

Авторы:

Балабанов Алексей Сергеевич — преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Барсуков Антон Владимирович — заместитель начальника кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Ващенко Владислав Вячеславович — старший преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Васильев Вадим Николаевич — преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА им. С. М. Кирова, кандидат медицинских наук

Галенко Андрей Сергеевич — преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Глуховской Дмитрий Владимирович — преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Гордиенко Александр Волеславович — заведующий кафедрой и клиникой госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Голиков Алексей Владиславович — доцент кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Гуляев Николай Иванович — доцент кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Дорохов Геннадий Юрьевич — старший преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Жирков Игорь Иванович — старший преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Корнейчук Наталья Николаевна — доцент кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Кузнецов Валерий Валентинович — профессор кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Кузнецова Лилия Кузьминична — преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Лейгинский Сергей Валентинович — доцент кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Литовский Игорь Анатольевич — профессор кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Маковеева Ольга Владимировна — доцент кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Николаев Андрей Владимирович — старший преподаватель 1-й кафедры (терапии усовершенствования врачей) ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Павлович Игорь Михайлович — профессор кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Пятибрат Елена Дмитриевна — доцент кафедры госпитальной терапии, доктор медицинских наук;

Рейза Владимир Александрович — преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Ромашевский Борис Владимирович — старший преподаватель 1-й кафедры (терапии усовершенствования врачей) ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Семелев Вячеслав Николаевич — доцент кафедры факультетской терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Сергеев Александр Иосифович — доцент кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Сердюков Дмитрий Юрьевич — преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Соловьев Михаил Викторович — старший преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Сорокин Николай Васильевич — преподаватель кафедры госпитальной терапии, кандидат медицинских наук;

Сотников Алексей Владимирович — старший преподаватель кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук;

Шелухин Владимир Александрович — доцент кафедры нефрологии и эфферентной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук;

Яковлев Владимир Валерьевич — доцент кафедры госпитальной терапии ВМедА имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	8
Введение	14
Глава 1. Болезни системы кровообращения	15
1.1. Нейроциркуляторная астенция (дистония) (А. В. Барсуков)	15
1.2. Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) и симптоматические артериальные гипертензии (А. В. Барсуков)	22
1.3. Атеросклероз и дислипидемии (В. В. Кузнецов)	48
1.4. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия (В. В. Яковлев)	65
1.5. Инфаркт миокарда (В. В. Яковлев)	75
1.6. Некоронарогенные заболевания сердца (А. В. Барсуков, Д. В. Глуховской)	94
1.6.1. Миокардит	94
1.6.2. Миокардиодистрофии	107
1.6.3. Кардиомиопатии	113
1.7. Инфекционный эндокардит (А. В. Голиков, А. В. Сотников)	130
1.8. Острая ревматическая лихорадка (ревматизм) (А. В. Голиков)	142
1.9. Приобретенные (клапанные) пороки сердца (Н. И. Гуляев, А. В. Сотников)	153
1.9.1. Аортальный стеноз	157
1.9.2. Аортальная недостаточность	163
1.9.3. Митральный стеноз	168
1.9.4. Митральная недостаточность	172
1.9.5. Трикуспидальный стеноз	178
1.9.6. Трикуспидальная недостаточность	180
1.9.7. Пульмональный стеноз	184
1.9.8. Недостаточность клапана легочной артерии	185
1.9.9. Принципы реабилитации и ведения пациентов в послеоперационном периоде	186
1.10. Аритмии (Н. И. Гуляев)	189
1.10.1. Общие представления	189
1.10.2. Наиболее часто встречающиеся нарушения ритма и проводимости	191
1.11. Хроническая сердечная недостаточность (недостаточность кровообращения) (А. В. Барсуков)	221
1.12. Легочное сердце (А. В. Барсуков)	235
1.13. Болезни перикарда (А. С. Галенко, В. Н. Васильев)	246
Контрольные вопросы к главе 1	269
Рекомендуемая литература к главе 1	273
Глава 2. Болезни органов дыхания	278
2.1. Хронический бронхит (Е. Д. Пятибрат, О. В. Маковеева)	278
2.2. Хроническая обструктивная болезнь легких (О. В. Маковеева)	284
2.3. Бронхиальная астма (Е. Д. Пятибрат, А. В. Николаев)	297
2.4. Пневмонии (О. В. Маковеева, А. В. Николаев)	310
2.5. Плеврит (А. В. Гордиенко, Е. Д. Пятибрат)	324
2.6. Интерстициальные заболевания легких (О. В. Маковеева)	331

