюдается при заболеваниях многих внутренних органов, головного мозга, мозговых оболочек. Обусловлена она передачей раздражения по нервным сплетениям.

Конвергирование в спинном мозге импульсов, исходящих из внутренних органов, с импульсами, направляющимися по нервам кожи, ведет к повышению чувствительности последней, возникновению зон гиперальгезии (зон Захарьина-Геда), что можно определить как висцеросенсорный рефлекс. Аналогичным образом в результате висцеромоторного рефлекса возникает напряжение мышц передней брюшной стенки - что свидетельствует о вовлечении их в патологический процесс наряду с внутренними органами и брюшины.

**Заболевания при остром животе**

Большое значение для проведения дифференциального диагноза при остром животе имеет детализация развития заболевания.

Прежде всего, нужно выяснить:

\* страдал ли ранее больной какими-либо заболеваниями, в том числе и органов брюшной полости;

\* как протекало заболевание;

\* напоминают ли вновь появившиеся симптомы прежние ощущения, т. е. произошли ли качественные изменения в течение болезни;

\* с чем больной связывает возникновение заболевания (пища, физические и нервные перенапряжения и т. д.);

\* оценить эффективность предшествовавшей медикаментозной или хирургической терапии;

\* желательно ознакомитьсясмедицинской документацией (амбулаторная карта, справки, выписки из истории болезни).

**Обследование при остром животе**

При обследовании больного при остром животе следует обратить особое внимание на следующее:

1. Внешний вид больного - выражение лица, мимику, поведение, походку, вынужденное положение, цвет кожи и слизистых оболочек, тип дыхания, участие живота в дыхании, следы травм, операционных вмешательств и т. д.

2. Зоны кожной гиперальгезии, перкуторной болезненности, болезненности отдельных органов при пальпации, напряжение брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга.

3. Изменения в других органах и системах, являющихся реакцией? (источником?) на боль. Это прежде всего реакция сердечнососудистой системы, органов дыхания, мочеотделения,нервной системы и др.

**Структура болевого синдрома**

При оценке этого синдрома важно выяснить следующие вопросы:

\* локализация боли (диффузная или распространенная, или локализованная в определенной области),

\* характер боли (сжимающие, схваткообразные, "удар ножом", тупая, острая, режущая, колющая и т. д.),

\* появилась боль впервые или это повторные боли,

\* после чего появились боли, счем связываетихбольной (погрешности в диете, сезонность, резкие движения, физическое перенапряжение, волнение и т. п.),

\* длительность боли,

\* иррадиация боли,

\* чем сопровождается боль (рвота, одышка, жидкий стул, снижение артериального давления, дизурия, лихорадка и т. п.),

\* оценить динамичность боли (нарастающая, убывающая и т. п.),

\* поведение больного во время болевого приступа (двигательное возбуждение, вынужденное положение, влияние на боль положения тела, приема пищи, акта дефекации, зависимость боли от дыхательных движений, кашля и т. п.),

\* после чего проходят боли (самостоятельно, после приема медикаментов, каких).

**Боли в правой верхней части живота**

При локализации боли в правом верхнем квадранте живота следует иметь в виду заболевания:

\* двенадцатиперстной кишки,

\* печени, желчного пузыря и желчных ходов,

\* головки поджелудочной железы,

\* правой почки,

\* печеночного угла,

\* ободочной кишки,

\* тромбофлебит воротной вены,

\* правосторонний диафрагмальный плеврит, правостороннюю наддиафрагмальную пневмонию, поддиафрагмальный абсцесс,

\* аппендицит (в случаях подтягивания аппендикса спайками).

**Боли в правой нижней части живота**

При локализации боли в правом нижнем квадранте живота следует иметь в виду:

\* аппендицит,

\* терминальный илеит,

\* илеотифлит,

\* патологию правого мочеточника,

\* заболевания правого яичника,

\* мезоаденопатии,

\* правостороннюю паховую грыжу.

**Боли в левой верхней части живота**

При локализации боли в левом верхнем квадранте живота следует иметь в виду заболевания:

\* желудка,

\* тела и хвостовой части поджелудочной железы,

\* селезеночного угла ободочной кишки,

\* селезенки,

\* левой почки,

\* левосторонней базальной пневмонии и

\* диафрагмальный плеврит.

**Боли в левой нижней части живота**

При локализации боли в левом нижнем квадранте живота следует иметь в виду заболевания:

\* сигмовидной кишки,

\* левого мочеточника,

\* левых придатков матки,

\* левостороннюю паховую грыжу.

**Боли в эпигастрии живота**

При локализации боли в эпигастральной области следует иметь в виду заболевания:

\* желудка,

\* грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и белой линии живота,

\* кардиоспазм,

\* патологию левой доли печени,

\* ишемическую болезнь сердца,

\* расслаивающую аневризму аорты.

**Боли в надлобковой области живота**

При локализации боли над лобком следует иметь в виду:

\* аднексит,

\* простатит,

\* разрыв мочевого пузыря,

\* разрыв матки,

\* эндометриты,

\* предменструальный синдром

**Диффузная боль в животе**

Диффузная боль в животе может возникнуть при следующих состояниях:

\* острая кишечная непроходимость,

\* перитонит,

\* перфорация внутренних органов (чаще при язвенной болезни),

\* острый панкреатит,

\* разрывы паренхиматозных органов,

\* свинцовая колика,

\* уремия,

\* геморрагический васкулит (абдоминальная форма),

\* сосудистые заболевания органов брюшной полости.

**Болевой синдром и коллапс**

Коллапс, кроме кровотечения, встречается как следствие резко выраженного болевого синдрома:

\* панкреатит,

\* мезентериальный тромбоз,

\* расслаивающая аневризма аорты,

\* перекручивание кисты яичника на ножке и др.

**Рвота и боли в животе**

Необходимо знать, при каких заболеваниях рвота сопровождается острыми болями в животе.

Острые боли в животе, сочетающиеся со рвотой, наблюдаются при:

\* остром гастрите и язвенной болезни (в период обострения),

\* остром аппендиците,

\* желчекаменной болезни,

\* остром панкреатите,

\* диафрагмальной грыже,

\* непроходимости кишечника,

\* тромбозе мезентериальных сосудов,

\* остром перитоните.

Рвота по своему происхождению связана, в основном, с поражением желудочно-кишечного тракта (хирургические и терапевтические заболевания) и реже с экстраабдоминальными причинами (интоксикационные: инфекции, отравления, эндотоксикозы и др., церебральные, истерические).

В плане дифференциальной диагностики рвоты врач-терапевт должен думать о хирургических причинах рвоты, например, связанных с холециститом, панкреатитом, непроходимостью кишечника, перитонитом и исключать их совместно с хирургом.

**Боль в шее при спазме мышц**

Нередко боль в шее обусловлена напряжением и спазмами мышц. Часто они проявляются сильной болью при резком движении головой. Боль в шее по утрам может быть следствием неудобного положения во время сна.

Лечение

Если более вероятно ущемление нерва, назначают рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника, анальгетики (например, ибупрофен). Рекомендуются специальный корсет или воротник для фиксации шеи, теплые компрессы, противовоспалительные лекарства, массаж, физиопроцедуры.

Боли, которые появляются утром из-за неудобного положения шеи во время сна, можно предупредить с помощью обычного полотенца, обернутого вокруг шеи на ночь.

1. Метод самопомощи, который, как считают специалисты по лечебному массажу, надежно избавляет от напряжения шейных мышц. Зажмите пальцами одной руки мягкие ткани на задней стороне шеи так, чтобы получилась мышечная складка шириной не более 2-2,5 см. Складка должна располагаться поверх шейных позвонков. Мягкими движениями разомните мышцу, постепенно перемещая пальцы кверху, в волосистую часть головы. Обнаружив особенно чувствительную зону, надавите на нее в течение 10 секунд до предела переносимости боли и медленно отпустите. Повторяйте описанные выше приемы до тех пор, пока не будет оказано воздействие на все чувствительные точки, которые вам удастся обнаружить. Повторяйте упражнение примерно через каждые два часа, пока не почувствуете, что мышцы полностью расслабились.

2. Другой вариант - воздействие на шейно-грудинно-ключичные мышцы. С помощью зеркала найдите крупные шейно-грудин-но-ключичные мышцы, расположенные по обеим сторонам трахеи. Правой рукой возьмитесь за левую шейно-грудинно-ключичную мышцу так, чтобы большой палец оказался спереди. Поверните голову влево, расслабляя мышечные ткани, которые захвачены рукой. Начинайте от основания шеи разминать мышцу медленными движениями пальцев, захватывая ими мышечную складку. Затем разотрите мышцу сверху вниз. Продолжите массаж мышцы с противоположной стороны.

3. Упражнение, которое можно выполнять самостоятельно при напряжении и болях в шейных мышцах. Расположите кончики пальцев обеих рук на шее по обеим сторонам позвонков, чуть ниже затылка. Пальцы должны быть прямые, локти подняты. Нажимайте на шейные мышцы подушечками пальцев. Поглаживайте шею движениями кпереди, воздействуя на глубокие слои мышечных тканей. Сделайте выдох и свободно и мягко уроните голову назад, на поддерживающие ее кончики пальцев. Скользя пальцами по шее кпереди, старайтесь расправлять, отделяя друг от друга, мышечные волокна. Повторяйте это упражнение по мере необходимости.

