



**Кемеровская государственная
медицинская академия**

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

**Кемерово
КемГМА
2009**

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Учебное пособие

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности 060101 – Лечебное дело

**Кемерово
КемГМА
2009**

УДК 616.1/.7–07–08–03.71 (075.8)

Нестеров Ю. И., Солодовник А. Г., Ласточкина Л. А., Помыткина Т. Е., Марцияш А. А., Козубовская Р. Р., Мозес К. Б. **Диагностика, лечение и реабилитация заболеваний внутренних органов в амбулаторной практике:** учеб. пособие. – Кемерово: КемГМА, 2009. – 243 с.

В учебном пособии с новых теоретических позиций даны сведения о наиболее часто встречающихся в амбулаторной практике заболеваниях. Представлены современные классификации, рассмотрены практические аспекты клинической и инструментальной диагностики, ведения больных в амбулаторных условиях, определены показания к госпитализации, освещены вопросы экспертизы трудоспособности.

Предназначено для студентов старших курсов медицинских вузов, обучающихся по специальности 060101 – Лечебное дело.

Рецензенты:

Малишевский М. В. – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Росздрава;

Жуков Н. А. – д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2009.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	6
ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (<i>Ласточкина Л.А.</i>)	6
ОСТРЫЙ БРОНХИТ (<i>Ласточкина Л.А.</i>)	19
ПНЕВМОНИИ (<i>Солодовник А.Г.</i>)	24
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (<i>Солодовник А.Г.</i>)	31
ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (<i>Солодовник А.Г.</i>)	41
ХРОНИЧЕСКАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (<i>Солодовник А.Г.</i>)	52
ХРОНИЧЕСКОЕ ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ (<i>Солодовник А.Г.</i>)	58
ГЛАВА 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	63
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (<i>Нестеров Ю.И.</i>)	63
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (<i>Нестеров Ю.И.</i>)	74
МИОКАРДИТЫ (<i>Нестеров Ю.И., Козубовская Р.Р.</i>)	91
КАРДИОМИОПАТИИ (<i>Нестеров Ю.И.</i>)	98
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (<i>Нестеров Ю.И.</i>)	108
ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ	119
РЕВМАТОИДНЫЙ ПОЛИАРТРИТ (<i>Козубовская Р.Р.</i>)	119
ОСТЕОАРТРИТ (<i>Козубовская Р.Р.</i>)	129
ПОДАГРА (<i>Козубовская Р.Р.</i>)	136
ГЛАВА 4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	141
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ (<i>Мозес К.Б.</i>)	141

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ДУОДЕНИТ (Мозес К.Б.)	144
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (Помыткина Т.Е.)	154
ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (Мозес К.Б.)	163
ХРОНИЧЕСКИЙ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (Мозес К.Б.)	167
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ (Помыткина Т.Е.)	172
СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (Мозес К.Б.)	181
ГЛАВА 5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК	186
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (Марцияш А.А., Ласточкина Л.А.)	186
ПИЕЛОНЕФРИТ (Марцияш А.А.)	197
ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (Ласточкина Л.А.)	207
ГЛАВА 6. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ	211
АНЕМИИ (Мозес К.Б., Ласточкина Л.А.)	211
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	225
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	233
ЛИТЕРАТУРА	241

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях при оказании медицинской помощи существенно возрастает роль первичного звена здравоохранения, где начинают и заканчивают лечение 80–85 % пациентов.

Многие важные разделы работы врача познаются только в поликлинике и требуют большого объема дополнительных знаний и умений: вопросы профилактики, ранней диагностики заболеваний, диспансеризации, амбулаторной реабилитации, экспертиза трудоспособности, возрастные особенности патологии и лечения больных и т. д. Практика показывает, что именно эти разделы представляют для студентов определенные сложности и недостаточно освещены в учебной литературе.