2.6.1. Идиопатический легочный фиброз	333
2.6.2. Саркоидоз	338
Контрольные вопросы к главе 2	345
Рекомендуемая литература к главе 2	346
Глава 3. Болезни органов пищеварения	347
3.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (<i>И. И. Жирков, И. М. Павловиг</i>)	347
3.2. Хронический гастрит (<i>И. И. Жирков, И. М. Павловиг</i>)	355
3.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (<i>И. И. Жирков, И. М. Павловиг</i>)	361
3.4. Воспалительные заболевания кишечника (<i>И. А. Литовский, И. М. Павловиг</i>)	367
3.4.1. Язвенный колит	369
3.4.2. Болезнь Крона	371
3.5. Синдром раздраженного кишечника (<i>Л. К. Кузнецова, И. М. Павловиг</i>)	377
3.6. Билиарная патология (<i>А. В. Гордиенко, Д. Ю. Сердюков</i>)	383
3.6.1. Функциональные расстройства	383
3.6.2. Хронический бескаменный холецистит	387
3.6.3. Желчнокаменная болезнь	390
3.7. Целиакия (глутенэнтеропатия) (<i>А. В. Гордиенко, С. В. Лейгинский</i>) ..	394
3.8. Болезнь Уиппла (интестинальная липодистрофия) (<i>С. В. Лейгинский, Н. В. Сорокин</i>)	396
3.9. Хронический панкреатит (<i>А. С. Балабанов, В. А. Рейза, И. М. Павловиг</i>)	397
3.10. Хронические заболевания печени (<i>А. В. Гордиенко, И. М. Павловиг, И. И. Жирков</i>)	407
3.10.1. Хронические гепатиты	407
3.10.2. Цирроз печени	413
Контрольные вопросы к главе 3	420
Рекомендуемая литература к главе 3	422
Глава 4. Болезни почек (<i>В. А. Шелухин, М. В. Соловьев</i>)	426
4.1. Острое повреждение почек	426
4.2. Острый постстрептококковый гломерулонефрит	429
4.3. Актуальные острые тубулопатии	432
4.4. НПВС-индуцированная нефропатия	434
4.5. IgA-нефропатия	437
4.6. Инфекция мочевых путей. Рефлюкс-нефропатия	441
4.7. Диабетическая нефропатия	444
4.8. Хроническая болезнь почек	447
Контрольные вопросы к главе 4	450
Рекомендуемая литература к главе 4	451
Глава 5. Болезни крови и кроветворных органов	453
5.1. Анемии (<i>Н. Н. Корнейчук</i>)	453
5.1.1. Железодефицитные анемии	455
5.1.2. Мегалобластные анемии	460

5.1.3. Апластическая анемия	463
5.1.4. Гемолитические анемии	467
5.2. Геморрагические диатезы (<i>А. И. Сергеев, В. Н. Семелев</i>)	470
5.2.1. Первичная иммунная тромбоцитопения	471
5.2.2. Гемофилия	474
5.2.3. Болезнь Виллебранда	476
5.2.4. Геморрагический васкулит	478
5.2.5. Болезнь Рандю — Ослера	481
5.3. Онкогематологические заболевания (гемобластозы) (<i>А. И. Сергеев, В. Н. Семелев</i>)	483
5.3.1. Острые лейкозы	484
5.3.2. Хронические гемобластозы	493
5.3.2.1. Миелопролиферативные заболевания	493
5.3.2.2. Лимфопролиферативные заболевания	508
Контрольные вопросы к главе 5	529
Рекомендуемая литература к главе 5	530
Глава 6. Болезни эндокринной системы	532
6.1. Сахарный диабет (<i>И. И. Жирков, Б. В. Ромашевский</i>)	532
6.1.1. Сахарный диабет 1 типа	536
6.1.2. Сахарный диабет 2 типа	538
6.2. Болезни щитовидной железы (<i>И. И. Жирков</i>)	546
6.2.1. Тиреотоксикоз	546
6.2.2. Диффузный токсический зоб	551
6.2.3. Гипотиреоз	553
6.3. Ожирение (<i>И. И. Жирков</i>)	557
Контрольные вопросы к главе 6	562
Рекомендуемая литература к главе 6	563
Глава 7. Болезни опорно-двигательной системы и соединительной ткани	564
7.1. Системная красная волчанка (<i>В. В. Ващенко</i>)	564
7.2. Системная склеродермия (<i>В. В. Ващенко</i>)	571
7.3. Дерматомиозит (<i>В. В. Ващенко</i>)	580
7.4. Реактивный артрит (<i>В. А. Рейза, А. С. Балабанов</i>)	585
7.5. Ревматоидный артрит (<i>Г. Ю. Дорохов</i>)	591
7.6. Остеоартроз (<i>Г. Ю. Дорохов</i>)	600
7.7. Подагра (<i>Г. Ю. Дорохов</i>)	607
Контрольные вопросы к главе 7	615
Рекомендуемая литература к главе 7	616
Приложение. Краткий исторический очерк кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской академии (<i>Ивашкин В.Т., Гордиенко А.В.</i>)	617