**Боль в шее при ущемлении нерва**

Шейный остеохондроз может привести к ущемлению нерва. При ущемлении нерва боль в шее ощущается только с одной стороны. Она резко усиливается при движении головы и может распространяться вниз по руке; иногда в руке или кисти возникает онемение или покалывание.

Лечение

Чтобы устранить и предупредить неприятные ощущения в шее, рекомендуется спать на твердой поверхности (лучше всего на жестком матрасе). Если матрас мягкий, подложите под него доски. Не пользуйтесь подушкой или замените ее на специальную, которая удерживает голову таким образом, чтобы шея не "провисала". Если такой подушки нет, предупредить "провисание" шеи можно с помощью обычного полотенца: его нужно свернуть вдоль в длинную полоску 10 см шириной и на время сна обернуть его вокруг шеи, закрепив пластырем.

Облегчают спазмы и боль в шее горячий душ, горячий компресс или грелка. Тепловые процедуры можно использовать часто, но надо следить за тем, чтобы не обжечь кожу. При острой боли применяют только легкое сухое тепло. Назначают аспирин или ибупрофен. Боль в шее, как и боль в спине, лечится медленно - на это может уйти несколько недель.

**Боль в шее при шейном спондиллезе**

Боли при шейном спондиллезе - следствие "изнашивания" позвоночника. Такая патология обычно появляется у человека, достигшего 50-летнего возраста.

Лечение

Назначают ношение поддерживающего воротника (головодержателя), который уменьшает боль за счет ограничения подвижности шеи и снижения давления головы на нервы.

**Боль в шее при травмах**

Всегда предполагайте, что такая травма есть, если человек без сознания, падал, попал в аварию или неудачно нырял на мелководье, получил травму головы.

Перелом позвонка и разрыв спинного мозга - не одно и то же. Своими неумелыми действиями человек, оказывающий помощь, может сделать пострадавшего с переломом пожизненным паралитиком.

Помните: нельзя передвигать пострадавшего при подозрении на травму спины или шеи, если ему не угрожает непосредственная опасность (например, пожар или взрыв).

Подождите профессионалов. Лучше ничего не делать, чем подвергать человека опасности увечья или смерти. Не исключайте вероятности травмы позвоночника или шеи, если человек жалуется на боль в шее после неудачного ныряния, падения с высоты выше человеческого роста; после сильного тупого удара по голове или корпусу; при проникающей травме головы или тела; во время автомобильной аварии, когда пострадавший не был пристегнут, вылетел из машины; после удара молнии.

Помните: при повреждении позвоночника любое движение головы, шеи или спины может вызвать либо усилить паралич, привести к смертельному исходу.

Первая помощь

Нельзя наклонять или поворачивать голову пострадавшего. Можно только немного приподнять подбородок, посмотреть, нет ли во рту посторонних предметов; если есть - убрать их. Затем пощупайте пульс и прислушайтесь к дыханию. Если пульса нет или человек не дышит, приступайте к непрямому массажу сердца. Проследите, чтобы был доступ воздуха, проверьте пульс и дыхание. Если человек не дышит, не отклоняйте его голову назад, стремясь открыть дыхательные пути. Вместо этого встаньте на колени за головой пострадавшего, возьмите его за нижнюю челюсть, положив на нее большие пальцы возле углов рта (большие пальцы должны указывать на ноги пострадавшего). Кончиками указательных пальцев поднимите челюсть за углы, одновременно толкая большими пальцами книзу. Это заставит челюсть выступить вперед без отклонения шеи. Открыв доступ воздуху, приступайте к искусственному дыханию ("рот в рот").

Если пострадавший в сознании, спросите, не чувствует ли он онемения, покалывания, слабости или жжения в руках и ногах, может ли двигать руками, ногами, ступнями, пальцами. Подробно расспросите, что произошло. Если вы предполагаете, что у пострадавшего травма спины, не передвигайте его. Подождите прибытия "скорой" помощи. Не давайте пострадавшему есть и пить.

**Боль в спине**

У подавляющего большинства людей обязательно когда-либо были боли в спине. У некоторых людей спина болела однажды, другие живут с болью в спине в течение десятилетий. Причин, вызывающих боли в спине, много. Это боль, связанная с изменениями межпозвоночных дисков и их ущемлением; боль при повреждениях мышц и связок спины; боль в спине при травмах позвоночника; опухоли, инсульты, туберкулез и т. п. Боли, отдающие в спину могут быть симптомами опасных для жизни заболеваний органов, расположенных в животе, а также патологии почек.

Боль в спине чаще всего возникает в пояснице. Самыми частыми причинами боли в пояснице являются повреждения мышц и связок пояснично-крестцовой области, дегенеративные изменения межпозвоночных дисков.

В зависимости от причины, боль в спине может быть острой или хронической, постоянной или периодической. Она может ощущаться только в спине или распространяться по всему позвоночнику либо вниз по обеим ногам. У некоторых людей во время отдыха боль уменьшается, у других - нет. Наблюдаются и другие симптомы.

Боли, отдающие в спину могут быть симптомами опасных для жизни заболеваний органов, расположенных в животе. Немедленно обращайтесь^ врачу при сильной резкой боли в спине, не ослабевающей в состоянии покоя, сочетающейся с болями в животе. К таким заболеваниям относятся прежде всего острый аппендицит, воспаление поджелудочной железы и желчного пузыря, прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, а также эндометриоз. Резкая сильная боль в спине может означать смертельно опасный разрыв аневризмы брюшной аорты. При этом состоянии обычно сначала возникают боль в пояснице и тупая постоянная боль в верхней части живота.

Неотложная помощь

В любой ситуации, когда человек чувствует острую, постоянную или повторяющуюся боль, необходимо обратиться к врачу. До прихода врача не давайте больному с острой болью в спине и животе еды, питья и лекарств. Для удобства приподнимите его голову и подложите подушку под колени. Ожидая прибытия "скорой" помощи, уговорите его глубже дышать или расслабиться другим способом.

**Боль и межпозвоночные диски**

У современного человека в связи с неправильным образом жизни межпозвоночные диски становятся более плоскими, уменьшается их высота, увеличивается их подвижность. В то же время на них приходится не менее одной трети общей нагрузки на позвоночник. Межпозвоночные диски выполняют роль прокладки - амортизатора, расположенного между позвонками. Со временем у людей фиброзное кольцо становится менее прочным, студенистое ядро межпозвоночных дисков уплотняется и диск под влиянием веса человека сдавливается, что уменьшает расстояние между позвонками. Это приводит к выпячиванию или выпадению студенистого ядра в заднем направлении, а уменьшение высоты диска вызывает образование костных разрастаний на краях тел смежных позвонков с целью защиты от смещения.

Симптомы разрушения межпозвоночных дисков

Возникают нарушения иннервации, боли при резком движении, подъеме тяжестей, простуде, чихании, кашле, стрессе. Появление болей связано прежде всего с тем, что травма нервного корешка или диска вызывает ответный спазм мышц и сосудов в зоне повреждения. Это приводит к отеку нервного корешка, питание его ухудшается, он становится большего диаметра и еще больше сдавливается в узком пространстве межпозвоночного отверстия, усиливая боль. Растрескивание, выпадение фрагмента диска, его выпячивание может привести к сдавлению спинномозговых нервных корешков, вызывая боль и по ходу корешка. В подавляющем большинстве случаев боль возникает при переохлаждении, стрессе, поднятии тяжестей, особенно если наклон сочетается с поворотом туловища. Длительное пребывание в положении сидя, повышение внутрибрюшного давления (при чихании, кашле, натуживании) также способствуют появлению боли. Точный диагноз заболевания устанавливают с помощью магнитно-резонансной и компьютерной томографии, рентгенисследования.

**Боль в спине при травмах позвоночника**

Как и другие части тела, позвоночник может быть сломан, ушиблен или сдавлен. Однако травма позвоночника наносит организму гораздо больший ущерб, чем травма любой другой части тела, поскольку при этом нередко повреждается спинной мозг, а это ведет к параличу. Повреждения позвоночника обычно бывают связаны с травмами головы или шеи. В большинстве случаев серьезные травмы позвоночника происходят в результате автомобильных аварий, падений, а также ныряния на мелком месте.

Симптомы. Обычно позвонки защищают спинной мозг. Однако сломанный позвонок может оказаться опасным оружием внутри тела - он может травмировать нервы. Если он ущемит или пересечет нервы, человек может оказаться частично или полностью парализованным, потерять чувствительность. Чем выше место повреждения, тем большая часть тела поражается. Например, если сломан позвонок в нижней части спины, человек чувствует боль, распространяющуюся на ноги и другие части тела.

Повреждение спинного мозга может проявлять себя легким онемением, покалыванием, снижением чувствительности, параличом конечностей. Будьте внимательны и к другим симптомам, означающим, что человек находится в состоянии спинального шока. Это возбуждение и беспокойство, учащенные дыхание и пульс, тошнота и рвота, утрата контроля за мочевым пузырем, потеря сознания.

**Боли при инфекции в почках**

Наиболее частые признаки воспалительных заболеваний почек: усиливающаяся боль в боку и нижней части живота, боль в спине, чувствительность при дотрагивании, высокая температура, озноб, тошнота, рвота, частое мочеиспускание. При наличии этих симптомов необходимо немедленно обратиться к врачу.

**Боли при камнях в почках**

Почечно-каменная болезнь - заболевание, характеризующееся наличием в почечных лоханках или их чашечках камней, образованных из веществ, входящих в состав мочи. Нарушение физико-химического состава мочи приводит к выпадению в осадок кристаллов и солей, которые в сочетании с органической основой (например, сгусток крови, бактерии) образуют камни.

