

# Раздел 1

---

## Введение

### 1.1. Понятие о внутренних болезнях

Термином «внутренние болезни» определяется та область медицины, которая изучает причины, клиническую симптоматику, диагностику, лечение и профилактику патологии внутренних органов. В курсе «Внутренние болезни» изучаются методы клинического исследования пациента, болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения, почек и мочевыводящих путей, крови и кроветворных органов, эндокринной системы, болезни костно-мышечной и соединительной тканей, острые аллергозы, радиационные поражения.

Термины «внутренние болезни» и «терапия» (от греч. *therapeia* — лечение) являются синонимами.

Терапевтической клиникой института или отделением больницы называют лечебные учреждения (подразделения), где диагностируют, лечат и ухаживают за больными с соответствующей патологией внутренних органов. Теоретические знания будущие медицинские сестры закрепляют обязательной практикой в терапевтических отделениях, там же они овладевают навыками по уходу за больными, исполнению назначений врача, проведению неотложной доврачебной помощи.

В понятие «внутренние болезни» в прошлом столетии включали детские и инфекционные заболевания, акушерство и гинекологию и др. Дальнейшее развитие медицинской науки привело к выделению этих разделов в самостоятельные клинические дисциплины. Следует обратить внимание на то, что процесс дифференциации внутренних заболеваний продолжается и сегодня в связи с внедрением в медицину новых технологий. Каждый медицинский работник, в какой

бы отрасли он ни работал, должен быть хорошо знаком с внутренними болезнями.

## 1.2. Основные направления развития терапии

Переход учреждений охраны здоровья на интенсивный путь развития, применение на практике новых медицинских технологий требуют углубленной профессиональной подготовки медицинской сестры. Определенные мероприятия проводятся по следующим направлениям:

- 1) повышение качества и культуры оказания медицинской помощи;
- 2) обеспечение жителей необходимыми лекарственными препаратами, предметами ухода за больными;
- 3) предупреждение заболеваний;
- 4) формирование здорового образа жизни человека и борьба с вредными привычками.

Однако следует отметить, что самым главным мероприятием по защите здоровья населения страны является *профилактика*. Она включает комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей и их долгой трудоспособности, устранение причин заболеваний, улучшение условий труда, быта, отдыха населения, охрану окружающей среды. Задача профилактики — формирование здорового образа жизни не только каждого человека, но и всего общества, включая воспитание с раннего детства правильного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих людей. Ответственное отношение каждого человека к своему здоровью как к общественному достоянию должно стать нормой поведения. Для достижения этой цели необходимы меры, направленные на воспитание культуры питания и поведения, на духовное развитие личности, выполнение человеком определенного режима труда и отдыха, на пропаганду систематических занятий физической культурой и спортом, санитарной культуры и гигиены, на повышение ответственности семьи за сохранение и укрепление здоровья детей. Введение в ежедневную практику новых медицинских технологий позволит проводить диагностику на раннем

доклиническом этапе заболевания, что значительно улучшит качество проводимого лечения. Получат дальнейшее развитие специализированные виды медицинской помощи, а также строительство диагностических центров, особенно в зонах, зараженных радионуклидами.

Одним из главных направлений развития охраны здоровья населения является ускоренная реабилитация больных. Восстановление здоровья и трудоспособности лиц, перенесших инфаркт миокарда, заболевания почек, легких, органов пищеварения, суставов и др., имеет не только социальное значение, но и экономическое. Реабилитация достигается применением комплекса реабилитационных мероприятий: медицинских, психологических, педагогических, социальных, трудовых и др. Главная задача реабилитации заключается в том, чтобы больной мог участвовать в общественно полезном труде, поскольку трудовая деятельность является не только необходимым условием полноценной жизни человека, но и фактором выздоровления. Медицинским сестрам отводится важная роль в пропаганде здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками.

### 1.3. Понятие о болезни, этиологии, патогенезе, клинической картине, диагностике и лечении

**Болезнь** — это процесс, который протекает в организме человека под воздействием разных внутренних и внешних факторов. На их воздействие организм отвечает своими оборонительными механизмами. Поэтому любое заболевание сочетает расстройство жизнедеятельности организма и ослабление его реакций. В связи с этим любую болезнь следует рассматривать как заболевание всего организма, несмотря на то, что могут быть повреждены только единичные органы: либо сердце, либо легкие, либо печень и т. д. Необходимо отметить, что заболевание нельзя рассматривать исключительно как биологическое явление, так как оно вызывает не только физические, но и психические страдания. Болезнь воздействует также и на трудоспособность человека, ограничивая его участие в общественной жизни, и с этой

точки зрения ее необходимо рассматривать как социальное явление. Несмотря на то что на протяжении длительного времени существовало множество различных определений понятия «болезнь», все они имеют известную практическую ценность для научного подхода к этому вопросу. Понятие о болезни как нозологической единице используется во всех классификациях независимо от того, какой специфический признак может служить ее основой. Существующие классификации отражают, как правило, разные подходы к группированию заболеваний. Одни из них делятся по этиологии (инфекционные, неинфекционные), другие — по анатомо-топографическим признакам основного очага поражения (болезни печени, сердца, легких, почек, суставов и др.), третьи — по признакам пола и возраста (детские, женские, болезни старшего возраста) и др. Болезни делятся также на острые и хронические. Первые имеют ограниченное во времени течение, вторые практически сопровождают человека всю жизнь, но и при некоторых хронических заболеваниях возможно полное выздоровление.