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

CAT	— COPD Assessment Test (оценочный тест ХОБЛ)
GOLD	— Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease (глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких)
COPD	— chronic obstructive lung disease (ХОБЛ)
HbA1c	— гликозилированный (гликированный) гемоглобин
HBsAg	— поверхностный антиген вируса гепатита В
HCV	— вирус гепатита С
Ig	— иммуноглобулин
MCH	— среднее содержание гемоглобина в эритроците
MCHC	— средняя концентрация гемоглобина в эритроците
MCV	— средний объем эритроцита
MDRD	— формула для расчета СКФ
mMRC	— The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки)
PaO_2	— парциальное давление кислорода
AA	— апластическая анемия
ААП	— антиаритмический препарат
АБТ	— антибактериальная терапия
АГ	— артериальная гипертензия
АД	— артериальное давление
АДНКП	— автономная диабетическая нейрокардиопатия
АИГА	— аутоиммунные гемолитические анемии
АИП	— аутоиммунный панкреатит
АИТ	— аутоиммунный тиреоидит
АК	— аортальный клапан
АКШ	— аортокоронарное шунтирование
АЛ	— антагонисты лейкотриенов
АЛГ	— антилимфоцитарный глобулин
АЛТ	— аланинаминотрансфераза
Анти-ЦЦП	— антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
АНФ	— антинуклеарный фактор
АПФ	— ангиотензинпревращающий фермент
АСЛ-О	— антистрептолизин-О
АСТ	— аспартатаминотрансфераза
АТ	— антитела
АТГ	— антиtimoцитарный глобулин
АЧТВ	— активированное частичное тромбопластиновое время
БА	— бронхиальная астма
БАК	— биохимический анализ крови
БАЛ	— бронхоальвеолярный лаваж
БВ	— болезнь Виллебранда
БГР	— бронхиальная гиперреактивность
БГСА	— β -гемолитический стрептококк группы А
БК	— бластный криз
БСР	— болезнь и синдром Рейтера
БПГН	— быстро прогрессирующий гломерулонефрит
ВВЭ	— военно-врачебная экспертиза

ВГЛУ	— внутригрудные лимфатические узлы
ВДП	— верхние дыхательные пути
ВДХТ	— высокодозная химиотерапия
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВП	— внебольничная пневмония
ВПС	— врожденный порок сердца
ВСУЗИ	— внутрисосудистое ультразвуковое исследование
ВЭБ	— вирус Эпштейна — Барр
ВЭМ	— велоэргометрия
ГБ	— гипертоническая болезнь
ГВ	— геморрагический васкулит
ГГТП	— гамма-глутамилтранспептидаза
ГГФРТ	— гипоксантин-гуанинфосфорибозилтрансфераза
ГКМП	— гипертрофическая кардиомиопатия
ГКС	— глюкокортикостероиды
ГЛЖ	— гипертрофия левого желудочка
ГМК	— гиперплазия гладкомышечных клеток
ГН	— гломерулонефрит
ГФ	— гемофилия
ГЭРБ	— гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДАИ	— дозированный аэрозольный ингалятор
ДБСТ	— диффузные болезни соединительной ткани
ДВС	— диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДДАХП	— длительно действующие антихолинэргические (препараты)
ДДБА	— длительно действующие β_2 -агонисты
ДЗЛ	— диссеминированные заболевания легких
ДКМП	— дилатационная кардиомиопатия
ДКТ	— длительная кислородотерапия
ДМ	— дерматомиозит
ДН	— дыхательная недостаточность
ДПЗЛ	— диффузные паренхиматозные заболевания легких
ДПИ	— дозированный порошковый ингалятор
ДПК	— двенадцатиперстная кишка
ДТЗ	— диффузный токсический зоб
ЖЕЛ	— жизненная емкость легких
ЖК	— жирные кислоты
ЖКБ	— желчнокаменная болезнь
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
ЖЭ	— желудочковая экстрасистолия
ЗПТ	— заместительная почечная терапия
иАПФ	— ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ИГКС	— ингаляционные глюкокортикостероиды
ИЗЛ	— интерстициальные заболевания легких
ИИП	— идиопатические интерстициальные пневмонии
ИКД	— имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор
ИЛФ	— идиопатический легочный фиброз
ИМ	— инфаркт миокарда
ИМТ	— индекс массы тела

ИП	— истинная полицитемия
ИПП	— ингибиторы протонной помпы
ИТП	— идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
ИФА	— идиопатический фиброзирующий альвеолит
ИФН	— интерферон
ИЭ	— инфекционный эндокардит
КАГ	— коронарная ангиография
КДАХ	— короткодействующие антихолинергики
КДБА	— короткодействующие β_2 -агонисты
КМП	— кардиомиопатия
КТ	— компьютерная томография
КФК	— креатинфосфокиназа
ЛДГ	— лактатдегидрогеназа
ЛЖ	— левый желудочек
ЛП	— левое предсердие
ЛП(а)	— липопротеин(а)
ЛПВП	— липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	— липопротеиды низкой плотности
ЛПОНП	— липопротеиды очень низкой плотности
ЛППП	— липопротеиды промежуточной плотности
ЛС	— лекарственные средства
ЛФК	— лечебная физкультура
ЛХ	— лимфома Ходжкина
ЛХАТ	— лецитинхолестеринацилтрансфераза
МДС	— миелодиспластический синдром
МДЦ	— малые дозы цитарабина
МЖП	— межжелудочковая перегородка
МП	— мезотелиома плевры
МАУ	— микроальбуминурия
МК	— митральный клапан
МКБ	— мочекаменная болезнь
МКБ-10	— Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ММ	— множественная миелома
ММЛЖ	— масса миокарда левого желудочка
МНО	— международное нормализованное отношение
МОБ	— минимальная остаточная болезнь
МОК	— минутный объем кровообращения
МП	— мезителиома плевры
МПЗ	— миелопролиферативные заболевания
МПИ	— международный прогностический индекс
МРБ	— минимальная резидуальная болезнь
МРТ	— магнитно-резонансная томография
МСЭ	— медико-социальная экспертиза
НГТ	— наследственная геморрагическая телеангиэктазия
НП	— нозокомиальная пневмония
НПВС	— нестероидные противовоспалительные средства
НС	— нефротический синдром
НСР	— нарушения сердечного ритма
НХЛ	— неходжкинские лимфомы
НЦА	— нейроциркуляторная астения