Болезнь проявляется болью в пояснице тупого характера или в виде почечной колики, которая возникает вследствие закупорки камнем почечной лоханки или мочеточника. В конце приступа или вскоре после него в моче может появиться кровь.

При осложнении инфекцией мочевых путей моча мутная, гнойная.

Между приступами колики возможны тупые боли в области соответствующей почки, обычно усиливающиеся при движении и успокаивающиеся в покое. Примерно у 15% больных почечнокаменная болезнь протекает бессимптомно.

Постановке диагноза помогают ультразвуковое исследование, рентген, анализ мочи.

Мелкие камни, попадающие в мочеточник из лоханки, часто выходят самостоятельно либо после приема большого количества жидкости, лекарственной терапии и других мероприятий. Крупные камни выйти из почки не могут; они подлежат удалению.

**Боли при почечной колике**

Сильные боли в спине наблюдаются в тех случаях, когда камень выходит из почки и закупоривает выход из нее мочи. Возникает так называемая почечная колика - симптом резких схваткообразных болей в поясничной или подвздошной области, обусловленных судорожными сокращениями гладкой мускулатуры почечной лоханки, ее чашечек или мочеточника при внезапно возникшем препятствии к оттоку мочи. В момент колики больной не находит себе места, все время меняет положение тела, мочеиспускание учащенное, болезненное, часто возникают тошнота, рвота.

Попытаться снять боль при этом осложнении можно путем изгнания камня из мочевыводящих путей. Для этого применяют местное или общее (ванна) тепло, обезболивающие средства, а также препараты, в состав которых входят анальгетики и средства, снимающие спазм (баралгин, спазган, спазмалгон и др.). Необходимо пить большое количество жидкости.

**Боли при гидронефрозе**

Если камень из почки не вышел и отток мочи не восстановился, то может развиться тяжелое осложнение - гидронефроз, заболевание, характеризующееся прогрессирующим расширением полостей почек с последующей гибелью почечной ткани.

Гидронефроз бывает: врожденный; при закупорке опухолью, воспалительным рубцом лоханки или мочеточника; при повреждениях нервно-мышечного аппарата почечной лоханки и мочеточника. При своевременном лечении орган восстанавливается.

Обычно гидронефроз сопровождается приступами почечной колики или тупыми болями в области почек, появляется кровь в моче, а при присоединении инфекции - гной.

**Боль при опущении почки**

Боли в поясничной области, усиливающиеся в положении стоя, иногда приступообразные, когда в моче нередко появляется кровь, характерны и для другого заболевания - опущения почки. При этом могут наблюдаться желудочно-кишечные расстройства, головная боль, нарастающая утомляемость, раздражительность. В большинстве случаев это заболевание бывает правосторонним.

Предрасполагают к опущению почки снижение мышечного тонуса брюшной стенки, резкое похудание, непосильный физический труд, травмы, врожденные особенности строения тела.

Опущение почки чаще развивается у женщин, что в значительной мере связано с беременностью и родами.

Лечение проводят под наблюдением врача, методы его зависят от стадии заболевания: специальная лечебная физкультура, направленная на укрепление мышц передней брюшной стенки, ношение особого пояса - бандажа.

**Боль при инфекции**

Инфекционный процесс - это взаимодействие организма человека и микроорганизма (инфекции). Его результат находится в зависимости от сопротивляемости человека и агрессивности и количества попавших в него микроорганизмов. Их проникновение в человека несомненно вредно, так как внедряющийся организм может убивать ткани организма-хозяина, вырабатывать ядовитые вещества (токсины). Попавшие в человеческий организм микроорганизмы уничтожаются средствами иммунной системы, но при этом организм хозяина иногда вредит сам себе. Инфекция может развиваться в ограниченном месте или поражает организм в целом.

Симптомы

Симптомы зависят от того, поражает ли инфекция весь организм или проявляет себя местно, а также от того, какой возбудитель ее вызывает.

Симптомы местно развивающейся инфекции - это чаще всего симптомы воспаления. В месте, куда проникли микроорганизмы, наблюдаются боль, краснота, отек, повышение температуры и нарушение функции поврежденного инфекцией органа.

Симптомы инфекции всего организма: повышение температуры тела, ознобы, боли в мышцах и суставах, головная боль, сыпь на коже, отсутствие аппетита, слабость, разбитость, недомогание. Нередко опухают лимфатические узлы.

**Боль при растяжения связок**

Растяжения и разрывы связок, мышц и сухожилий относятся к часто встречающимся источникам боли при повреждениях опорно-двигательного аппарата. Растяжение связок - крепкой соединительнотканной полосы, связывающей одну кость с другой,- происходит, когда сустав распрямляется или сгибается слишком сильно, за пределами нормального физиологического движения.

Иногда растяжение связок сочетается со ссадиной или раной, что усугубляет тяжесть повреждения, делая его открытым для микробов.

Название "растяжение" не совсем точное. Оно объясняет механизм повреждения, а не характер полученных изменений - при частичном повреждении связок не наблюдается их линейного удлинения, а происходит частичное нарушение целости отдельных волокон. Если травма произошла с полным перерывом связки, или если связка отрывается у места прикрепления к кости - это уже не растяжение связок, а разрыв. Как правило, при повреждении связки рвутся и питающие ее кровеносные сосуды. В результате этого образуется кровоизлияние в окружающие ткани. Растяжение мышц или сухожилий, присоединяющих мышцу к кости, обычно наблюдается при их перегрузке или резком движении.

Симптомы растяжения связок

Симптомы растяжения связок и мышц сходны - как правило, это сильная боль, особенно при движении (некоторые растяжения болят сильнее, чем переломы), отек в месте повреждения, затруднение движений, болезненность при прикосновении к поврежденному месту, синюшные пятна под кожей или ее краснота.

Некоторые признаки могут отличать растяжения или разрывы связок и мышц. Так, если сустав оказался в неправильном положении и заболел сразу - это, скорее всего, растяжение связок (возможно, даже перелом). Если мышцы болят на следующий день после физической нагрузки - это, вероятнее всего, растяжение мышц.

Характерным признаком разрыва или растяжения является нарушение движений в суставе, в зоне которого повреждена связка, или движений мышцы, если повреждается она сама либо ее сухожилие.

Обычно боль и другие симптомы повреждения связки появляются сразу же после травмы, однако сначала они могут быть не очень выражены. Только через несколько часов резко усиливается болезненность, появляется отек в зоне травмы, существенно нарушается функция сустава.

Разрывы сухожилий обычно протекают несколько тяжелее. Пострадавший часто сам слышит треск рвущегося сухожилия, затем ощущает боль и нарушение функции травмированной мышцы.

Из-за сокращения поврежденной мышцы в месте разрыва можно прощупать боль и ямку - западение.

При разрыве мышцы, в отличие от разрыва сухожилия, более выражено кровоизлияние; западение мышцы располагается дальше от места ее прикрепления, оно более заметно при напряжении мышцы.

Первая помощь

Покой для поврежденной конечности. Нельзя ее сильно напрягать, так как усиливается боль, и расходятся разорванные концы. Конечности придают возвышенное положение, прикладывают холод (кулек со льдом или холодной водой) к зоне повреждения, обездвиживают поврежденный сустав с помощью импровизированной шины, чтобы предупредить нарастание отека околосуставных тканей, и направляют пострадавшего в больницу. Лед надо приложить как можно скорее, пока не начался отек. Во время транспортировки желательно создать возвышенное положение и максимальный покой для поврежденной области.

При дальнейшем лечении сустав обездвиживают с помощью тугого бинтования - это ограничивает отек и кровотечение. Для тугого бинтования рекомендуется использовать эластичный бинт. Повязку надо носить несколько дней - это уменьшит боль и отек, пострадавшему будет удобнее двигаться. Бинтуют поврежденную конечность по спирали, перекрывающимися витками, начиная немного ниже места травмы. В месте травмы бинтуют менее туго, чем на здоровых участках конечности. К поврежденному месту прикладывают пакет со льдом или холодной водой - на 15-20 минут в час (не больше) - на протяжении первых 12-24 часов с момента травмы. Не кладите лед непосредственно на тело - это грозит обморожением. Сужая кровеносные сосуды в поврежденном месте, холод уменьшает отеки, а это, в свою очередь, приглушает боль и снимает болезненные спазмы. Поврежденную конечность рекомендуется держать выше уровня сердца в первые 24-48 часов после травмы - это уменьшит приток к ней крови. При сильных болях назначают аспирин или ибупрофен, анальгетики.

Помните: в течение примерно трех суток или до тех пор, пока не пройдут боль и отек, нагрузки на поврежденную конечность нежелательны.

При обширных разрывах накладывают шины, а иногда даже гипсовые повязки. Если связки разорваны полностью, может потребоваться операция для восстановления их целостности.

**Боль при вывихе**

Вывих - стойкое смещение суставных концов костей из нормального соединения в суставе. При такой травме концы костей больше не скрепляются связками - связки могут растянуться и даже разорваться.

Наиболее часто встречаются травматические вывихи - вывихи плеча и предплечья (в локтевом суставе), бедренной кости (вывих бедра), костей голени, надколенника, пальцев, стопы, нижней челюсти.

Внимание! Нередко вывих является тяжелой травмой, которая угрожает жизни пострадавшего.