В развитии каждого заболевания (острого и хронического) естественно выделяют четыре стадии, или периода. При остром заболевании выделяют следующие периоды: 1) *латентный* (скрытый, инкубационный), во время которого в организме человека происходят процессы, не ощущаемые им; продолжительность этого периода варьирует в широких пределах — от нескольких минут до нескольких дней, недель, месяцев и лет; 2) *продромальный* — промежуток времени от появления первых клинических признаков болезни до ее полного развития; клиническое значение этого периода заключается в возможности определения болезни по ее ранним признакам. Необходимо обратить внимание на то, что не всегда можно провести выраженную границу между латентным и продромальным периодами; 3) *период полного развития* заболевания, для которого характерно полное развитие клинической картины определенной болезни. Для многих заболеваний (крупозная пневмония, тиф, корь) известна ориентировочная продолжительность этого периода; 4) *период выздоровления*, который может быть полным или неполным. Однако полное выздоровление не всегда является

окончательным. В течение острого периода заболевания возможно возникновение осложнений, т. е. изменений в органах и системах, ранее не вовлеченных в патологический процесс.

Хроническое заболевание также имеет все указанные периоды, однако с тем отличием, что полного выздоровления не наблюдается, а сохраняются все или единичные признаки болезни. На протяжении всего течения хронического заболевания выделяют *фазу обострения*, или *рецидива*, когда все его признаки становятся более выраженными. Первоначально термином «рецидив» обозначали обострение инфекционных болезней, но со временем он стал использоваться для обозначения обострений некоторых хронических терапевтических заболеваний (например, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, инфекционного эндокардита и др.). Таким образом, в терапии термин «рецидив» равнозначен понятию «обострение болезни». Существует также *фаза ремиссии*, которая соответствует значительному улучшению состояния больного, восстановлению его трудоспособности.

Исходом острого заболевания могут быть выздоровление, или смерть (в редких случаях), или переход в хроническую форму. Исход хронического заболевания также не всегда бывает летальным для больного. При многих хронических заболеваниях долгое время сохраняются трудоспособность и жизнедеятельность. Это зависит от вида самого заболевания, тяжести его течения, наличия осложнений, его влияния на деятельность жизненно важных органов и систем человека.

**Этиология** — наука о причинах возникновения заболеваний. Причины заболеваний могут быть самыми разнообразными. Среди них выделяют несколько основных групп: 1) *механические причины*: травмы, ранения, переломы, сотрясения, повреждения кожных покровов; 2) *физические причины*: изменения температуры окружающей среды, влажности, атмосферного давления, воздействие электрического тока, света, радиации и др.; 3) *химические причины*: воздействие на организм разных химических веществ растительного, животного и синтетического происхождения (отравления грибами, ядом животных, бытовыми химическими веществами, лекарственными препаратами и др.). Химические вещества могут быть жидкими, твердыми, пыле- и газо-

образными, в виде разного рода промышленных вредностей (сочетание высокой увлажненности, высокой или низкой температуры окружающего воздуха и др.); 4) *биологические причины*: различные возбудители (вирусы, микробы, грибки), кровососущие насекомые (комары, мухи, клещи и др.), переносчики возбудителей болезней от больных людей здоровым; 5) *психические причины*: воздействия на центральную нервную систему, психику в виде острой или хронической травматизации, могущие вызвать возникновение разных заболеваний внутренних органов (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.); 6) *нарушение питания*: недостаточное или избыточное питание. При недостаточном питании (голодании) возможны развитие гипо- и авитаминоза, значительное снижение массы тела, иммунитета и др., при избыточном — ожирение, развитие атеросклероза и других заболеваний сердца, нарушение обмена веществ и др.; 7) *социальные причины*: неудовлетворительные условия жизни и труда и в результате понижение сопротивляемости организма различным вредным воздействиям, что в конечном итоге приводит к возникновению генетических заболеваний; 8) *генетические причины*: члены одной семьи или близкие родственники могут болеть одними и теми же заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые заболевания суставов и др.). Это не означает, что эти болезни могут обязательно передаваться по наследству; по наследству обычно передается только склонность организма к определенному заболеванию (например, сахарному диабету). Однако это еще не значит, что человек,отягощенный наследственностью, изначально обречен. Просто при равных обстоятельствах возможность заболеть у него более высокая. Профилактические мероприятия в таких случаях играют большую роль в предупреждении развития заболевания.

**Патогенез** — учение о механизмах развития, течения и исходах заболевания. Выделяют частный и общий патогенез. *Частный патогенез* включает анализ механизмов развития частных нозологических форм (например, пневмонии, ишемической болезни сердца). Несмотря на большое коли-

чество нозологических форм, существуют общие механизмы развития, характерные для разных заболеваний. При *общем патогенезе* анализируются общие закономерности развития и течения заболевания и их типовых вариантов. Эти два вида патогенеза, частный и общий, тесно связаны между собой, так как вскрытие и обобщение закономерностей возможны только на основе анализа отдельных форм патологии, а сформулированное на этой основе учение об общем патогенезе используется при исследовании механизмов развития конкретных заболеваний и индивидуальных форм их течения. Патогенез тесно связан с этиологией, так как болезнь возникает под воздействием внешних или внутренних этиологических факторов, которые вызывают дальнейшие реакции и процессы, характерные для патогенеза.