НЭРБ	— неэрозивная рефлюксная болезнь
ОА	— остеоартроз
ОАК	— общий анализ крови
ОГН	— острый гломерулонефрит
ОГП	— органы грудной полости
ОДН	— острая дыхательная недостаточность
ОЖД	— ограничения жизнедеятельности
ОИМ	— острый инфаркт миокарда
ОКС	— острый коронарный синдром
ОКСБП ST	— острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
ОКСП ST	— острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
ОЛ	— острый лейкоз
ОЛЛ	— острый лимфобластный лейкоз
ОМЛ	— острый миелоидный лейкоз
ОПН	— острая почечная недостаточность
ОПП	— острое повреждение почек
ОПСГН	— острый постстрептококковый гломерулонефрит
ОПСС	— общее периферическое сопротивление сосудов
ОРВИ	— острая респираторная вирусная инфекция
ОРДСВ	— острый респираторный дистресс-синдром взрослых
ОРИТ	— отделения реанимации и интенсивной терапии
ОРЛ	— острая ревматическая лихорадка
ОСЗП	— общее состояние здоровья пациента
ОТИН	— острый тубулоинтерстициальный нефрит
ОФВ ₁	— объем форсированного выдоха за 1 с
ОФЭКТ	— однофотонная эмulsionная компьютерная томография
ОХ	— общий холестерин
ОЦК	— объем циркулирующей крови
ПГ	— протеогликаны
ПГТТ	— пероральный глюкозотолерантный тест
ПД	— потенциал действия
ПЖ	— поджелудочная железа
ПИТ	— первичная иммунная тромбоцитопения
ПИЭ	— подострый инфекционный эндокардит
п/з	— поле зрения
ПМ	— плазмоклеточная миелома
ПМФ	— первичный миелофиброз
ПолиМ	— полимиозит
ПР	— полная ремиссия
ПРн	— неуверенная полная ремиссия
ПРП	— программа реабилитации пострадавшего
ПСВ	— пиковая скорость выдоха
ПСГН	— постстрептококковый гломерулонефрит
ПУ	— протеинурия
ПФ	— плазмаферез
ПХТ	— полихимиотерапия
ПХЭС	— постхолецистэктомический синдром
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
ПЭТ	— позитронная эмиссионная томография
РА	— ревматоидный артрит

РААС	– ренин-ангиотензин-альдостероновая система
РАИБ	– рефрактерная анемия с избытком бластов
РеА	– реактивный артрит
РеФ	– ревматоидный фактор
РКМП	– рестриктивная кардиомиопатия
рСКФ	– расчетная скорость клубочковой фильтрации
РЧА	– радиочастотная абляция
РЭ	– рефлюкс-эзофагит
СА	– синоатриальная
САД	– систолическое артериальное давление
св. Т ₃	– свободный трийодтиронин
св. Т ₄	– свободный тироксин
СВТ	– суправентрикулярная тахикардия
СД	– сахарный диабет
СЖ	– синовиальная жидкость
СИБР	– синдром избыточного бактериального роста
СКВ	– системная красная волчанка
СКФ	– скорость клубочковой фильтрации
СЛЦ	– свободные легкие цепи
СН	– сердечная недостаточность
СО	– слизистая оболочка
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
СРБ	– С-реактивный белок
СРК	– синдром раздраженного кишечника
ССД	– системная склеродермия
ССЗ	– сердечно-сосудистое заболевание
ССС	– сердечно-сосудистая система
СШ	– септический шок
Т ₃	– трийодтиронин
Т ₄	– тироксин
ТВП	– тяжелая внебольничная пневмония
ТГ	– триглицериды
ТГСК	– трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
ТИА	– транзиторная ишемическая атака
ТИН	– тубулоинтерстициальный нефрит
ТК	– трехстворчатый клапан
ТП	– трепетание предсердий
ТСБЛ	– торакоскопическая биопсия легких
ТТГ	– тиреотропный гормон
ТЭЛА	– тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФА	– фаза акселерации
ФВ	– фракция выброса
ФВД	– функция внешнего дыхания
ФГДС	– фиброгастроуденоскопия
ФДГ	– фтордезоксиглюкоза
ФЖЕЛ	– форсированная жизненная емкость легких
ФК	– функциональный класс
ФНО	– фактор некроза опухоли
ФП	– фибрилляция предсердий