Вывих может развиться вследствие резкого изгиба или распрямления в суставе, воздействия внешней силы, приложенной к суставу или рядом с ним, внезапного сокращения мышц, падения, при котором сустав ударяется о твердую поверхность.

Симптомы вывиха

Основные признаки травматического вывиха: резкая боль, изменение формы сустава, невозможность движений в нем или их ограничение, припухлость и кровоизлияние в окружающие сустав ткани, невозможность шевелить поврежденной конечностью. Некоторые пострадавшие отмечают хлопок, слышный или ощутимый в момент травмы. Если поврежден нерв - наблюдается снижение чувствительности. Если вывихнутая кость давит на артерию, отмечаются бледность кожи, покалывание, слабый пульс, охлаждение кожи ниже места травмы.

Помните: оказывая первую помощь пострадавшему на месте происшествия, нельзя пытаться вправлять вывих, так как это часто вызывает дополнительную травму.

Лечение вывиха

Не позволяйте пострадавшему двигать поврежденной конечностью. Это усилит боль и может вызвать болевой шок. Необходимо обеспечить покой поврежденному суставу путем его обездвиживания. Чтобы предотвратить отек и уменьшить боль, приложите к поврежденному месту холод (пузырь со льдом или холодной водой), но сначала заверните его в полотенце, чтобы он не касался кожи. Если вывих сопровождается раной, на рану предварительно накладывают стерильную повязку. Нельзя применять согревающие компрессы.

Внимание! Как можно быстрее доставьте пострадавшего к врачу, иначе вправить вывих будет труднее.

К тому же чем быстрее удастся вернуть вывихнутые части в нормальное положение, тем быстрее они начнут заживать и тем меньший ущерб будет нанесен мягким тканям, нервам и кровеносным сосудам. Лучше, если вправление вывиха будет сделано до появления отеков и развития мышечного спазма.

Внимание! Не вправляйте вывих самостоятельно - вы можете серьезно повредить кровеносные сосуды и связки. Перед наложением шин не пытайтесь вернуть конечность пострадавшего в нормальное положение. Зафиксируйте ее в том положении, в каком обнаружили и доставьте пострадавшего к врачу.

После рентгенологического обследования вывих вправляют специалисты, а на поврежденный сустав накладывают гипсовую повязку до срастания разорванной капсулы сустава и связок. В дальнейшем возможно лечение на дому. Однако если после вправления вывиха больной жалуется на боль или холод в руке, ее онемение, это свидетельствует о том, что повязка слишком тугая и в поврежденном месте недостаточное кровообращение. Такие боли и давление могут ощущаться как внутри повязки или гипса, так и вне их. В этой ситуации пациент должен немедленно обратиться за медицинской помощью. Бороться с болями в поврежденной конечности помогают обезболивающие препараты.

**Боль при переломе**

При воздействии на кость чрезмерной силы (удар, падение) возникает так называемый травматический перелом; при болезнях, сопровождающихся уменьшением прочности кости (опухоль), перелом происходит при воздействии значительно меньшей силы или самопроизвольно (врачи называют его патологическим). Одновременно с повреждением кости при переломах нарушается целость окружающих мягких тканей, могут травмироваться расположенные рядом мышцы, сосуды, нервы, усиливая боль. Иногда кость ломается частично, т. е. образуется трещина - тогда перелом называется неполным. Полные переломы очень часто осложняются смещением отломков кости, очень часто это происходит в результате возникающего в ответ на боль сокращения мышц. У пожилых людей и стариков, когда снижается прочность костей и ухудшается координация движений, переломы происходят чаще. Наиболее часто случаются переломы длинных трубчатых костей - плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, берцовых.

Симптомы перелома в типичном случае распознать несложно. Сразу после удара или падения у пострадавшего появляется резкая боль, он не может двигать конечностью, нарушается ее форма или изменяется длина по сравнению со здоровой стороной. Иногда пострадавший слышит треск ломающейся кости, после чего появляется необычная подвижность.

Переломы сопровождаются обширным кровотечением в расположенные рядом ткани. Оно проявляется синими пятнами, кровоподтеками, просвечивающими сквозь кожу. При смещении отломков костей нередко повреждаются сосуды и нервы. В таких случаях наблюдаются побледнение, похолодание кисти или стопы, нарушается чувствительность кожи; если срочно не восстановить кровоснабжение, то возможна гибель тканей конечности. Иногда поломанные кости повреждают соседние органы. Так, при переломе ребра может пострадать легкое; при переломе позвоночника - спинной мозг; при переломе таза - мочевой пузырь.

Неотложная помощь

Основные задачи при оказании неотложной помощи пострадавшему с переломом - обездвиживание поврежденной кости и прилегающих к ней суставов, а также обезболивание.

Внимание! Ни в коем случае не следует пытаться сопоставить отломки кости, устранить изменение формы конечности (искривление) при закрытом переломе или вправить вышедшую наружу кость при открытом переломе.

При открытом переломе надо наложить на рану стерильную повязку. В случае сильного кровотечения необходимо принять меры к его остановке (например, с помощью кровоостанавливающего жгута). Чтобы не усиливать боль, переносить пострадавшего с переломом можно только на небольшие расстояния и лучше на носилках. Пострадавшего надо как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

Травматологи после устранения смещения отломков костей фиксируют их до сращения в правильном положении с помощью гипсовой повязки или специального аппарата. При невозможности сопоставления отломков проводят операцию.

Наложенная гипсовая повязка может оказаться тесной, если отечность тканей на месте перелома увеличилась.

Внимание! При появлении признаков сдавления поврежденной конечности (боль, бледность или синюшность пальцев) необходимо немедленно обратиться к врачу.

**Боли в мышцах**

Мышцы являются важнейшим элементом двигательной системы человеческого организма, состоящей из пассивной части (связки, суставы, фасции) и активной (мышцы, образованные преимущественно мышечной тканью). Обе эти части функционально тесно связаны между собой.

Боли при патологии мышц многообразны, но поводом для оказания первой помощи, как правило, служат воспалительные процессы в мышцах (миозит), синовиальных влагалищах сухожилий (тендовагинит), воспаление окружающей их жировой клетчатки, острое и хроническое перенапряжение мышц, а также частичные и полные разрывы мышц и сухожилий.

Первая помощь при болях в мышцах

Для того чтобы уменьшить болезненность мышц и их расслабить, рекомендуется принять теплый душ, тепло одеться, исключить повторные перегрузки. При ограниченном миозите (например, в мышцах предплечья) можно сделать ванночку с температурой воды до 37-39°С или массаж с помощью кусочка льда. Для этого из холодильника берут кубик льда (примерно 2 см), оборачивают его тканью так, чтобы лед не слишком быстро таял, оставляют одну из граней кубика свободной. Лед прикладывают к наиболее болезненному месту и держат до ощущения небольшого онемения или ломоты. После этого лед плавно перемещают на соседние участки. Общее время холодного массажа составляет около 15 минут; по мере таяния лед можно заменить.

После окончания процедуры болезненную мышцу аккуратно растягивают, выполняя пассивное движение в направлении, обратном тому, которое производит мышца активно. Делать это следует очень осторожно и медленно, постепенно увеличивая объем движений. При этом боль иногда незначительно усиливается, но затем существенно уменьшается или исчезает совсем.

Можно дополнительно растереть болезненную область разогревающей растиркой (никофлекс, финалгон), наложить компресс или очень нежно втереть мазь с обезболивающими или противовоспалительными ингредиентами (бутадиеновая мазь, индометоциновая мазь). Можно принять 1-2 таблетки аспирина, парацетамола или их аналогов. В дальнейшем следует обратиться к врачу.

**Боль при тендовагините**

Большую группу воспалительных заболеваний, также сопровождающихся болью и нарушением работы мышц, составляют тендовагиниты - воспаления синовиальных влагалищ сухожилий мышц.

Синовиальное влагалище представляет собой два листка соединительной ткани, образующих замкнутую полость, между листками которой содержится немного жидкости, облегчающей скольжение сухожилия.

В большинстве случаев тендовагинит возникает в области кисти и лучезапястного сустава, реже - в области коленного и локтевого суставов.

Начало болезни связано с проникновением микробов в сухожильные влагалища при ранениях, гнойных заболеваниях тканей (например, фурункуле). Иногда тендовагинит может возникнуть от чрезмерной нагрузки на сухожилия (например, после бега в неудобной обуви, особенно по жесткому грунту).

Лечение

Необходимо обратиться к специалисту. На период транспортировки в больницу воспаленную конечность надо обездвижить, не сдавливая воспаленные сухожилия и не нарушая крово- и лимфообращение. В большинстве случаев при гнойном тендовагините может потребоваться операция и антибактериальное лечение.

При тендовагинитах, связанных с перегрузкой, обычно рекомендуют покой, теплые ванночки, полуспиртовые компрессы, компрессы с противовоспалительными мазями. Назначают противовоспалительные и обезболивающие препараты.

**Миофасциальная боль**

Миофасциальный синдром - распространенное заболевание, характеризующееся постоянными мышечными болями, мышечным спазмом, уплотнениями и слабостью мышц, а иногда и нарушением их функции.

Симптомы миофасциального синдрома

На кожной поверхности в проекции одной или нескольких мышц и их фасций появляются отграниченные участки выраженной болезненности (триггерные точки). При пальпации пораженной мышцы над триггерными точками можно обнаружить плотные тяжи. Признаки нарушения вегетативной функции: спазм мелких сосудов (бледность кожи) и "гусиная кожа" над пораженными мышцами.