Настоящее учебное пособие посвящено вопросам ведения больных с заболеваниями внутренних органов, наиболее часто встречающихся в амбулаторных условиях. Всего пособие включает шесть глав. В главе 1 представлены заболевания органов дыхания – острые (острые респираторные заболевания, острый бронхит, пневмонии), хронические (бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких) и их осложнения (хроническая дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце). В главе 2 представлены заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (стенокардия и амбулаторный этап ведения инфаркта миокарда), неишемические болезни миокарда (миокардиты и кардиомиопатии), хроническая сердечная недостаточность, в главе 3 – заболевания суставов: ревматоидный полиартрит, остеоартрит и подагра. Глава 4 посвящена заболеваниям органов пищеварения: заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (функциональная диспепсия, хронический гастрит и дуоденит, язвенная болезнь), желчевыводящих путей (дисфункция, хронический некалькулезный холецистит), хронический панкреатит, синдром раздраженного кишечника. В главе 5 представлена наиболее часто выявляемая в поликлинике патология почек: гломерулонефриты и пиелонефриты, острые и хронические, хроническая почечная недостаточность, в главе 6 – болезни крови: железо- и В₁₂-дефицитные анемии. В пособии представлены современные классификации болезней, критерии диагноза, показания для госпитализации, методы амбулаторного лечения, рассмотрены вопросы экспертизы трудоспособности, санаторно-курортного отбора и диспансерного наблюдения.

Пособие предназначено для студентов старших курсов лечебного факультета. Авторы будут благодарны студентам и преподавателям за замечания, направленные на улучшение содержания и формы данного учебного пособия.

ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Определение. Острые заболевания (ОРЗ) – это группа острых инфекционных заболеваний, возбудители которых (вирусы, бактерии, микоплазмы, хламидии) проникают в организм через верхние дыхательные пути, колонизируются и репродуцируются преимущественно в клетках слизистых оболочек респираторной системы, повреждают их и вызывают клинический симптомокомплекс поражения респираторного тракта. По частоте обращаемости в поликлинику они занимают первое место среди других болезней. ОРЗ могут быть обусловлены большим числом (более 200) инфекционных агентов, но в большинстве случаев это вирусы.

Грипп и ОРВИ

ОРЗ вирусной этиологии (ОРВИ) и грипп составляют около 90 % всей инфекционной патологии и являются причиной 15–20 % всех случаев временной нетрудоспособности в амбулаторной практике. В последние годы отмечается рост заболеваемости ОРВИ при отсутствии роста заболеваемости гриппом, что связано, в первую очередь, с вакцинацией против гриппа.

Классификация (МКБ 10, 1995):

– острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей: острый назофарингит (насморк), острый синусит, острый фарингит, острый тонзиллит, острый фарингит и трахеит, острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит, острые инфекции дыхательных путей множественной и неуточненной локализации;

– грипп и пневмония: грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа; грипп (вирус не идентифицирован).

Этиология и патогенез. Наиболее часто ОРВИ вызывают вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный (РС), корона-, адено-, рино- и реовирусы, но наибольшее эпидемическое значение имеет вирус гриппа. Среди ОРВИ более тяжело протекают грипп, аденовирусная инфекция, а на первом году жизни ребенка – инфекция, вызванная РС-вирусом и вирусом парагриппа 3-го типа. Группу риска по заболеваемости ОРВИ и гриппом составляют дети, люди пожилого возраста и лица с иммунодефицитами.

Около 25 % случаев ОРВИ протекает в сочетании с бактериальной микрофлорой, наиболее частые возбудители – *Haemophilus influenza*, *Str. pneumonia*, *Moraxella catarrhalis*, *Ps. aeruginosa*, *Mycoplasma pneumoniae*.

Входными воротами для респираторных инфекций являются верхние отделы респираторного тракта, где вирусы поражают цилиндрический

Санаторно-курортное лечение показано больным ХОБЛ в фазе ремиссии и при легочно-сердечной недостаточности не выше I стадии на климатических курортах: приморские курорты побережья Черного и Балтийского морей, Тихого океана (Сочи, Геленджик, Ленинградская и Владивостокская группы курортов), низко- и среднегорные курорты (Нальчик, Кисловодск); при ДН II, компенсированном легочном сердце – в местных санаториях. Противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение: легочно-сердечная недостаточность III стадии, обострение заболевания, обильная гнойная мокрота, склонность к кровохарканию.

ХРОНИЧЕСКАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Определение. Хроническая дыхательная недостаточность (ХДН) – это неспособность системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав артериальной крови.