ФР	— фактор риска
ФРПФ	— фосфорибозилпирофосфат
ХБ	— хронический бронхит
ХГБ	— хронический гемоцитобластоз
ХБП	— хроническая болезнь почек
ХГ	— хронический гепатит
ХГН	— хронический гломерулонефрит
ХДН	— хроническая дыхательная недостаточность
ХЕ	— хлебная единица
ХЛ	— холинолитики
ХЛЛ	— хронический лимфолейкоз
ХЛС	— хроническое легочное сердце
ХМ	— хиломикроны
ХМГМ	— хронический мегакариоцитарно-гранулоцитарный миелоз
ХМЛ	— хронический миелоцитарный лейкоз
ХОБ	— хронический обструктивный бронхит
ХОБЛ	— хроническая обструктивная болезнь легких
ХП	— хронический панкреатит
ХПН	— хроническая почечная недостаточность
ХрПН	— хронический пиелонефрит
ХС	— холестерин
ХС ЛПВП	— холестерин липопротеидов высокой плотности
ХС ЛПНП	— холестерин липопротеидов низкой плотности
ХСН	— хроническая сердечная недостаточность
ХТ	— химиотерапия
ХТИН	— хронический тубулоинтерстициальный нефрит
ХФ	— хроническая фаза
ЦИК	— циркулирующие иммунные комплексы
ЦНС	— центральная нервная система
ЧБС	— число болезненных суставов
ЧКВ	— чрескожное коронарное вмешательство
ЧПС	— число припухших суставов
ЧПЭС	— чреспищеводная предсердная электрическая стимуляция
ЧР	— частичная ремисия
ЧСЖ	— частота сокращения желудочков
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЭАА	— экзогенный аллергический альвеолит
ЭКГ	— электрокардиограмма
ЭКС	— электрокардиостимулятор
ЭРП	— эффективный рефрактерный период
ЭРХПГ	— эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЭТ	— эссенциальная тромбоцитемия
ЭФИ	— электрофизиологическое исследование
ЭхоКГ	— эхокардиография
ЯБ	— язвенная болезнь

*Посвящается Учителям Госпитальной терапии и тем,
кто последует за ними.*

ВВЕДЕНИЕ

Изучение внутренней патологии составляет основу клинической подготовки каждого врача. Дисциплина «госпитальная терапия» рассматривается как неотъемлемый компонент додипломного образования с акцентом на изучение особенностей течения внутренних заболеваний и закрепление навыков по обследованию и назначению лечения каждому конкретному пациенту. Вдумчивое освоение этого раздела внутренней медицины имеет прямое отношение к формированию клинического мышления у начинающего врача.

Учебник построен с учетом тематики учебного процесса, осуществляемого на кафедре госпитальной терапии академии. Основная цель учебника состоит в оптимизации получения слушателями необходимых знаний в области терапии. В издании освещены вопросы дефиниций, классифицирования, клинических вариантов течения, стандартизованных и апробированных в реальной клинической практике подходов к обследованию и лечению наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной систем, болезней крови, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани. Такие разделы, как обследование и лечение, представлены преимущественно с позиций существующих в настоящее время алгоритмов, стандартов и протоколов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями внутренних органов. В учебнике представлены основные положения военно-врачебной и медико-социальной экспертиз.

В написании учебника преимущественно принял участие профессорско-преподавательский состав кафедры госпитальной терапии им. проф. В. Н. Сиротинина, имеющий многолетний опыт практической работы в военных и гражданских лечебных учреждениях.

Учебник предназначен для курсантов и студентов шестого курса факультетов подготовки врачей. Он будет полезен для клинических ординаторов, адъюнктов и аспирантов. Книга также может быть полезной всем практикующим врачам первичного терапевтического звена.

Глава 1

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.1. Нейроциркуляторная астения (дистония)

Код по МКБ-10:

F 45 – нейроциркуляторная астения.

Нейроциркуляторная астения (дистония) – полиэтиологическое состояние, характеризующееся дисфункцией вегетативной нервной системы и полисиндромными функциональными нарушениями со стороны практически всех систем организма (преимущественно сердечно-сосудистой).

В 1948–1954 гг. Н. Н. Савицкий разработал концепцию нейрогенной функциональной патологии сердечно-сосудистой системы, выделенной в рамки отдельного заболевания, протекающего по кардиальному, гипо- и гипертензивному типу. Предложив термин «нейроциркуляторная дистония», автор преследовал цель использовать этот термин «для обозначения невроза с преимущественным или исключительным нарушением деятельности сердца и сосудов». В настоящее время предпочтительным для использования в медицинской практике и врачебно-экспертной работе следует считать термин «нейроциркуляторная астения» (НЦА).

НЦА страдают преимущественно люди молодого возраста вне зависимости от пола. Средняя распространенность НЦА среди лиц трудоспособного возраста составляет 2,5–4 % (Гембицкий Е. В., 1978), хотя те или иные вегетативные дисфункции встречаются более чем у половины населения. Во время боевых действий встречаемость НЦА среди военнослужащих увеличивается.