Каждая болезнь проявляется соответствующими признаками, которые делятся на симптомы и синдромы.

**Симптом** — признак, который соответствует заболеванию, например, жажда при сахарном диабете, кашель при поражении бронхов или легких, одышка при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и т. д. Симптомы условно делятся на объективные и субъективные. *Объективные симптомы* определяются при непосредственном обследовании больного: например, шумы в сердце, увеличение печени, сердца, изменение артериального давления, ограничение подвижности суставов, их деформация. *Субъективные симптомы* представляют собой ощущения больного: например, боли в животе, грудной клетке, тошнота. Они всегда основаны на нарушении работы того или иного органа или системы органов. Субъективные симптомы — это отражение в сознании больного человека реально существующих изменений в организме.

**Синдром** — сочетание разных, но тесно связанных между собой симптомов. Синдромы при разных заболеваниях отличаются большой закономерностью. Например, при высоком уровне артериального давления у больных наблюдаются головная боль, головокружение, тошнота и рвота, при воспалительных процессах в бронхах кашель сочетается с выделением мокроты. В случае нарушения клапанного аппарата сердца (порок сердца) кроме изменения тонов сердца наблю-

даются шум и гипертрофия отделов сердца — желудочков, предсердий. Уремический синдром у больных с хронической почечной недостаточностью проявляется тошнотой, рвотой, зудом кожи, снижением зрения вследствие высокого содержания в крови продуктов азотистого обмена из-за нарушения выделительной функции почек.

**Диагностика** — наука, которая занимается распознаванием заболеваний. Термин «диагностика» имеет более широкое значение и включает в себя весь процесс обследования больного, анализ полученных данных и постановку диагноза.

**Диагноз** — это краткое заключение врача о существовании заболевания, выраженное с помощью медицинской терминологии. Диагноз должен включать: название болезни, этиологию (происхождение), наличие обострений или ремиссий (при хроническом течении), наличие или отсутствие осложнений. Диагнозы бывают предварительные и окончательные (заключительные). *Предварительный диагноз* ставится обычно только при наличии части информации, полученной при обследовании больного (его жалобы, история развития заболевания, данные инструментального исследования) и преимущественно на предварительных этапах обследования — большей частью в поликлинике, приемном покое и в сложных случаях. *Окончательный* (заключительный) диагноз формулируют, когда получены все данные о больном, в том числе и результаты лабораторных исследований.

Встречаются случаи, когда окончательный диагноз поставить невозможно, так как выявленные симптомы не соответствуют полностью клинической картине заболевания или же часть симптомов отсутствует. В этих случаях проводится динамическое наблюдение за больным, назначаются дополнительные исследования, что дает возможность в итоге установить правильный диагноз.

При постановке диагноза необходимо использовать разную информацию, полученную с помощью различных методов обследования: беседы с больным, его родственниками; непосредственного обследования (осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия); лабораторных и инструментальных исследований заболевания. Все эти способы получения информации имеют равное значение для постановки диагноза.



Однако при разных заболеваниях, а также при разных стадиях течения одного и того же заболевания диагностическое значение опроса больного и других методов обследования может быть очень разным.

Когда больному поставили диагноз, назначают лечение. Оно может быть комплексным, т. е. включающим кроме медикаментозных средств еще определенные рекомендации по режиму труда и отдыха, правильному питанию, физиотерапевтические и другие немедикаментозные методы лечения.

Лечение, которое проводится в поликлинике, называется амбулаторно-поликлиническим, в стационаре — стационарным, в санатории — санаторным.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Расскажите о понятии «внутренние болезни». 2. Назовите основные направления развития области медицины, изучающей внутренние болезни. 3. Дайте определение понятий «болезнь», «этиология», «патогенез», «клиническая картина», «диагностика», «диагноз», «лечение».

## Раздел 2

---

### Методы клинического исследования больного

Для правильной постановки диагноза необходимо иметь соответствующую информацию. Такие сведения могут быть получены при опросе больного, непосредственном обследовании его с помощью физических и лабораторно-инструментальных методов. Для того чтобы исследование было полным, его всегда проводят по определенному плану.

#### 2.1. Субъективный метод исследования

Получение необходимой информации о больном начинают с его опроса, проводимого путем последовательной постановки вопросов по определенной схеме. Эта схема включает в себя следующие разделы: 1) общие сведения о больном; 2) жалобы больного; 3) анамнез (история) заболевания; 4) анамнез (история) жизни больного; 5) детальное выяснение жалоб по отдельным органам и системам. Полученные сведения последовательно записывают в историю болезни.

**Общие сведения о больном.** Эта часть истории болезни включает следующие сведения: фамилия, имя и отчество, возраст, образование, профессия, семейное положение, место работы и жительства.