Дыхательная недостаточность (ДН) – патологический синдром, при котором парциальное напряжение кислорода в артериальной крови меньше 60 мм рт.ст., а парциальное напряжение углекислого газа более 45 мм рт.ст.

Распространенность. В промышленно развитых странах число больных хронической дыхательной недостаточностью, требующих проведения кислородотерапии или респираторной поддержки в домашних условиях (в основном больные с ХОБЛ, реже – с легочными фиброзами, заболеваниями грудной клетки, дыхательных мышц и др.) составляет около 8-10 человек на 10 тыс. населения. Хроническое легочное сердце среди всех умерших от заболеваний легких встречается от 0,9 до 12,3%, а среди всех случаев сердечной недостаточности составляет 25%.

Этиология. Наиболее частые причины ХДН:

- поражение центральной нервной системы и дыхательного центра: первичная альвеолярная гиповентиляция, центральное апноэ, гипотиреоз;
- поражение нейромышечной системы: болезнь Дюшенна, наследственные и метаболические миопатии, последствия травмы спинного мозга (C_I - C_{IV}), паралич диафрагмы, последствия полиомиелита;
- поражение грудной клетки: кифосколиоз, ожирение, состояние после торакопластики, фиброторакс;
- поражение верхних и нижних дыхательных путей: обструктивное ночное апноэ, трахеомалация, ХОБЛ, муковисцидоз, облитерирующий бронхолит, бронхоэктатическая болезнь;
- поражение альвеол: альвеолиты, легочные фиброзы, саркоидоз, асбестоз.

Патогенез. Нормальное функционирование респираторной системы зависит от работы всех её компонентов (дыхательный центр, нервно-мышечная система, грудная клетка, дыхательные пути и альвеолы).

психоэмоциональное напряжение как основной характер труда. При наличии противопоказаний – определение III группы инвалидности. При ГБ III противопоказан труд в производственных условиях – определение II группы инвалидности. В отдельных случаях, при наличии тяжелых осложнений (например, нарушение мозгового кровообращения с развитием тетрапареза), может требоваться постоянный уход, что дает основание для определения I группы инвалидности.

Диспансерное наблюдение. Больные ГБ I степени посещают участкового врача не реже двух раз в год; анализ крови и мочи, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, глюкоза, креатинин, мочевины и калий сыворотки крови, ЭКГ и ЭхоКГ, осмотр невролога и офтальмолога с исследованием глазного дна – один раз в год; осмотр кардиолога – по показаниям.

При ГБ II, III степени неосложненной: осмотр терапевта 4 раза в год; общий анализ крови и мочи, холестерин, триглицериды, глюкоза, креатинин, мочевины, калий в сыворотке крови, ЭКГ, осмотр невролога и офтальмолога с исследованием глазного дна – два раза в год; осмотр кардиолога, ЭхоКГ – один раз в год.

В последние годы развиваются новые формы лечебно-профилактической работы в амбулаторно-поликлинических условиях: «школы здоровья», «школы для больных артериальной гипертензией», «коронарные клубы», занимающиеся просветительской деятельностью. Они должны внести определенный вклад в дело улучшения профилактики и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией, будут способствовать конечной цели лечения больных – улучшению прогноза и продолжительности жизни.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Определение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – поражение миокарда, обусловленное расстройством коронарного кровообращения вследствие нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.

Причинами этого могут быть органические поражения коронарных артерий сердца (атеросклеротическая бляшка, тромбоз) и/или нарушения их функционального состояния (спазм, изменение регуляции тонуса сосудов). К ИБС не относятся ишемические состояния миокарда при поражении коронарных артерий иного генеза (коронарииты, узелковый периартериит и др.), а также при гемодинамических сдвигах (стенозом устья аорты, недостаточностью аортального клапана, гипертрофией миокарда и др.).

ИБС – одна из важнейших медико-социальных и государственных проблем в мире и в России в связи с высокой заболеваемостью, неблагоприятным прогнозом, значительной потерей трудоспособности и огромным экономическим ущербом, наносимым обществу и государству.

исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар, калий и натрий крови, рентгенография сердца и легких, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное ЭКГ-мониторирование.