Этиология. К числу факторов, с которыми ассоциировано возникновение НЦА, относят психоэмоциональное перенапряжение и психическую травму, нарушение питания, физические перегрузки, хроническое переутомление, очаговую хроническую инфекцию, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), различные интоксикации, вредные факторы профессиональной деятельности (шум, вибрация, радиация и др.), неблагоприятные факторы окружающей среды (экологические, метеорологические, климатические), закрытую черепно-мозговую травму в анамнезе. Большое значение имеют изменения гормонального фона у подростков, наследственно-конституционная предрасположенность, особенности личности, неблагоприятные социально-бытовые и экономические условия.

Патогенез. Существуют несколько гипотез патогенеза НЦА: психосоматическая (кортико-висцеральная); первичных регуляторных расстройств на уровне вегетативных нервных центров; нейроэндокринная; стресс-адаптационная; биохимическая.

В соответствии с кортико-висцеральной теорией в основе патогенеза НЦА лежит хроническое длительное нарушение высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий под действием неадекватных по силе или длительности внешних раздражителей. В рамках этой теории НЦА рассматривается как невроз с наибольшей локализацией расстройств в сердечно-сосудистой системе.

Теория первичных регуляторных расстройств на уровне вегетативных нервных центров рассматривает возникновение сердечно-сосудистой патологии как результат раздражения сегментарных симпатических образований. Основу пато-

генеза НЦА составляет дефект нервно-вегетативного звена регулирования, в результате чего происходит перенапряжение сосудистых центров различного уровня (кора головного мозга, лимбическая и гипоталамо-гипофизарная системы, ствол мозга) с последующим нарушением сосудистого тонуса, патологическим изменением макро- и микроциркуляции, нарушением деятельности внутренних органов, прежде всего сердца. В соответствии с этой концепцией расстройство регуляции сосудистого тонуса служит ведущим звеном патогенеза в формировании клинических симптомов НЦА.

Нейроэндокринная теория патогенеза НЦА сформировалась в результате интенсивного изучения роли гипоталамических структур в регуляции вегетативной нервной системы, что позволило связать функциональные сердечно-сосудистые расстройства, особенно пароксизмальные, с патологией этого отдела ЦНС. Используемый в практике термин «диэнцефальный синдром» отражает клинико-патогенетическую сущность проявлений у части пациентов с НЦА. Возникновение симптомов НЦА в период полового созревания, непосредственно перед началом менструального цикла, при наличии тех или иных дизовариальных расстройств, а также на фоне прекращения фертильной функции у женщин также во многом обусловлено нейроэндокринными изменениями.

В развитии НЦА у пациентов юношеского возраста особое значение имеет определенная адаптационная уязвимость периода гормональной перестройки, выступающего в качестве самостоятельного мощного стрессового фактора. Наблюдаемая избыточная реактивность нейрогормональных регуляторных систем на фоне длительного воздействия того или иного стрессового фактора ведет к появлению разнообразных нарушений функционального состояния сердца и сосудов. Факторы внешней и внутренней среды играют роль пускового механизма, способного спровоцировать манифестацию скрыто протекающей вегетативной дисфункции.

Ряд авторов рассматривают патогенез НЦА в рамках теории стресса и дезадаптации. Возникновению клинических проявлений НЦА способствует нарушение взаимоотношений между ЦНС и внутренними органами на фоне воздействия различных стрессовых факторов. В результате стресса нарушается координация гипоталамо-гипофизарной системы с последующим расстройством нейроэндокринных механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы. Правомочность этой теории подтверждается хронологической взаимосвязью длительной психической травматизации и манифестации симптомов НЦА. Существенное значение в развитии проявлений данного заболевания играют личностные особенности человека, который подвергается длительному воздействию того или иного стрессора.

Избыточность продукции гормонов гипофиз-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем на фоне воздействия различных факторов внешней и внутренней среды способствует увеличению концентрации некоторых метаболитов, участвующих в патогенезе НЦА. Это составляет сущность биохимической теории патогенеза рассматриваемого заболевания. Наблюдаемая в условиях мощного нейрогормонального дисбаланса гиперпродукция молочной кислоты изменяет обмен ионов кальция на поверхности клеточных мембран нейронов ЦНС с последующим нарушением вегетативной регуляции кровообращения и дыхания.

Рабочая классификация нейроциркуляторной астении (дистонии)
(Савицкий Н. Н., 1954; Ханина С. Б., Ширинская Г. И., 1971; Покалев Г. М.,
Трошин В. Д., 1977; Максимов В. А., 1978)

I. Первичные:

– *по этиологии*: инфекция, психическая травматизация, нервные перегрузки, физические факторы;

– *по патогенезу*: кортиковисцеральные механизмы, дисфункция адаптивной системы организма;

– *клинические варианты*: кардиальный, гипертензивный, гипотензивный;

– *фаза заболевания*: обострение, ремиссия.

II. Вторичные:

– *по этиологии*: заболевания центральной нервной и периферической системы, эндокринной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата;

– *по патогенезу*: патогенез определяется основным заболеванием;

– *клинические варианты*: смешанный; редкие формы (синдром каротидного синуса, синдром Рейно, аритмии сердца, обморок, коллапс, ангионевротическая стенокардия);

– *фаза заболевания*: обострение, ремиссия.