**Жалобы больного.** Выяснение жалоб больного дает возможность найти особенности проявлений той или другой болезни. При некоторых заболеваниях встречаются довольно характерные жалобы (например, приступы сжимающей боли за грудиной при физической нагрузке позволяют думать о наличии у больного стенокардии напряжения; возникновение болей в подложечной области натощак или через 1–1,5 ч после еды дает основание думать о наличии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки). Кроме специфических

существуют жалобы, характерные для большинства заболеваний: повышение температуры тела, повышенная утомляемость, утрата аппетита, уменьшение массы тела и др. При опросе больного необходимо учитывать его образовательный уровень, знание медицинской терминологии. От этого зависит, насколько правильно больной может определить свое состояние и рассказать о своих недомоганиях. Не следует задавать больному вопросы в форме, которая предусматривает положительный или отрицательный ответы, так как это может привести в дальнейшем к неправильным выводам.

**Анамнез (история) заболевания.** Это очень важная часть процесса опроса, потому что с ней связывается представление о всех этапах развития заболевания. Вначале у больного необходимо выяснить, когда и при каких обстоятельствах началось заболевание, было ли его начало острым или медленным, малозаметным, каковы были первые симптомы. Обязательно узнать, с чем связывает больной начало заболевания. Дальше выясняют динамику развития симптомов — их прогрессирование или затухание (обратное развитие), появление новых; обстоятельно расспрашивают о том, какие симптомы более значительны. Необходимо иметь в виду, что многие хронические заболевания внутренних органов протекают волнообразно: периоды обострения сменяются периодами ремиссии с затуханием или исчезновением симптомов. Поэтому при опросе необходимо выяснить течение болезни за долгий период и также узнать, какие обследования больного проводились и их результаты (многие больные могут знать свои лабораторные показатели крови, результаты инструментальных исследований, например гастродуоденоскопии при язве желудка).

Важное значение имеет опрос больного о проведенном лечении: какие назначались лекарственные препараты, их дозировка, эффективность и переносимость. В конце подробно выясняют течение болезни непосредственно перед обращением пациента за медицинской помощью. Выяснение основных проявлений заболевания, характера его течения, особенностей проведенного лечения и его эффективности имеет важное значение, так как при некоторых заболеваниях уже только по анализу можно поставить точный диагноз.

Обычно больному бывает трудно самому рассказать обо всем подробно, поэтому необходимо контролировать и направлять ход беседы с целью получения все новых и новых фактов. Когда болезнь протекает достаточно долго, то и информация, полученная от пациента, может быть значительной, а при острых заболеваниях внутренних органов она бывает краткой.

**Анамнез (история) жизни больного.** Вопросы о состоянии здоровья близких родственников (родителей, братьев и сестер) нередко помогают распознаванию заболевания. Это очень важно, так как некоторые болезни, встречающиеся у близких родственников (например, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, заболевания суставов), могут передаваться по наследству так же, как и предрасположенность к ним. (При благоприятствующих им условиях заболевания чаще возникают у родственников.)

Обязательно расспрашивают о жизни самого больного. Выясняют его место рождения. Известно, что некоторые заболевания распространены в одних местностях (например, эндемический зоб) и редко встречаются в других. Необходимо выяснить возраст родителей при рождении пациента; как он развивался — когда начал ходить, говорить, не отставал ли в физическом и умственном развитии от сверстников, когда начал учиться; образование, начало трудовой деятельности. Следует узнать условия развития больного в детстве и юности (семейные обстоятельства, жилищно-бытовые условия, питание), а также материально-бытовые условия к моменту его обращения в лечебное заведение. Подробно выясняют характер питания (регулярность, качество продуктов), поскольку нерегулярное и плохое питание может быть причиной возникновения заболеваний органов пищеварения. Значительное место в развитии разных заболеваний занимают бытовые интоксикации (алкоголь, никотин), поэтому необходимо выяснить, как долго и в каких количествах употребляет пациент алкоголь, курит. Необходимо расспросить больного о перенесенных заболеваниях и установить, сопровождалась ли они какими-нибудь осложнениями, какое проводилось лечение, сколько раз больной был госпитализирован в ста-

ционер. Следует узнать также о возможных отклонениях в половой жизни больного, так как они могут привести к конфликтным ситуациям в семье, расстройству нервной системы. У женщин обязательно выясняют время наступления менструаций, их продолжительность, периодичность, число беременностей, родов, выкидышей, аборт, как протекала беременность, вовремя ли происходили роды. Необходимо знать время наступления климактерического периода и его течение.

Большое значение имеет трудовой анамнез — характер и условия труда, наличие производственных вредностей (запыленность и загазованность атмосферы, неприемлемые микроклиматические условия, вибрация, шум и т. д.). Например, повышенная запыленность в угольных шахтах способствует быстрому поражению легких. Контакт с химическими веществами (газами) может также привести к развитию заболеваний органов дыхания. Все эти сведения позволяют сформировать впечатление о больном как о личности, об условиях его жизни, факторах, которые могут повлиять на возникновение и течение заболевания.

Необходимо отметить, что на протяжении последних десятилетий значительно увеличилось число людей с различными аллергическими реакциями (на прием лекарственных препаратов, пищевых продуктов, веществ химического, растительного и животного происхождения и др.). Эти реакции могут проявляться в виде крапивницы, зуда кожи, отека лица, заложенности носа и др. Выяснение таких факторов имеет значение не только для диагностики заболеваний, в основе которых лежит аллергическая реакция, но и для проведения патогенетической терапии.