Прогноз при ХСН неблагоприятный, смертность остается высокой. Каждый второй больной при тяжелом течении болезни, 10 % больных с мягким течением болезни умирают в первый год. Примерно в 50 % случаев смерть наступает внезапно от нарушения ритма, в остальных случаях связана с прогрессированием основного заболевания.

ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ

Актуальность изучения суставного синдрома в клинике внутренних болезней не вызывает сомнения вследствие высокой распространенности во всех возрастных группах заболеваний суставов, приводящих к снижению продолжительности жизни, инвалидности, ухудшению качества жизни пациентов. В одних случаях артриты являются проявлением основного заболевания, в других – симптомом различных патологических процессов во внутренних органах и требуют значительных финансовых затрат как со стороны семьи пациента так и общества в целом.

РЕВМАТОИДНЫЙ ПОЛИАРТРИТ

Определение. Ревматоидный полиартрит (РП) – хроническое прогрессирующее заболевание суставов, часто с поражением других органов и систем, рано приводящее к снижению и полной утрате трудоспособности.

Для этого заболевания характерен хронический воспалительный синовит, обычно с симметричным вовлечением периферических суставов, который может прогрессировать с развитием деструкции хряща, костных эрозий и деформаций. Функциональная недостаточность суставов часто возникает уже на ранних стадиях РП и прогрессирует, темпы прогрессирования в этот период максимальны. В течение двух лет от начала заболевания более 70 % пациентов имеют рентгенологические признаки поражения суставов.

Этиология и патогенез. Этиология до сих пор неизвестна. Имеется определенная генетическая предрасположенность, существуют инфекционно-аллергическая и лизосомально-аутоиммунная теории.

При РП предполагается несколько путей возникновения иммунных реакций: потеря толерантности к нативному АГ; неспецифическая агрегация аутологичного IgG в суставе под воздействием физических и химических факторов; возникновение перекрестных реакций между экзогенным агентом и синовиальной оболочкой; персистирование чужеродных (микробных) АГ в суставе; появление клона «запрещенных»

Экспертиза трудоспособности. Средние сроки *временной нетрудоспособности* – 2–4 недели. *Показания к направлению на МСЭК:* деформация суставов с грубым нарушением их функции, препятствующим выполнению профессиональной деятельности; при наличии противопоказаний к ортопедической коррекции или ее неэффективности; системные проявления (интерстициальный нефрит, уролитиаз с ХПН).

Санаторно-курортное лечение – показано лечение на бальнеологических и грязевых курортах в любое время года при отсутствии нефролитиаза, ХПН и ФАС суставов III степени.

Диспансерное наблюдение в группе Д III показано при первичной подагре. При подагре без тофусов, с редкими приступами – осмотр терапевта, общий анализ крови и мочи, мочевая кислота крови 2 раза в год; осмотр ревматолога, уролога, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ крови, рентгенография суставов 1 раз в год; осмотр ортопеда, УЗИ почек – по показаниям. При течении подагры с острым рецидивирующим или хроническим артритом – осмотр терапевта, общий анализ крови и мочи, мочевая кислота крови 4 раза в год; осмотр ревматолога, уролога 2 раза в год; биохимический анализ крови, УЗИ почек, рентгенография суставов 1 раз в год; осмотр ортопеда – по показаниям.

ГЛАВА 4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Определение. Функциональная диспепсия (ФД) – симптомы, относящиеся к гастродуоденальной области, при отсутствии каких-либо органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти проявления (Римский III Консенсус, 2005).

Больные, имеющие один или более из нижеследующих симптомов, определяются как больные диспепсией:

- эпигастральная боль – субъективное неприятное ощущение в области между пупком и нижним концом грудины, сбоку ограниченной среднеключичными линиями;
- эпигастральное жжение – субъективное неприятное ощущение жара в области между пупком и нижним концом грудины, сбоку ограниченной среднеключичными линиями;
- чувство полноты после еды – неприятное ощущение, подобное длительному ощущению нахождения пищи в желудке;
- раннее насыщение – ощущение быстрого наполнения желудка после начала еды, непропорционально объему пищи, в связи с чем невозможно съесть пищу до конца.