При формулировке диагноза нейроциркуляторной астении в повседневной клинической практике традиционно применяют классификационный подход, предполагающий подразделение этой патологии на 4 типа: гипертензивный (со стойкими или лабильными гипертензивными реакциями), гипотензивный, кардиальный (с кардиалгиями, функциональными нарушениями сердечного ритма и проводимости) и смешанный.

Клиническая картина. Многообразие жалоб характерно для всех типов НЦА. Чаще всего пациенты жалуются на повышенную возбудимость, потливость, тремор верхних конечностей, нарушение сна, повышенную утомляемость, снижение работоспособности и др. Среди синдромов, выявляемых у таких пациентов при расспросе и физикальном исследовании, описаны следующие: кардиальный (кардиалгии, нарушения ритма сердца, изменения кинетики кровообращения), вазомоторный (обмороки, стойкий дермографизм, синдром Рейно), церебральный (цефалгия, вертиго), астеноневротический, синдром нарушения терморегуляции, синдром респираторных расстройств (тахипноэ, поверхностное дыхание при физических нагрузках и волнении, чувство затрудненного вдоха, неудовлетворенность вдохом), синдром желудочно-кишечных расстройств, синдром половых дисфункций.

Лицам с НЦА свойственны психоэмоциональные нарушения, среди которых преобладают симптомы тревожных расстройств. Выявляются клинически завершённые формы панических атак, преимущественно спонтанных, т. е. не связанных с внешними факторами, сочетающихся с преходящими функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы той или иной степени выраженности. У части больных выявляются депрессивные расстройства, преимущественно легкой или умеренной степени. Формируются тревожно-ипохондрические депрессивные состояния, сопровождающиеся подавленным настроением, снижением активности, тревожными расстройствами и функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы. Клиническая картина дополняется характерными для эндогенных депрессий соматовегетативными нарушениями, такими как снижение аппетита, потеря в весе, инсомния. В сознании пациентов доминируют непреходящие тревожные опасения возможной сердечно-сосудистой патологии

с угрозой для жизни или инвалидизации, утрированной пессимистической оценкой собственных перспектив.

Для *НЦА кардиального типа* характерно наличие разнообразных неприятных ощущений в области сердца. Кардиалгический синдром встречается почти у 90 % пациентов. Кардиалгия может быть различной по характеру. Как правило, это постоянные длительные монотонные боли в области сердца без иррадиации в левую руку и под левую лопатку. Характерно усиление кардиалгий на фоне психоэмоционального напряжения. Возможно развитие кардиалгий, схожих по характеру боли со стенокардией, но не связанных с физическими нагрузками и не купирующихся приемом нитропрепаратов.

Пациенты часто предъявляют жалобы на сердцебиение, чувство замирания и перебоев в работе сердца и «одышку» в покое, усиливающуюся при эмоциональном перенапряжении. Под «одышкой» у лиц с НЦА следует понимать не ощущение нехватки воздуха, а нарушение ритма и глубины дыхания вследствие регуляторных расстройств.

В противоположность яркости и разнообразию субъективной картины заболевания, объективные данные очень скудны. Обращает внимание тенденция к тахикардии, особенно при эмоциональном возбуждении. Границы сердца не смещены. Аускультативная картина сердца, как правило, не изменена, хотя возможно наличие функционального систолического шума, нередко исчезающего при физической нагрузке. Артериальное давление нормальное. При лабораторных исследованиях патологических изменений, как правило, не выявляется. Электрокардиограмма обычно не изменена, хотя у таких пациентов могут наблюдаться синусовая тахикардия или брадикардия, синусовая аритмия, миграция водителя ритма по предсердиям, редкая суправентрикулярная экстрасистолия, атриовентрикулярная блокада первой степени, синдром ранней реполяризации желудочков, нарушения процессов реполяризации, отражающие вегетативный дисбаланс (инверсия зубца T в отведениях V_{1-2}). Функциональные тесты (активная ортостатическая проба с гипервентиляцией) могут сопровождаться появлением нарушений реполяризации (инверсия зубца T , депрессия сегмента ST). Тест с дозированной физической нагрузкой, приемом калия хлорида или бета-блокатора у пациента с исходно нарушенной реполяризацией может сопровождаться временной реверсией этих изменений.

НЦА гипертензивного типа характеризуется умеренным повышением систолического АД при нормальном (или незначительно повышенном) диастолическом АД. Пациент жалуется на головную боль, ноющие или колющие боли в области сердца, сердцебиения. Как правило, систолическое АД 140–159 мм рт. ст., а диастолическое 90–99 мм рт. ст. Гипертензия носит лабильный характер. АД во многом зависит от психоэмоционального статуса. Характерна спонтанная нормализация АД вскоре после завершения воздействия стрессорного фактора. Границы сердца без отклонений от нормы; тоны сердца ясные, возможен функциональный систолический шум над верхушкой. На ЭКГ отклонений от нормы не наблюдается. По данным эхокардиографии, признаки гипертрофии левого желудочка отсутствуют. Сосуды глазного дна не изменены. При проведении лабораторных исследований также патологических изменений не определяется.