## 2.2. Объективный метод исследования

Объективное исследование больного позволяет составить картину общего состояния его организма и внутренних органов. Она основана на получении информации с помощью органов чувств: зрения, слуха, обоняния, восприятия касанием. Для того чтобы объективное исследование больного

было полным и системным, его проводят по определенному плану: общий осмотр больного, пальпация (ощупывание), перкуссия (выстукивание), аускультация (выслушивание), а также лабораторно-инструментальные методы исследования. Все это помогает изучить состояние органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения, движения, нервной системы, желез внутренней секреции и др.

### 2.2.1. Осмотр больного

**Осмотр** всегда является началом общего обследования больного, независимо от того, находится ли он на приеме в поликлинике или на лечении в стационаре. Осмотр больного помогает получить много ценной информации (например, при сердечно-сосудистой недостаточности можно найти на стопах, голених отеки; при заболеваниях печени — желтушность кожи и слизистых оболочек и др.).

Осмотр необходимо проводить по определенному плану и придерживаться ряда правил. Постепенно обнажая тело больного, осматривают его при прямом или боковом естественном освещении. Искусственное освещение значительно искажает цвет кожного покрова и слизистых оболочек. Если необходимо осмотреть больного при искусственном освещении, то оно должно быть достаточно ярким. Сначала определяют положение больного, его общее состояние, цвет кожного покрова и слизистых оболочек, а затем переходят к осмотру участков тела — головы, лица, шеи, туловища, конечностей, волосяного покрова.

**Положение больного.** Выделяют активное, пассивное и вынужденное положения больного. При *активном положении* больной может свободно менять свою позу в постели и даже ходить. При *пассивном положении* больной не может самостоятельно изменить свое положение, лежит неподвижно, не реагируя на окружающие события. Оно наблюдается при тяжелых травмах, ранениях, параличе, коме и др. *Вынужденное положение*, с помощью которого больной облегчает свое состояние, встречается при эпидемическом менингите,

прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки, выпотном перикардите, раке поджелудочной железы и др.

**Сознание больного.** Сознание может быть ясным или спутанным. Различают несколько степеней нарушения сознания. *Сопорозное состояние* наблюдается в тех случаях, когда больной в покое находится в состоянии спячки, из которой он может быть выведен при разговоре с ним, после чего вновь возвращается в первоначальное состояние. *Ступорозное состояние* характеризуется плохой ориентацией больного в окружающей обстановке, очень вялыми и медленными ответами на вопросы. *Коматозное состояние* сопровождается полной потерей сознания, отсутствием рефлексов и реакций на внешние раздражители. Кома может развиваться при сахарном диабете, заболеваниях почек, печени, нарушении мозгового кровообращения, отравлениях и многих других заболеваниях.

В противоположность этим состояниям угнетения могут наблюдаться и другие — возбуждение, бред, галлюцинации. Такие состояния могут развиваться при тяжелых инфекциях и различных интоксикациях (сыпной тиф, крупозная пневмония, отравление алкоголем, наркотиками и другими ядами).

**Конституциональные типы.** «Под конституцией организма мы понимаем совокупность всех его свойств, тесно связанных, взаимодействующих друг с другом и обуславливающих его структурно-функциональное единство» (М. В. Чернуцкий). Учитывая морфологические и функциональные особенности организма, различают следующие типы конституции тела человека.

*Астенический тип* характеризуется длинными и тонкими конечностями, узкими кистями, длинными пальцами рук, тонким скелетом. Шея длинная, грудная клетка узкая, с широкими межреберными промежутками. Сердце и паренхиматозные органы относительно небольшие, диафрагма стоит низко, легкие удлинённые, кишечник короткий. Мускулатура и подкожно-жировая клетчатка развиты слабо, кожа тонкая.

*Гипертенический тип* — эти люди обычно среднего роста, повышенной упитанности, коренасты, мышцы развиты хорошо, шея и конечности короткие, толстые; грудная клетка ко-

роткая и широкая, плечевой пояс также широкий. Диафрагма стоит высоко. Внутренние органы, за исключением легких, относительно б'ольшие, чем у лиц астенического типа.

*Нормостенический тип* занимает промежуточное положение между астеническим и гиперстеническим типами.

«Чистые» типы конституции в жизни встречаются редко. Необходимо отметить, что ни один из конституциональных типов сам по себе не может быть причиной того или иного заболевания. Однако знание конституциональных особенностей организма может иметь диагностическое значение. Так, например, известно, что у людей, относящихся к гиперстеническому типу, чаще встречаются нарушения обмена веществ, в частности ожирение, желчнокаменная и почечнокаменная болезни, атеросклероз и другие сосудистые заболевания. У людей астенической конституции чаще можно наблюдать заболевания органов пищеварения и дыхания (язвенная болезнь, хронический гастрит, туберкулез легких).

**Осмотр головы и лица.** Изменение формы и величины головы имеет известное диагностическое значение. Чрезмерное увеличение головы наблюдается при водянке головного мозга, а малые размеры (микроцефалия) встречаются одновременно с отсталостью умственных способностей; квадратная форма головы может свидетельствовать о перенесенном рахите.