В происхождении миофасциального синдрома основную роль играют тяжелая травма и повторяющиеся (привычные) микротравмы. Триггерные точки возникают после острого повреждения, их стимуляция вызывает боль, а устойчивый мышечный спазм эту боль поддерживает. Когда острый период разрешается, триггерные точки становятся скрытыми - при пальпации болезненны, но их раздражение и стимуляция не запускают боль, хотя точки могут становиться активными при стрессе в последующем.

Диагноз миофасциального синдрома

Диагноз миофасциального синдрома можно поставить на основании характера болей и пальпации триггерных точек. Чаще всего триггерные точки локализуются в мышце, поднимающей лопатку, в жевательных мышцах, квадратной мышце поясницы и средней ягодичной мышце. В двух последних случаях возникают боли в пояснице. Хотя миофасциальные боли могут исчезнуть сами и без последствий, тем не менее у многих больных такие скрытые точки сохраняются.

**Боль в суставах при артрите**

Артрит может быть самостоятельным заболеванием или проявлением какой-либо другой болезни. Основные признаки: боли, усиливающиеся при движении, покраснение, припухание, деформация, нарушение функции суставов, повышение температуры - местное (кожных покровов над суставом) и общее. Признаки артрита при разных его формах встречаются в различных сочетаниях.

Существуют различные виды артритов. По происхождению они делятся на травматические, инфекционные, дистрофические и другие. Сюда же относятся артриты, связанные с недостатком витаминов (например, витамина С), артриты, развивающиеся при физическом перенапряжении, охлаждении, нарушении гигиенических условий труда и быта (например, артрит у горняков, рабочих транспорта, горячих цехов и др.). К травматическим принадлежат артриты после открытых и закрытых повреждений суставов, а также при часто повторяющейся легкой травматизации (например, вибрационный артрит).

Боль при деформирующем остеоартрите

Как правило, деформирующий остеоартрит появляется в старческом возрасте и нередко вызывает узловатое утолщение концевых фаланг пальцев рук. Заболевание чаще всего проявляется лишь небольшими болями и хрустом при движении и обычно не прогрессирует.

Боль при подагре

Подагра протекает в виде острых повторяющихся приступов или хронически. Приступ подагрического артрита характеризуется внезапными болями (чаще в области большого пальца стопы), которые быстро нарастают, сопровождаются припухлостью и покраснением. Приступ может быть спровоцирован травмой, переохлаждением, приемом алкоголя или пищи, богатой пуриновыми основаниями; длится от нескольких часов до нескольких дней.

После приступа подагры все болезненные явления исчезают, функция сустава восстанавливается. С каждой новой атакой продолжительность и интенсивность приступа нарастают.

В большинстве случаев подагра со временем переходит в хроническую форму.

Боль при ревматоидном артрите

Ревматоидный артрит, как правило, возникает в среднем возрасте и может протекать с обострениями. Суставы постепенно деформируются, может наступить атрофия мышц.

Ревматоидный артрит - это хроническое воспалительное заболевание суставов на фоне поражения иммунной системы. Чаще всего страдают мелкие суставы пальцев и запястья, но могут поражаться крупные суставы (например, голеностопный).

Боль при спондилоартрите

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) поражает позвоночник и межпозвоночные сочленения в поясничной области. При этой патологии спина болит долгое время, особенно по утрам, теряется гибкость позвоночника (больные не могут достать пальцами до пола).

Боль при полиартрите

Полиартрит - одновременное или последовательное воспаление нескольких суставов. Может выступать как самостоятельное заболевание (например, инфекционно-неспецифический), а также быть результатом ревматизма, сепсиса, подагры и многих других заболеваний.

Полиартрит проявляется болями в суставах, местной припухлостью, покраснением кожи; возможны тугоподвижность, деформации суставов.

**Боль при травме кисти**

Кисть человека, манипулирующая различными предметами, ежедневно подвергается риску травмы от множества потенциально опасных действий. Особую опасность для кисти представляют занятия спортом - например, возможны такие травмы, как "большой палец лыжника", когда надрывается связка, соединяющая большой палец и одну из костей ладони.

Ушибы кисти

Для них характерны припухлость, боль, особенно интенсивная при ушибах кончиков пальцев, с образованием подногтевого кровоизлияния. При сильных ушибах для исключения переломов необходима рентгенография костей кисти. Первая помощь включает покой, холод (в первые сутки). При подногте-вом кровоизлиянии для уменьшения боли целесообразно ее активное опорожнение (в ногте проделывают отверстие и через него выпускают скопившуюся под давлением кровь; лучше в этом случае обратиться к врачу).

Сдавление кисти тяжелыми предметами

Сдавление кисти тяжелыми предметами сопровождается повреждением всех ее мягких тканей с образованием многочисленных кровоизлияний.

Лечение при таких повреждениях проводят в больнице. На время транспортировки пострадавшую руку обездвиживают, придают ей возвышенное положение и прикладывают холод. При повреждениях суставов пальцев может скапливаться кровь в их полости. Сустав после травмы резко болезненный, распухает, синеет. Для исключения внутрисуставного перелома необходима рентгенография. Первая помощь включает обездвиживание кисти, холод и транспортировку в больницу или травматологический пункт. При скоплении большого количества крови в суставе возможно ее удаление с помощью прокола.

Растяжения связок пальцев

Растяжения связок пальцев включают: перенапряжение, надрывы и отрывы связок. Помимо боли, припухлости, кровоизлияния и нарушения функции поврежденного пальца возможно появление ненормальной подвижности в суставе (например, боковые движения или переразгибание). С целью обезболивания и оказания первой помощи поврежденный палец обездвиживают (можно с помощью липкого пластыря или шины), кисти придают возвышенное положение, прикладывают холод и доставляют пострадавшего в больницу.

Лечение у травматолога чаще бывает консервативным, но иногда для восстановления функции пальца необходима операция.

Повреждения сухожилий мышц кисти. Наблюдаются, как правило, при резаных ранах кисти и пальцев. В редких случаях может произойти подкожный разрыв сухожилия от сильного удара концом пальца о твердый предмет. При подозрении на подобное повреждение пострадавшего необходимо доставить в специализированное травматологическое отделение. Предварительно руку обездвиживают с помощью шины, придав пальцам полусогнутое положение (например, вложить в руку теннисный мяч, кусок поролона). Дальнейшее лечение таких повреждений только хирургическое.

Переломы костей кисти

Переломы костей кисти встречаются довольно часто. Возникают при падении с упором на кисть или ударе по ней. Сопровождаются отеком, болью, усиливающейся при ощупывании и нагрузке, ограничением подвижности в суставах, деформацией и укорочением кисти или пальцев. Для уточнения диагноза во всех случаях переломов костей кисти необходима рентгенография.

Пострадавшему с подозрением на перелом костей запястья накладывают шину для обездвиживания лучезапястного сустава и пальцев, после чего его направляют в больницу. Пальцы укладывают на ватно-марлевый валик. Во время транспортировки желательно приложить к поврежденной руке холод и придать ей возвышенное положение - это предотвратит значительное нарастание отека тканей.

**Боль при травме локтя**

Локоть - это шарнирный сустав, где встречаются три кости руки - плечевая, лучевая и локтевая. Их соединяют эластичные полосы соединительной ткани - связки. Сухожилия, также состоящие из соединительной ткани, прикрепляют мышцы к костям. Повреждения локтевого сустава встречаются достаточно часто. Локоть подвержен нескольким видам травм.

Перегрузочные травмы

Перегрузочные травмы происходят при повторяющихся движениях во время занятий спортом или при повседневной работе. Так, повторяющиеся движения могут вызвать "локоть теннисиста". В этом случае происходит воспаление или разрыв сухожилий, соединяющих мышцы внешней стороны предплечья с костным выступом внешней части локтя.

Необязательно играть в теннис, чтобы получить перегрузочные травмы; они могут возникнуть при гребле, игре в бадминтон, подъеме тяжестей, во время строительных работ или при любых формах ручного труда с повторяющимися движениями (покраска стен, работа в саду, мытье полов или передвижение мебели).

Если человек не может без боли согнуть или разогнуть руку в локте, а также вытянуть ее вперед, необходимо прекратить действия, вызывающие боль. К локтю следует приложить лед, чтобы прекратить внутреннее кровотечение и уменьшить боль и отек.

Для уменьшения боли и отека назначают аспирин, ибупрофен или другое легкое обезболивающее. При очень сильной боли производят инъекцию небольших доз кортизона или другого стероидного препарата, чтобы уменьшить воспаление.

Эффективно прикладывание к больному месту льда в первые 2-4 дня, затем переходят к согревающим компрессам.

Рекомендуются отдых для руки в течение 4-8 недель, воздержание (по крайней мере, до тех пор, пока не пройдет боль) от действий, причинивших травму, специальные упражнения для кисти, запястья, предплечья.

При ушибах может наблюдаться кровоизлияние в мягкие ткани, расположенные около сустава, отек, резкие боли, отдающие в пальцы кисти.

Первая помощь при ушибе

Создать условия для обеспечения покоя суставу (руку укладывают на косынку), в некоторых случаях, если есть подозрение на более тяжелое повреждение, лучше наложить шину и направить пострадавшего в больницу для обследования.

Вывихи в локтевом суставе обычно происходят при падении на вытянутую руку. После травмы отмечается деформация в области сустава. Предплечье согнуто под тупым углом. Выше локтевого отростка видно западение кожи, движения невозможны. Отмечаются посинение, отек, онемение в области кисти и предплечья.