По данным эпидемиологических исследований функциональная (неязвенная) диспепсия является причиной 2–5 % обращений за

– болевой синдром характерен для гипомоторной дискинезии, во второй половине беременности боли могут быть связаны с шевелением плода; из диспепсических жалоб преобладает тошнота, возможны рвота, слюнотечение, горечь во рту, отрыжка, нарушения стула;

– показатели клинического и биохимического анализов крови должны оцениваться с осторожностью, поскольку нейтрофильный лейкоцитоз может быть лишь лейкомоидной реакцией на беременность;

– УЗИ – основной инструментальный метод диагностики, после 33–35 недель беременности применение ограничено (увеличенная матка затрудняет визуализацию желчного пузыря), но современные УЗИ-методики (работа в «реальном масштабе времени», уменьшение размеров датчиков) позволяет проводить обследование вплоть до родов;

– в период обострения длительный постельный режим нежелателен;

– при лечении противопоказаны все антибактериальные препараты, кроме группы пенициллина, прокинетики, в III триместре беременности – минеральные воды.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Определение. Хронический панкреатит (ХП) – полиэтиологическое воспалительно-дистрофическое заболевание паренхимы поджелудочной железы с постепенным исходом в склероз, развитием экзокринной, а на более поздних стадиях и эндокринной недостаточности. Процесс имеет тенденцию к прогрессированию даже после прекращения воздействия этиологических факторов.

Частота ХП колеблется от 0,2 до 0,6 % в общей популяции. На 100 тыс. человек населения в год регистрируется 7–10 новых случаев заболевания (А. И. Мартынов). Рост заболеваемости во всех странах в последние 25 лет связывают с ростом алкоголизма, учащением случаев заболеваний желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

Несмотря на значительное расширение диагностических возможностей, распознавание хронического панкреатита остается одной из сложных проблем гастроэнтерологии.

Марсельско-Римская классификация (1983, 1989)

Морфологические формы ХП:

1. Кальцифицирующий (неравномерное лобулярное поражение поджелудочной железы, в протоках обнаруживаются белковые преципитаты и кальцификаты, камни, кисты, псевдокисты, стеноз и атрезия, а также атрофия ацинарной ткани).

2. Обструктивный (развивается в результате обструкции главного протока ПЖ, поражение возникает выше места обструкции, оно равномерное и не сопровождается образованием камней внутри протоков).

ПНЕЛОНЕФРИТ

Определение. Пиелонефрит – инфекционное воспалительное заболевание почек с поражением лоханки и чашечек, паренхимы и интерстициальной ткани. В дальнейшем поражение распространяется на кровеносные сосуды и клубочки.

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах, в среднем 1 % людей на земле заболевает ежегодно, пораженность составляет около 10–12 % населения.

Факторы риска:

- генетический: наибольший риск заболевания – при сочетании антигенов гистосовместимости A1, B7; A1, B17;
- нарушение уродинамики: пиеловенозные, пиелососочковые рефлюксы; почечные дистопии (нефроптоз), поликистоз почек, уrolитиаз, беременность, сердечная недостаточность;
- нарушение почечной гемодинамики: атеросклеротическое поражение почечных артерий, васкулиты, гипертоническая и диабетическая ангиопатия, гипотермия (переохлаждение);
- дисбактериоз уретры со сменой обычной микрофлоры на фоне дисбактериоза кишечника, дефицита эстрогенов у женщин и др.;
- медицинские урологические манипуляции;
- воспалительные заболевания генитальной сферы, экстраренальные очаги хронической инфекции, иммунодефицитные состояния (сахарный диабет, лечение цитостатиками и глюкокортикоидами и др.).

Этиология и патогенез. Наиболее частым возбудителем инфекций мочевыводящих путей и пиелонефрита является кишечная палочка (до 90 % при острых мочевых инфекциях, 75 % – при хронических), реже встречаются другие грамотрицательные бактерии, стафилококки и энтерококки, при хронических инфекциях доля протей, клебсиеллы выше, характерны микробные ассоциации. При пиелонефрите у амбулаторных больных в этиологии заболевания преобладает *E. coli*, значение других микроорганизмов ограничено.