В диагностике различных заболеваний определенную роль играет осмотр лица. По его выражению удастся определить тяжесть заболевания (острый перитонит, уремия и др.). В случаях острого воспаления брюшины лицо больного резко меняется: оно приобретает страдальческое выражение, заостряются черты, западают глаза, выступает обильный пот. При болезнях почек (нефрит, нефроз) лицо становится отечным. Хронические заболевания легких сопровождаются цианотической окраской лица. Лихорадочные состояния вызывают гиперемию кожи, блеск глаз, возбуждение и встречаются при различных инфекционных заболеваниях, крупозной пневмонии и др. Ряд эндокринных заболеваний (тиреотоксикоз, микседема, акромегалия и др.) проявляется характерными лицевыми симптомами. При тиреотоксикозе на лице отмечаются пучеглазие, дрожание век, испуганное



выражение. При микседеме лицо отечное, округлой формы, с равнодушным, безразличным выражением.

Осмотр глаз также позволяет выявить ряд важных симптомов. Нарушение жирового обмена приводит к образованию в толще кожи век «ксантом». Для заболеваний печени, которые сопровождаются нарушенным оттоком желчи, характерно желтушное окрашивание склер, в то же время подобная окраска кожи может отсутствовать. Форма зрачков, их равномерная реакция на свет, аккомодация и конвергенция имеют также диагностическое значение. Сужение зрачков наблюдается при комах, отравлении атропином и др.

Нос может обратить на себя внимание увеличением и утолщением (акромегалия) или изменением своей формы (риносклерома). Западение носа (седловидный нос) может быть обусловлено травмой или развивающимся сифилисом. Деформация мягких тканей носа встречается при волчанке.

**Осмотр кожи и видимых слизистых.** Окраска кожи и слизистых оболочек зависит от ряда факторов: количества восстановленного гемоглобина, эритроцитов, окрашивающих веществ (билирубин, меланин и др.), спазма сосудов и т. д.

*Гиперемия* (покраснение) кожи обусловлена расширением сосудов и наблюдается при перегреве, лихорадке, сильном возбуждении, приеме алкоголя. Некоторые лекарственные средства (никотиновая кислота) вызывают преходящую гиперемию кожного покрова. Чрезмерное образование эритроцитов (эритремия) и повышение гемоглобина вызывают стойкую гиперемию кожи и слизистых оболочек.

*Бледность кожи* чаще всего связана с потерей крови, низким содержанием эритроцитов (анемия), гемоглобина, со спазмом сосудов.

*Синюшность кожи (цианоз)* возникает из-за накопления в крови большого количества восстановленного гемоглобина: при нарушениях периферического кровообращения или газообмена в легких или при комбинации других факторов. Цианоз может быть центральным и периферическим. *Центральный цианоз* возникает вследствие ряда легочных заболеваний (эмфизема легких, пневмосклероз, склероз легочной артерии, воспаление легких и др.), когда нарушается газообмен в легких и, как следствие, оксигенация крови.

*Периферический цианоз* встречается при недостаточности сердечной деятельности, когда артериальная кровь, оттекающая от легких, насыщена кислородом нормально, но вследствие замедления кровотока на периферии происходит бóльшая, чем в норме, отдача кислорода тканям. Это ведет к нарастанию восстановленного гемоглобина в венозной крови и тем самым к появлению цианоза. Резкий цианоз может наблюдаться при врожденных пороках сердца, эмболии легочной артерии, эмфиземе легких, склерозе легочной артерии.

*Желтушность кожи и слизистых оболочек* имеет место при излишнем накоплении желчных пигментов (билирубина) в крови и проникновении их в толщу кожи. Увеличение количества билирубина в крови может быть следствием повреждения печеночных клеток при заболеваниях печени (хронические, острые гепатиты, циррозы печени). Количество желчного пигмента увеличивается при нарушениях оттока желчи по общему желчному протоку при желчно-каменной болезни, раке головки поджелудочной железы, воспалительных процессах желчевыводящих путей. Желтушность кожи возникает и от употребления некоторых лекарственных препаратов (акрихина, каротина, пикриновой кислоты и др.). В этих случаях слизистые оболочки не имеют желтушного окрашивания, а в крови содержание билирубина не увеличено.

При осмотре кожных покровов можно заметить *пигментацию* кожи, которая встречается и в норме, и при заболеваниях. Пигментация кожи характерна для хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона), но встречается и у здоровых людей под воздействием солнечных лучей или ультрафиолетового облучения. При осмотре кожи могут быть отмечены отдельные очаги депигментации в виде белых участков на коже (витилиго) или меньших пятнышек. Полная потеря пигментации кожи (альбинизм) встречается крайне редко. Патологическая пигментация обусловлена отложением в коже пигмента меланина или железосодержащих пигментов (гемахромотоз).

При осмотре кожи выявляются родимые пятна, рубцы, розеолы, эритемы и др. Обязательно следует обращать внимание на волосистой покров тела. Наличие облысения

или чрезмерный рост волосяного покрова тела у женщин (вирильный синдром) могут быть вызваны эндокринными расстройствами.

На коже при некоторых заболеваниях можно наблюдать разные геморрагические высыпания: петехии (мелкоточечные кровоизлияния в коже); большие кровоизлияния (пурпура); зудящие красноватые пятна, вызванные аллергическими реакциями организма. Некоторые сыпи после себя оставляют шелушащиеся участки кожи. Мелкое шелушение характерно для коревой сыпи, крупнопластинчатое — для скарлатинозной.