Первая помощь при вывихах

Обездвиживание поврежденной руки в том положении, в котором она находится.

Внимание! Не следует предпринимать попыток "исправить" положение руки или вправить вывих, так как это может привести к еще более тяжелой травме сустава.

Для предупреждения развития значительного отека тканей желательно придать руке возвышенное положение, приложить пузырь или грелку со льдом.

У детей в возрасте 3-4 лет при потягивании, поднимании за руку может возникнуть подвывих головки лучевой кости, который проявляется внезапной болью в руке, ограничением движений в локтевом суставе. Первая помощь: зафиксировать поврежденную руку косынкой, после чего ребенка доставляют в травматологический пункт или в больницу.

**Боль при травмах плечевого сустава**

В плечевом суставе - самом подвижном суставе тела - соединяются три кости: лопатка, ключица, плечевая кость. Он окружен суставной сумкой, которая укреплена связкой и окружающими мышцами. Мышцы и связка прочно удерживают головку плечевой кости в суставной впадине. Вокруг сустава расположены несколько сумок, которые обычно сообщаются с полостью сустава.

Плечо подвержено травмам, поскольку очень подвижно, отчего и неустойчиво. Обычно происходят четыре наиболее частых вида травм: ушибы и растяжения связок, вывих плеча, разрыв связок, "плечо пловца". Чаще встречаются ушибы и растяжения (надрывы капсулы) плечевого сустава, которые сопровождаются болью, отеком и ограничением амплитуды движений. Нередко наблюдаются кровоизлияния в ткани, окружающие сустав.

Во всех случаях повреждений мягких тканей первая помощь включает в себя создание покоя (мягкая повязка типа косынки, холод (первые дни). Если функция сустава остается нарушенной через несколько дней, то, вероятно, повреждены окружающие сустав мышцы. Для уточнения диагноза необходимо обратиться в травматологическое отделение, так как без дополнительного исследования (ультразвукового, рентгенологического и др.) трудно установить правильный диагноз.

**Боль в стопе**

Боли в области стопы чаще всего возникают в связи с врастанием ногтя в мягкие ткани, бурситом большого пальца, плоскостопием, мозолями и подошвенными бородавками. Подавляющей причиной этих заболеваний является ношение неправильно подобранной обуви.

**Боль при вросшем ногте**

Мучительную боль в стопе (точнее - в большом пальце стопы) вызывает врастание наружного бокового края ногтевой пластинки в ткани пальца. Такое состояние возникает при длительном давлении тесной обуви на боковую поверхность пальца, а также у больных плоскостопием. Предрасполагающими факторами являются размягчение кожи вследствие повышенной потливости ног, недостаточный гигиенический уход за ними, слишком короткое подстригание ногтей со срезанием их углов.

Симптомы вросшего ногтя

Сначала появляются упорные боли в ногтевом валике, чаще - по наружной его стороне. Палец в этом месте становится отечным, красным, мягкие ткани нарастают на край ногтевой пластинки. Боли усиливаются при ходьбе. Со временем в области врастания ногтя в мягкие ткани ногтевого валика появляются изъязвления, разрастается легко кровоточащая, с гнойным отделяемым грануляционная ткань. При надавливании на ногтевой валик или наружный край ногтя выделяется небольшое количество гноя.

Лечение вросшего ногтя

На ранних стадиях заболевания (при незначительном врастании ногтевой пластинки) можно попытаться устранить боль путем срезания врастающего края ногтя. Лучше это делать после тщательного мытья ног в теплой воде с мылом и последующим распариванием пальца в теплой содовой ванночке (2 столовые ложки пищевой соды на 3 л воды). Процедуру надо проводить очень осторожно, чтобы не повредить мягкие ткани пальца достаточно острыми и обработанными антисептиком ножницами. Однако если не отказаться от обуви с узким носком и на высоком каблуке, ноготь будет врастать снова и снова.

Более радикальный способ лечения: отращивание ногтя такой формы, когда его наружный уголок выходит за пределы мягких тканей пальца. Чтобы уменьшить давление бокового края ногтя на ногтевой валик, можно попытаться подвести под край ногтя марлевую полоску или оттянуть его полоской липкого пластыря. Рекомендуется носить обувь с открытыми носками. Пораженные участки старайтесь содержать, в чистоте и без необходимости не размачивать.

Если боль и воспаление вокруг ногтя самостоятельно устранить не удается, необходимо обратиться к врачу. Хирург вылечит воспаление и при необходимости исправит форму ногтя путем операции.

Профилактика врастания ногтя состоит прежде всего в правильном подборе обуви; нельзя слишком коротко подстригать ногти и срезать их углы. Срезайте ногти строго поперек, не оставляя неровных выступов в углах.

Другие меры профилактики состоят в соблюдении правил личной гигиены.

Народный способ лечения: наружную поверхность ногтя посредине осторожно скоблят ножом или подтачивают мелким напильником; при этом средняя часть ногтевой пластинки становится тонкой и как бы вдавливается, а края ее выступают из вросшего места.

Другой способ: кончиком простерилизованного ножа постепенно приподнимают угол ногтя в том месте, где он углубляется в кожу, и подкладывают под него полоску бинта. Когда угол ногтя поднимается вверх, необходимо обвязать палец. Наросшая в этом месте легко кровоточащая ткань (грануляции) осядет, изъязвление и боль исчезают.

**Боль при варикозном расширении**

Варикозное изменение вен характеризуется их мешковидным расширением, увеличением длины, образованием извилин и узлообразных клубков, распирающими болями и отеками. Заболевание чаще всего поражает вены нижних конечностей - голени и бедра. Женщины болеют примерно в три раза чаще, чем мужчины.

Один из ранних симптомов варикозного расширения - ощущение тяжести в нижних конечностях, особенно после длительного пребывания в положении стоя. Кажется, что мышцы ноги очень устали; лодыжки опухают и в конце дня чешутся. Сами же вены становятся болезненными и воспаленными. Ночью больной может испытывать тупую или пронзительную боль и судороги в ногах. Если не лечиться, то варикозное расширение вен имеет тенденцию к ухудшению. Со временем вены становятся жесткими и плотными, а иногда достигают по толщине размера пальца. Частыми осложнениями становятся язвы на ногах и кровотечения.

В развитии варикозного расширения вен ведущее значение имеют врожденная слабость стенок вен, недостаточность их клапанов. Расширению вен способствует затруднение оттока крови от ног вследствие избыточного веса, тромбоза, запоров, сдавления вен малого таза беременной маткой. Варикозное расширение вен часто возникает при плоскостопии, у людей, занимающихся тяжелым физическим трудом, или у тех, чья профессиональная деятельность связана с длительным пребыванием на ногах.

Симптомы

Заболевание развивается постепенно. Больные жалуются на тяжесть и боли в пораженной ноге, быструю утомляемость, отечность. Иногда на пораженном участке развивается варикозная язва.

Лечение

Рекомендуется носить эластичные бинты (повязки) или чулки для поддержания венозных стенок и предотвращения растяжения вен. Женщины с незначительным варикозным расширением вен могут носить эластичные колготки. Нельзя носить тесные пояса, подвязки или другие стягивающие элементы одежды. Необходимо избегать продолжительного сидения; нельзя подолгу стоять. Рекомендуются упражнения для мышц ног (подниматься вверх на пальцах каждые 15 мин).

Если у пациента избыточный вес, непременно надо похудеть (чем больше вес - тем больше нагрузка на вены). Рекомендуется ходить пешком 1-2 км в день, надев эластичный бинт или поддерживающие, плотно обтягивающие ногу штаны. Лучше подниматься по лестнице пешком, нежели пользоваться лифтом или эскалатором.

Очень полезно для ног плавание, даже простое хождение в воде

Комплекс регулярных упражнений может значительно уменьшить усталость и вздутие вен. Каждый день в течение часа рекомендуется поднимать ноги выше уровня сердца; для этого используют стул с наклонной спинкой или ложатся на кровать, подложив под ноги подушки.

Хирургический способ лечения применяется как крайнее средство. Варикозное расширение вен иногда лечат методом склеротерапии - серия инъекций укрепляющего материала, который блокирует часть вздувшейся вены. Склеротерапия, как правило, применяется для лечения маленьких вен.

**Боль при тромбофлебите**

Боль в мягких тканях голени может быть симптомом различных заболеваний, но чаще всего она является проявлением тромбофлебита.

Лечение зависит от степени выраженности заболевания. При нерезко выраженном варикозе применяют бинтование ног эластичным бинтом или ношение резиновых чулок, общеукрепляющие мероприятия (лечебная физкультура, витаминотерапия, воздушные и морские ванны). Женщинам, начиная со 2-3 месяца беременности, при первых признаках варикозного расширения вен следует проводить эластичное бинтование нижних конечностей. Это необходимо делать и в первые месяцы после родов. При резко выраженном варикозном расширении вен показано хирургическое лечение.

Поскольку скорость кровотока в измененных венах голени замедляется, это нередко приводит к образованию в них тромбов. При этом осложнении вена воспаляется и в ней образуется сгусток крови. Развивается тромбофлебит. Сгусток блокирует вену, может оторваться и остановиться где-либо в другом месте кровеносной системы. Сгустки в глубоких венах голени чаще образуются у людей старше 40 лет, а также у лежачих больных; они более опасны, так как формируются в более крупных сосудах. Факторы, пред-. располагающие к образованию таких сгустков: долгий постельный режим, травма, хирургические вмешательства, роды, противозачаточные таблетки, инфекция, неудачное внутривенное вливание лекарства и др.