Распространение инфекции происходит тремя основными путями: урогенным (распространение по мочеточникам), гематогенным и лимфогенным (первичный инфекционный очаг может находиться в любом органе – кариес, холецистит, пневмония, заболевания органов малого таза).

Основные звенья патогенеза – нарушение внутрпочечной гемодинамики, уродинамики, вирулентность бактерий, неадекватность иммунного реагирования. Бактериальная инвазия почечных структур (лоханки, чашечки, паренхима почек), лежащая в истоке болезни, приводит к ответной воспалительной реакции в виде очагово-деструктивных и очагово-гранулематозных процессов с исходом в рубцевание почечной ткани, при хронизации процесса – вовлечение всех

ГЛАВА 6. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ

АНЕМИИ

Определение. Анемия – клинико-лабораторный синдром, характеризующийся уменьшением содержания гемоглобина в единице объема крови, чаще при одновременном уменьшении количества эритроцитов, что приводит к кислородному голоданию.

Классификация

Морфологическая классификация (Wintrobe, Lukens, Lee):

- макроцитарная: $MCV^* > 100 \text{ фл}^\dagger$; диаметр эритроцитов $> 8 \text{ мкм}$;
- микроцитарная: $MCV < 80 \text{ фл}$, диаметр эритроцитов $< 6,5 \text{ мкм}$;
- нормоцитарная: $MCV 81\text{--}99 \text{ фл}$, диаметр эритроцитов $7,2\text{--}7,5 \text{ мкм}$.

По степени насыщения эритроцитов гемоглобином, в зависимости от уровня цветового показателя (ЦП):

- нормохромная – ЦП $0,85\text{--}1,05$;
- гипохромная – ЦП $< 0,8$;
- гиперхромная – ЦП $> 1,05$.

По степени регенерации эритроцитов (в зависимости от количества ретикулоцитов в периферической крови):

- норморегенераторная – количество ретикулоцитов – $5\text{--}15 \%$;
- гиперрегенераторная – напряженный эритропоэз, количество ретикулоцитов $> 15 \%$;
- гипорегенераторная – неэффективный эритропоэз, количество ретикулоцитов $< 5\%$.

По степени тяжести (в зависимости от уровня гемоглобина):

- легкая ($80\text{--}100 \text{ г/л}$);
- средняя ($60\text{--}80 \text{ г/л}$);
- тяжелая (ниже 60 г/л).

Классификация по МКБ-10:

Анемии, связанные с питанием:

- железодефицитная анемия;
- витамин-В₁₂-дефицитная анемия;
- фолиеводефицитная анемия;
- другие анемии, связанные с питанием.

Гемолитические анемии.

Апластические и другие анемии.

Диагностический поиск при наличии анемического синдрома включает несколько этапов.

* *MCV* (Mean corpuscular volume) – средний объем эритроцитов.

† *Фл* – фемтолитр ($1 \text{ фл} = 1 \text{ мкм}^3$).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Нозокомиальной принято называть пневмонию, возникшую:
 - А. У ранее нелеченного больного
 - Б. Ранее 48 ч после госпитализации пациента
 - В. У беременной женщины после 20 недель беременности
 - Г. Позднее 48 ч после госпитализации пациента
 - Д. У больного, лечившегося амбулаторно от другого заболевания
2. Лечение острого бронхита средней степени тяжести, неосложненного, должно проводиться:
 - А. Амбулаторно
 - Б. В дневном стационаре поликлиники
 - В. В стационаре
3. Основная цель лечения хронического ХОБЛ:
 - А. Полное излечение и реабилитация пациента
 - Б. Уменьшение скорости прогрессирования бронхиальной обструкции
 - В. Устранение бактериовыделения с мокротой
 - Г. Обратное развитие эмфиземы
4. При ХОБЛ антибиотики назначаются:
 - А. В осенне-зимний период
 - Б. Курсами, 1 раз в 3 месяца
 - В. Не показаны
 - Г. При выделении гнойной мокроты
 - Д. При появлении кровохаркания
5. Назовите курорт, на который не следует направлять больного с ИБС и сопутствующей ХОБЛ:
 - А. С углекислыми водами
 - Б. С сероводородными
 - В. С хлоридными натриевыми
 - Г. С йодобромными водами
6. Наиболее частым осложнением пневмонии у лиц пожилого возраста является:
 - А. Дыхательная недостаточность
 - Б. Нарушение психики
 - В. Бронхоспазм
 - Г. Острая сердечная недостаточность
 - Д. Все ответы верны