НЦА гипотензивного типа (первичная артериальная гипотензия). Ведущим признаком является снижение АД. Артериальная гипотензия диагностируется при уровне диастолического АД ниже 60 мм рт. ст. и систолического АД ниже

100 мм рт. ст. у людей моложе 25 лет и 105 мм рт. ст. — у лиц 25 лет и старше. По данным, полученным в результате крупных эпидемиологических исследований с применением суточного мониторинга АД, нижними границами нормотензии принято считать среднесуточные показатели АД 97/57 мм рт. ст. Основными проявлениями гипотензии являются снижение работоспособности, раздражительность, плохое настроение, ухудшение памяти. Зачастую наблюдаются признаки ваготонии: бледность кожи, потливость ладоней и стоп, понижение температуры тела до 35,8–36,0 °С, синусовая брадикардия, склонность к гипогликемии, диспептические расстройства. Нередко у таких пациентов имеются описанные выше невротические расстройства. Замечено, что НЦА с гипотензивными реакциями чаще наблюдается у высоких астеников с низким индексом массы тела.

Обследование. Кратность лабораторных и инструментальных исследований определяется их результатами. При необходимости возможно их повторное проведение для оценки процесса в динамике.

Обязательные лабораторные исследования:

- общий анализ крови, общий анализ мочи;
- биохимическое исследование крови: креатинфосфокиназа МВ фракция, тропонин, креатинин, феноптирование липидов, С-реактивный белок, фибриноген, сиаловые кислоты, глюкоза, электролиты крови;
- исследование гормонального статуса (тиреотропный гормон, альдостерон, кортизол в крови; определение катехоламинов и их метаболитов в суточной моче);
- серологическое исследование крови: антистрептолизин-О, антистрептокиназа.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- суточное мониторирование ЭКГ и (или) АД и самоконтроль АД;
- нагрузочные ЭКГ пробы (велозергометрия, тредмил);
- эхокардиография;
- исследование глазного дна;
- УЗИ почек и надпочечников, щитовидной железы;
- УЗИ органов малого таза (яичники);
- рентгенография органов грудной клетки, придаточных пазух носа, шейно-грудного отдела позвоночника.

Дополнительные инструментальные исследования (выполняются по результатам обязательных):

- ЭКГ с фармакологическими препаратами (проба с нитроглицерином, калием и др.);
- чреспищеводная предсердная электрическая стимуляция (ЧПЭС);
- УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий;
- ортопантограмма;
- брюшная аортография; КТ или МРТ надпочечников, почек и головного мозга.

Консультации специалистов по показаниям: невролог, эндокринолог, психиатр, стоматолог, гинеколог и др.

Примеры формулировки диагноза:

1. Нейроциркуляторная астеня гипертензивного типа с симпато-адреналовыми кризами.

2. Нейроциркуляторная астеня гипотензивного типа с рецидивирующими нейрорефлекторными обмороками и вагоинсулярными кризами.

3. Нейроциркуляторная астеня смешанного типа с умеренно выраженным кардиалгическим синдромом и нарушениями сердечного ритма и проводимости по типу редкой мономорфной правожелудочковой экстрасистолии.

Дифференциальный диагноз. Наибольшие трудности возникают при дифференцировании НЦА гипертензивного типа и гипертонической болезни I стадии. В ряде случаев четкое разграничение этих двух заболеваний (а по некоторым представлениям — последовательных стадий единого заболевания) невозможно. Некоторые признаки, с определенной степенью достоверности позволяющие дифференцировать нейроциркуляторную астиению и функциональную стадию гипертонической болезни, приведены в табл. 1.

Таблица 1

**Дифференциально-диагностические клиничко-анамнестические признаки
НЦА гипертензивного типа и ГБ I стадии**

Признак	НЦА	ГБ I стадии
Отягощенная наследственность по артериальной гипертензии	Не убедительна	Встречается часто
Возраст дебюта клинических проявлений	Чаще 20—30 лет	Чаще 30—40 лет
Жалобы, сопутствующие подъему АД	Множественные, чрезвычайно разнообразные	Обычно отсутствуют, могут быть церебральные
Полиморфизм экстракардиальных синдромов	Выражен	Малохарактерен
Характер артериальной гипертензии	Преимущественное повышение систолического АД, часто асимметрия АД на руках	Повышение не только систолического, но и диастолического АД, асимметрия АД на руках редка
Частота сердечных сокращений	Высокая вариабельность ЧСС более характерна	Высокая вариабельность ЧСС менее характерна
Длительность повышения АД в течение суток	Большая склонность к лабильности гипертензивного синдрома	Большая склонность к стабильности гипертензивного синдрома
Склонность к ночному снижению АД	Более выраженная	Менее выраженная
Уровень АД в базальном состоянии	Как правило, в норме	Может быть повышен
Реакция АД на антигипертензивные средства	Неопределенная	Отчетливая

Дифференциальная диагностика НЦА гипотензивного типа осуществляется по синдромальному признаку с другими состояниями и заболеваниями, проявляющимися низким кровяным давлением. В соответствии с классификацией гипотонических состояний, предложенной группой авторов во главе с академиком