Симптомы тромбофлебита обычно зависят от того, где находится сгусток - в поверхностной или глубокой вене. При сгустке в поверхностной вене голень обычно становится болезненной, а вена - твердой, горячей на ощупь, очень болезненной при пальпации, красной и отечной. Сгусток в глубокой вене голени может не давать симптомов, но чаще вызывает сильную боль, повышение температуры тела, озноб, отек и синюшность. Боль усиливается при ходьбе.

При внезапно возникших болях в голени прежде всего необходимо уложить больного и доставить его к хирургу; если источником боли в икре является тромб, то при ходьбе он может оторваться и попасть в другие вены. Боль в голени, сопровождающаяся одышкой, может свидетельствовать о том, что кровяной сгусток попал в вены легкого. Это состояние особенно опасно для жизни, необходима срочная медицинская помощь.

Лечение острого тромбофлебита

Обычно больному назначают постельный режим с приподнятым положением ноги, теплые компрессы. Прописывают лекарства, снимающие боль, воспаление, снижающие повышенную свертываемость крови.

После улучшения, для профилактики рецидива, при возможности рекомендуется держать ноги в приподнятом положении.В положении лежа надо поднимать ноги выше уровня сердца, это будет способствовать лучшему оттоку жидкости. Если пациент сидит, он должен ставить ноги на подставку или скамейку. В пищевой рацион необходимо ввести овощи и фрукты, рыбу; сократить потребление животных жиров, поваренной соли. Рекомендуются регулярные занятия спортом, лучше - плаванием. Необходимо отказаться от ношения одежды и предметов туалета, которые могут помешать оттоку крови из вен ног (подвязки, резинки, пояса и чулки до колена). Рекомендуется постоянно носить эластичные поддерживающие чулки, надевая их утром, не вставая с постели, пока ноги еще не отекли. По предписанию и под контролем врача надо принимать средства, разжижающие кровь.

**Боль в тазобедренном суставе**

Боли в области тазобедренного сустава нередко возникают при так называемом анкилозирующем спондилоартрите. Малоподвижность и боль - наиболее частые признаки такого поражения сустава. Нога обычно занимает вынужденное положение, при ходьбе таз наклонен вперед, спина немного изгибается (это усиливает ее напряжение). Боль часто отдает в область колена.

Лечение

Чтобы уменьшить боль, для начала ограничьте движения, которые ее усиливают. Не спешите назначать обезболивающие препараты. В таком состоянии лучше всего помогают покой и тепло. В этот период рекомендуется шире пользоваться тростью или костылями. Трость лучше держать в руке, противоположной ноге, потому что это эффективно расслабляет мышцы больного тазобедренного сустава. При ходьбе трость и ногу со стороны пораженного сустава надо передвигать одновременно.

По мере того как боль начинает уходить, постепенно расширяют движения. Вначале делают легкие упражнения, чтобы предупредить развитие тугоподвижности в суставе. Повторяют их 2-3 раза в день без особых усилий.

\* Пациент встает около стола так, чтобы к нему была ближе здоровая нога, и опирается о его край; затем покачивает больной ногой из стороны в сторону и вперед-назад.

\* Лечь на спину на кровать, свесить ногу и опускать ее к полу, стараясь не сгибать колено. Это упражнение можно делать, сидя на краю кровати, а затем - постепенно опускаясь на спину и в то же время выпрямляя ногу.

\* Расставив ноги пошире, наклоняют туловище вправо и влево, держа ноги вместе, пытаясь максимально развести стопы.

\* Лежа на спине, поочередно поднимают прямые ноги под углом примерно 45 градусов.

После улучшения состояния рекомендуются плавание, езда на велосипеде или прогулки - это укрепляет мышцы и поддерживает хороший мышечный тонус. При ходьбе постепенно удлиняют шаг до нормального, а также увеличивают расстояние, но не более чем на 10% каждый день.

Во время лечения полезно спать на жесткой поверхности, лучше всего - на спине. Нельзя подкладывать подушки под колени или под поясницу. Если при домашнем лечении боль сохраняется более двух недель, нужна консультация врача. Специалист обследует пациента, проведет рентгенологическое обследование, может прописать противовоспалительные препараты. В тяжелых случаях необходима операция. Полная замена тазобедренного сустава - очень сложная операция, но она обеспечивает безболезненную подвижность хотя бы на 10 -15 лет.

**Боль в голеностопном суставе**

Наиболее часто наблюдаются ушибы, сдавления и растяжениях связок голеностопного сустава.

При ушибе или сдавлении в области голеностопного сустава возникает боль, нарастает отек, нарушается функция сустава, однако способность опираться на ногу обычно не ограничивается.

Помощь травматолога требуется не во всех случаях, поэтому вне больницы можно применить следующие приемы: холод на сустав, покой, возвышенное положение конечности, тугое бинтование. В некоторых случаях используют эластичный бинт или специальный эластичный чулок. В спортивной практике нередко применяют тейпирование, лучше - с помощью специального пластыря на трикотажной основе. Иногда при обширных ушибах, сопровождающихся большим отеком околосуставных тканей, накладывают пневматические компрессирующие шины для обездвиживания сустава и сдавления отечных тканей. Такие шины могут быть снабжены вмонтированными в них пакетами с охлаждающим гелем.

Повреждения связок голеностопного сустава

При полном и частичном повреждении связок, укрепляющих голеностопный сустав, в зоне повреждения обычно, кроме боли и отека, появляется кровоподтек. Если он небольшой, то речь идет о частичном повреждении, и тогда для иммобилизации достаточно наложения тугой бинтовой повязки. При более обширных кровоизлияниях в околосуставные ткани, вероятнее всего, произошел полный разрыв связки, что является показанием для более полного обездвиживания сустава.

Вывихи голеностопного сустава

Вывихи в голеностопном суставе возникают при выполнении движений, превышающих нормальную амплитуду, если механическая прочность связок сустава оказывается недостаточной. При полных вывихах стопы обычно повреждаются мягкие ткани в области голеностопного сустава, проходящие здесь сосуды и нервы. Открытые вывихи стопы встречаются редко, но являются очень тяжелой травмой.

Лечение должен осуществлять врач-травматолог. При оказании первой помощи поврежденную область ноги необходимо обездвижить. При открытом вывихе на рану предварительно накладывают стерильную повязку. Не следует пытаться без обезболивания устранить нарушение конфигурации и восстановить нормальное положение стопы и резкое ограничение подвижности. После иммобилизации пострадавшего необходимо срочно доставить к травматологу. Во время транспортировки больной не должен опираться на поврежденную ногу, так как это может привести к еще большему смещению стопы и вызвать усиление боли.

**Боль при травме голени**

Повреждения голени наблюдаются сравнительно часто. Среди травм мягких тканей голени наибольшее место занимают закрытые повреждения: ушибы, полный или частичный разрыв мышц (результат резкого прыжка или удара по напряженной мышце).

Возможны следующие травмы голени: небольшой надрыв мышц; стрессовый перелом одной из берцовых костей; надрыв или воспаление оболочки, покрывающей поверхность кости; синдром внутреннего сдавливания - состояние, при котором мышцы от тренировок становятся слишком большими для того пространства, которое они могут занимать. Это может ограничить кровообращение в мышцах. К таким травмам могут привести и следующие условия: перегрузка (например, бег без отдыха); бег по непривычной поверхности; изменение режима бега; занятия спортом после периода бездействия; увеличение веса.

Лечение большинства закрытых повреждений мягких тканей голени консервативное, поэтому необходимость в обязательном обращении к врачу определяется объемом травмы. При незначительной травме необходимо прекратить занятия, вызывающие боль, и как можно скорее приложить к месту травмы пакет со льдом - это поможет уменьшить боль и отек. Следует обеспечить покой, возвышенное положение ноги. В первые дни прикладывать холодные компрессы к месту травмы с целью сдерживания отека.

Если боль сильная, мешает ходить и передвигаться по лестнице, нужна консультация хирурга или травматолога.

Обычно назначают аспирин, ибупрофен или парацетамол (тайленол) для снятия боли, воспаления и отеков; прикладывают к поврежденному месту лед - в течение 2-4 дней до спадения отека.

В дальнейшем при травмах бедра или голени рекомендуется лечение теплом (оно усиливает кровообращение, расширяя мелкие кровеносные сосуды в месте травмы).

При обширных повреждениях мягких тканей голени применяют иммобилизацию до двух недель, затем назначают восстановительную лечебную гимнастику и массаж.

Иногда необходимо хирургическое вмешательство. Так, при травмах ахиллова сухожилия может потребоваться удаление рубцовой ткани и части сухожилия. При сильном синдроме сдавливания необходимо удалить фиброзную ткань, покрывающую мышцы.

**Боль при травме колена**

Коленный сустав образован бедренной и большеберцовой костями. На передней поверхности сустава расположен надколенник (коленная чашечка). К нему прикрепляется сухожилие четырехглавой мышцы бедра, продолжением этой связки является связка надколенника. Суставные поверхности бедренной, большеберцовой кости и надколенника покрыты хрящом. Между сочленяющимися поверхностями бедренной и большеберцовой костей расположены два хряща серповидной формы - внутренний и наружный мениски. Весь коленный сустав заключен в суставную сумку, которая имеет несколько выпячиваний - завороты, синовиальные сумки и складки, содержащие жировую ткань. Коленный сустав укреплен связочным аппаратом, который состоит из боковых и крестообразных связок.