49. При витамин В₁₂-дефицитной анемии больные подлежат диспансерному наблюдению:

- А. В течение года
- Б. В течение 5 лет
- В. Пожизненно
- Г. В диспансерном наблюдении не нуждаются

50. Какие виды и условия труда противопоказаны при гемолитической анемии:

- А. Работа в контакте с промышленными ядами
- Б. Работа с низким психоэмоциональным напряжением
- В. Работа с умеренным психоэмоциональным напряжением
- Г. Легкий физический труд

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больная Л., 46 лет, инженер. Жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, приступы затрудненного дыхания 2–3 раза в неделю, редкий кашель с небольшим количеством мокроты. Хронический обструктивный бронхит более десяти лет, обострения 3 раза в год, в течение трёх лет появились приступы удушья. Одышка вне обострения беспокоит около двух лет.

При объективном исследовании выявлено: умеренное расширение межреберных промежутков, перкуторный звук с коробочным оттенком над всеми полями легких, выдох удлинен, аускультативно – дыхание ослабленное, небольшое количество сухих свистящих хрипов.

Рентгенография легких: корни умеренно расширены, деформированы, повышенная пневматизация легочной ткани. Спирография: снижение вентиляции легких по смешанному типу. Анализ крови: без патологии.

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте противовоспалительную базисную терапию, показания к санаторно-курортному лечению.
3. Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача 2

Больной Т., 48 лет, дворник, вызвал участкового врача на дом. Жалобы на повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, озноб, выраженную общую слабость, потливость, кашель с выделением «ржавой» мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, боли в грудной клетке слева при дыхании и кашле, одышку. Заболел остро, 2 дня назад: резко повысилась температура до 40°C , появился озноб, общая слабость, кашель, сначала сухой, затем с небольшим количеством мокроты. Принимал аспирин, жаропонижающий эффект – кратковременный.

Объективно: состояние тяжелое, за счет интоксикации и дыхательной недостаточности, $t\ 39,3^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы влажные, гиперемия щек, герпес на губах, подбородке. Грудная клетка правильной формы, определяется умеренное отставание левой половины грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания слева в нижних отделах. Там же определяется укорочение перкуторного звука, выслушивается бронхиальное дыхание. ЧД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 110 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

1. Ваш диагноз.
2. Ваша дальнейшая тактика ведения больного. Проведите экспертизу трудоспособности.
3. Решите вопрос о диспансеризации после выздоровления.

Задача 3

Больной Н., 52 года, мастер ткацкого цеха, работает в условиях повышенного шума, посменно.

Жалобы на постоянную головную боль. С 48 лет отмечает повышение АД. При повышении АД беспокоили головные боли, принимал клофелин. В течение последнего месяца головные боли стали беспокоить чаще, принимал клофелин и гипотиазид – эффект незначительный.

При осмотре: АД 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, звучные, ЧСС 74 в минуту. Печень не пальпируется. Анализ крови общий и биохимический (холестерин, глюкоза, калий плазмы, креатинин), анализ мочи общий – без патологии. ЭКГ: синусовый ритм, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Глазное дно: артерии сетчатки сужены. УЗИ почек: патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз.
2. Проведите экспертизу трудоспособности.
3. Определите показания для санаторно-курортного лечения.

Учебное издание

*Нестеров Юрий Иванович
Солодовник Алевтина Григорьевна
Ласточкина Лилия Алексеевна
Помыткина Татьяна Евгеньевна
Марцияш Алексей Алексеевич
Козубовская Руфина Равхатовна
Мозес Кира Борисовна*

**Диагностика, лечение и реабилитация заболеваний
внутренних органов в амбулаторной практике**

*Корректор, технический редактор – Аносова К. М.
Художественный редактор – Сапова Т. А.
Ответственный редактор – Ласточкина Л. А.*

Подписано в печать 15.06.2009. Тираж 100 экз. Формат 21×30½.
Условных печатных листов 14,2. Печать трафаретная.