При осмотре необходимо обращать внимание также на физическое состояние кожи: ее влажность или сухость, атрофию, состояние тургора. Нарушенный обмен веществ, анемии могут вызвать изменения ногтей — повышенную ломкость, неправильную форму. Так, у больных с хроническими нагноительными заболеваниями легких, врожденными пороками сердца ногти приобретают вид часового стекла. При осмотре кожи могут быть обнаружены отеки на лице (при заболеваниях почек), на нижних конечностях, пояснице, передней брюшной стенке (при заболеваниях сердца).

**Осмотр конечностей.** При осмотре конечностей обращают внимание на развитие мышечной системы (особенно при заболеваниях суставов, нервной системы); на венозную систему нижних конечностей — имеются ли расширения вен и по ходу их варикозные узлы (участки расширения вен). Варикозные узлы очень хорошо видны при вертикальном положении больного. На месте варикозного расширения вен можно выявить трофические нарушения (пигментация, истончение кожи, язвы).

Внимательно осматриваются суставы, определяются их форма, амплитуда движения, состояние кожного покрова. Так, при синдроме Рейно можно наблюдать внезапное побледнение кожи пальцев рук.

**Подкожно-жировой слой.** Определение состояния подкожно-жирового слоя входит в состав общего осмотра. Чрезмерное развитие подкожно-жирового слоя (ожирение) может быть обусловлено как эндогенными, так и экзогенными факторами. К эндогенным факторам относятся нарушения

функции эндокринных желез (гипофиза, половых желез, щитовидной железы); к экзогенным факторам — избыточное питание, повышенный прием углеводов, жиров, малая подвижность, сидячий образ жизни и др. Похудание может явиться результатом недоедания, голодания, поражения желудочно-кишечного тракта. Резкое нарушение питания может быть вызвано длительными интоксикациями, злокачественными образованиями и др.

**Дыхание.** Осматривая грудную клетку и живот, можно подсчитать число дыхательных движений в минуту. Эту процедуру необходимо проводить следующим образом. Когда дыхание поверхностное (неглубокое), то определить движения грудной клетки можно, положив свою руку одновременно с рукой больного ему на грудь или живот, и подсчитать число вдохов и выдохов. В норме количество дыхательных движений в состоянии покоя — 16–18 в мин, причем вдох в 2 раза короче выдоха. При некоторых заболеваниях наблюдается неправильное (аритмичное) дыхание: то учащается, то становится редким, с большими паузами. Такое дыхание связано с нарушением деятельности дыхательного центра. Дыхание Чейна—Стокса относится также к аритмичному дыханию. Оно характеризуется тем, что после долгой паузы возникают вначале редкие поверхностные дыхательные движения, которые постепенно учащаются, углубляются и сопровождаются шумом. Если одышка достигает максимальной величины, дыхательные движения постепенно становятся поверхностными, редкими, и снова наступает пауза. Возникновение такого дыхания всегда указывает на ухудшение состояния больного, и медицинская сестра обязана срочно доложить об этом врачу.

Дыхание Чейна—Стокса возникает как следствие тяжелого повреждения головного мозга (опухоль мозга, расстройства мозгового кровообращения и др.) и является плохим прогностическим симптомом. Нарушается дыхание также при травме грудной клетки, переломах ребер, плевритах, воспалительных процессах грудных мышц, участвующих в дыхании.

эндокринных желез, так как каждая из них выделяет строго специфические для нее гормоны.

### 8.1. Диффузный токсический зоб

**Диффузный токсический зоб** — аутоиммунное заболевание, обусловленное избыточной секрецией тиреоидных гормонов (тироксина и трийодтиронина) диффузно увеличенной щитовидной железой, ведущее к нарушению функций разных органов и систем. Диффузный токсический зоб встречается у 0,2–0,5% населения, чаще у женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

По степени тяжести заболевание делится на 3 группы: 1) легкая — нервная возбудимость, похудание на 10–15% от первоначальной массы тела; тахикардия до 100 ударов в 1 мин, основной обмен увеличен (до +30%), снижена трудоспособность; 2) средняя — больше выражена нервная возбудимость, похудание более чем на 20%; тахикардия 100–120 ударов в 1 мин, основной обмен от +30 до +60 %, значительно снижена трудоспособность; 3) тяжелая — резко выражена нервная возбудимость, похудание на 30–50%, тахикардия больше 120 ударов в 1 мин, мерцательная аритмия, основной обмен больше +60%, токсическое поражение печени, недостаточность кровообращения, полная утрата трудоспособности.

**Причины.** Возникновению заболевания предшествуют психические травмы, респираторные инфекции, обострение хронического тонзиллита, ревматизм, перегревание на солнце и т. д. Все это может вызвать активизацию деятельности щитовидной железы и развитие диффузного токсического зоба. Соответствующую роль в возникновении болезни играет изменение функций других желез внутренней секреции (гипофиз).

Основным способствующим фактором является наследственность. Установлено, что диффузный токсический зоб нередко возникает в ряде поколений у нескольких членов одной семьи. Семейный характер болезни связывают с получением в наследство особого гена (рецессивного), который

проявляется у женщин чаще, чем у мужчин. Генетическим маркером являются носители антигенов системы HLA — B<sub>8</sub>, DR<sub>3</sub>, DR<sub>35</sub>, инсулинозависимый сахарный диабет, гипопаратиреоз и др.