Причиной боли в коленном суставе, как правило, являются различные травмы. Чаще всего такие повреждения случаются при занятиях спортом, когда колено совершает повторяющиеся движения, испытывает резкие нагрузки или значительное давление. При этой локализации травмы обычно повреждаются, смещаются или рвутся хрящи и связки коленного сустава.

При большинстве травм сустава в его полость изливается кровь, которая скапливается в заворотах или синовиальных сумках. В результате этого изменяется форма сустава - сглаживается в различной степени его рельеф (сустав распухает), увеличивается его объем, появляется боль, усиливающаяся при движениях и напряжении мышц. При тяжелых внутрисуставных повреждениях кровоизлияние (гемартроз) выявляется вскоре после травмы, быстро нарастает, сустав как бы раздувается изнутри. При более легких травмах (например, ушиб) гемартроз может появляться через несколько часов или даже на следующий день.

**Боль при вывихе коленного сустава**

В коленном суставе может возникнуть вывих коленной чашечки и вывих голени. В первом случае надколенник смещается (чаще кнаружи) в положении полусогнутой в колене ноги при повороте бедра внутрь.

Как правило, вправление коленной чашечки производит без особого труда сам пострадавший, перемещая ее руками на место. В дальнейшем первая помощь включает обездвиживание сустава на время транспортировки с помощью стандартной лестничной шины или подручных средств. В больнице из полости сустава удаляют излившуюся кровь и накладывают гипсовую повязку.

**Вывих голени**

Вывих голени относится к очень тяжелым травмам. Характерным признаком является изменение формы коленного сустава после травмы и невозможность движений в нем. Вывих нужно срочно устранять, но делает это травматолог. Для транспортировки пострадавшего конечность обездвиживают стандартной медицинской шиной или с помощью подручных средств.

**Боль при травмах тазобедренного сустава**

Тазобедренный сустав образован вертлужной впадиной и головкой бедренной кости. Обе суставные поверхности покрыты хрящом. Вертлужная впадина является частью таза. Суставная сумка идет по краю суставной впадины, переходит на бедренную кость и прикрепляется к ней. Суставная сумка весьма прочная, в нее вплетаются укрепляющие связки.

Ушибы в области тазобедренного сустава

Отмечается боль, обычно слабо выражены припухлость и кровоизлияние, движения в суставе не ограничены. В этом случае достаточно приложить холод и до стихания боли разгрузить сустав.

Внутрисуставные переломы и вывихи тазобедренного сустава

Внутрисуставные переломы и вывихи тазобедренного сустава относятся к тяжелым повреждениям. В отличие от ушиба, при переломах костей, образующих тазобедренный сустав, нога находится в вынужденном положении (например, развернута кнаружи), пострадавший не может поднять поврежденную конечность, при попытке движений боль усиливается. При некоторых переломах шейки бедренной кости припухлость в области тазобедренного сустава выражена незначительно, иногда пострадавшие могут даже самостоятельно передвигаться. При переломах вертлужной области припухлость и кровоизлияние более обширны и распространяются на верхнюю треть бедра.

В связи с тем, что окончательно установить диагноз можно только после специального обследования, а внешние проявления обширного ушиба в области тазобедренного сустава и переломов очень схожи, объем первой помощи должен быть таким же, как при переломе. Очень важно хорошо обездвижить тазобедренный сустав перед транспортировкой пострадавшего в больницу, приложить к нему холод, дать пациенту обезболивающее.

**Боль при фурункуле**

Фурункул - это острое гнойное воспаление волосяного мешочка и окружающей его соединительной ткани, при котором часть ткани омертвевает. Заболевание вызывают гноеродные бактерии, главным образом золотистый стафилококк. Возникновению фурункула способствуют загрязнение и микротравмы кожи, повышенное пото- и салоотделение, нарушения обмена веществ и другие факторы.

Симптомы фурункула

Фурункул характеризуется появлением на коже волосистой части тела болезненного воспалительного уплотнения красного цвета с изъязвлением в центре (так называемый стержень). Кожа в этом месте горячая, ближайшие лимфатические узлы увеличены. Больной отмечает общую слабость, недомогание, головную боль.

Наиболее часто фурункулы возникают на шее, затылке, лице и спине и могут быть множественными. При расположении фурункула на лице возможны тяжелые осложнения (гнойный менингит, сепсис).

Лечение фурункула

Обеспечение покоя, тепловые процедуры (теплый компресс, лампа Минина, УВЧ), обработка кожи вокруг фурункула антисептиком; в некоторых случаях назначают антибактериальные препараты.

Внимание! Ни в коем случае нельзя выдавливать гнойно-некротический стержень фурункула. Это может привести к развитию тяжелых гнойных осложнений, а при расположении фурункула на лице - к воспалению оболочек головного мозга (менингиту).

**Боль при карбункуле**

Карбункул - острое гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки вокруг группы волосяных мешочков и сальных желез, сопровождающееся омертвением тканей и имеющее тенденцию к быстрому распространению; это как бы множество слившихся фурункулов. Чаще всего карбункул возникает вследствие попадания гноеродных микробов (при загрязнении кожи) в местах трения ее одеждой. Возникновению и развитию карбункула способствуют истощение, сахарный диабет, нарушения функций желудочно-кишечного тракта, печени и почек.

Симптомы карбункула

Карбункул располагается обычно на задней части шеи, на лице, пояснице, спине. Кожа в месте поражения резко болезненная, воспаленная, багрово-синяя; процесс протекает с нагноением. При отторжении омертвевших участков в коже образуется множество воронкообразных отверстий, затем появляется рана с грязно-серым дном и подрытыми краями. Карбункул сопровождается общей интоксикацией организма, высокой температурой, в тяжелых случаях - рвотой и даже потерей сознания.

Лечение карбункула

Лечить карбункул должен хирург. В большинстве случаев больному назначают покой, обкалывание карбункула новокаином с антибиотиками, рентгенотерапию, УВЧ, переливание крови, высококалорийную диету. В стадии, когда ткани некроти-зировались,- их удаление осуществляется хирургическим путем под наркозом или местным обезболиванием.

**Боль при гидрадените**

Гидраденит - это гнойное воспаление потовых желез. Заболевание вызывают стафилококки. Развивается обычно в подмышечных впадинах, реже - вокруг грудных сосков, половых органов (у женщин), на коже мошонки, заднего прохода.

Симптомы гидраденита

Гидраденит начинается с воспаления потовой железы, к которому присоединяется воспаление окружающей подкожно-жировой клетчатки. К заболеванию предрасполагают ослабление организма, потливость, опрелость, нечистоплотность. В глубине кожи появляются один или несколько плотных болезненных узелков, кожа над ними краснеет. Затем узелки размягчаются и вскрываются с образованием гнойных свищевых ходов. Гной попадает в соседние железы и заражает их. Течение гидраденита длительное, часто с рецидивами. Женщины болеют чаще.

Лечение гидраденита

Необходима консультация хирурга. Назначают антибактериальную терапию, тепловые процедуры (в частности, УВЧ), специфическую вакцинацию и неспецифическую иммунотерапию. В тяжелых случаях необходима хирургическая операция, во время которой под местным обезболиванием вскрывают гнойник и выпускают гной.

**Боль при лимфадените**

Лимфаденит - болезненное воспаление лимфатических узлов. Возникает в результате поступления в них с лимфой болезнетворных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, распавшихся тканей, мельчайших инородных тел и т. п. Часто является осложнением острых и хронических местных воспалительных процессов (например, инфицированная рана, фурункул, язва, кариес зуба), а также общих инфекционных заболеваний.

Симптомы лимфаденита

Лимфаденит характеризуется болезненностью лимфатических узлов, их увеличением. При остром, гнойном лимфадените болезненность резкая, узлы малоподвижны, вокруг них наблюдаются болезненное уплотнение в связи с вовлечением в процесс окружающих тканей (периаденит). Повышается температура тела, пропадает аппетит. Больные жалуются на разбитость, слабость, головную боль. Узлы могут расплавиться с образованием гнойника. Если гнойник своевременно не вскрыть, то гной может прорваться наружу или проникнуть в глубину, вовлекая в воспаление новые ткани.

Лечение лимфаденита

Необходима консультация хирурга. Назначают антибактериальное лечение, УВЧ. При абсцедировании производят хирургическую операцию, во время которой гнойник вскрывают и выпускают гной.

**Боль при рожистом воспалении**

Рожистое воспаление развивается вследствие внедрения в поврежденную кожу стафилококка. Заболевание сопровождается изменениями на коже, болевыми ощущениями, симптомами общего отравления организма (головная и мышечная боль, слабость, тошнота, повышение температуры тела). Появляются ощущения жжения и боли распирающего характера, покраснение с четкими границами (похожими на языки пламени), выступающими над здоровой кожей в виде валика. Иногда в области воспаления видны пузыри, наполненные желтоватой жидкостью или кровянистым содержимым.

Лечение

При обнаружении перечисленных симптомов необходима срочная консультация врача. Обычно назначают курс антибактериальных препаратов, кожу на пораженном участке обрабатывают препаратами йода, облучают кварцевой лампой. Рекомендуются постельный режим, мероприятия, направленные на повышение защитных сил организма. Для снижения сильных болей допустимо применение обезболивающих препаратов.