Диффузный токсический зоб — аутоиммунное заболевание. Развивается на фоне стрессовой ситуации или инфекции, в результате чего нарушается функциональное равновесие между Т-супрессорами и Т-хелперами и наблюдается появление «запрещенных» клонов Т-лимфоцитов, направленных против рецепторного антигена фолликулярного эпителия. Это приводит к образованию аутоантител (тиреостимулирующих иммуноглобулинов), которые, сочетаясь с рецепторами фолликулярного эпителия, стимулируют биосинтез тиреоидных гормонов. Избыточное поступление в кровь трийодтиронина (Т<sub>3</sub>) и тироксина (Т<sub>4</sub>), а также повышенная чувствительность бета-адренорецепторов к катехоламинам на фоне избыточного количества тиреоидных гормонов вызывают клиническую картину токсического зоба.

**Основные симптомы.** Основными признаками заболевания является триада симптомов: увеличение щитовидной желез (зоб), пучеглазие и тахикардия. Отмечаются также повышенная возбудимость, плаксивость, раздражительность.

Заболевание может возникнуть остро, или его симптомы нарастают постепенно. Обычно острая форма отмечается после тяжелых психических и физических травм, инфекций и др. Больные жалуются на мышечную слабость, быструю утомляемость, плаксивость, раздражительность, чувство сдавления в области шеи, увеличенную потливость, плохую переносимость тепла, дрожание конечностей, сердцебиение, которое усиливается при физической нагрузке или волнении, нарушение сна (бессонница, неглубокий прерывистый сон), субфебрильную температуру, значительное и быстрое похудание, снижение работоспособности, у женщин наблюдается нарушение менструального цикла.

Больные в своем поведении суетливые, делают множество быстрых ненужных движений, многословные, перескакивают с одной мысли на другую.

Внешне такие больные нередко выглядят молодо. Поражение глаз, или офтальмопатия, встречается у 10–80%

больных. Наиболее типичное — экзофтальм (пучеглазие), обычно равномерный или асимметричный. Наблюдаются необыкновенный блеск глаз; симптомы: Грефе — отставание верхнего века от радужной оболочки в ходе движения глазного яблока вниз при фиксированном взгляде за движущимся предметом; Штельвага — редкое мигание; Дальримпля — широкое раскрытие щели глаза; Мебиуса — нарушение конвергенции; Кохера — появление белой полосы склеры между верхним веком и радужкой при движении глазным яблоком вверх; Зенгера—Энрота — подушковидные припухлости век; Жоффруа — отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх; Еллинека — гиперпигментация кожи век и др. При прогрессирующей офтальмопатии экзофтальм возрастает, увеличивается отек век, появляются гиперемия, отечность конъюнктивы, резь, чувство «песка», боли в глазах, слезотечение, светобоязнь, нарушение двигательных мышц яблока глаза и др.

Обычно выделяется диффузное увеличение щитовидной железы, а в ряде случаев увеличенной может быть только одна доля. Значительное увеличение щитовидной железы сжимает трахею, и у больного возникает тяжелое (стридорозное) дыхание.

Кожа у таких больных влажная, мягкая, эластичная, гиперемированная. Подкожный жировой слой уменьшен, при тяжелой форме заболевания возможно резкое похудание с практически полным исчезновением подкожной клетчатки.

Изменение со стороны сердечно-сосудистой системы выражается тахикардией, — одним из наиболее частых симптомов заболевания. Она носит постоянный характер и не изменяется и во время сна; частота пульса колеблется в пределах 100—120 ударов в мин. При долгом течении заболевания и недостаточном лечении развивается мерцательная аритмия сначала пароксизмального характера, а затем постоянная. Артериальное давление характеризуется большой пульсовой амплитудой. Увеличение пульсового давления ведет к выраженной пульсации крупных сосудов в области шеи.

Границы сердца расширены, при аускультации выслушивается хлопающий I тон и систолический шум не только на

верхушке, но и на основании сердца в результате повышенной скорости кровотока и ослабления тонуса капиллярных сосудов. В тяжелых случаях заболевания может развиваться сердечная недостаточность: увеличивается печень, появляются отеки на ногах и других частях тела.

Для характеристики поражения сердечно-сосудистой системы применяется специальный термин «тимотоксическое сердце». Этот синдром возникает в результате токсического воздействия тиреоидных гормонов на мышцу сердца и нарушения метаболизма миокарда. Для него характерно постепенное развитие дистрофии, гипертрофии миокарда, кардиосклероза и недостаточности кровообращения.

Нарушения со стороны органов пищеварительно-кишечного тракта проявляются учащением стула в результате усиленной перистальтики кишечника, а в тяжелой форме заболевания — понижением аппетита, тошнотой, рвотой, поражением печени. Под токсическим действием избытка тиреоидных гормонов возможно развитие жировой дистрофии печени.

При лабораторных исследованиях периферической крови наблюдаются лейкопения, лейкопения, гипохромная анемия; лимфоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов. При биохимическом анализе выявляется гипохолестеринемия, гипоальбуминемия; может быть увеличено содержание сахара в крови.

Диагностика основана на характерных клинических признаках: повышенная возбудимость, тревожность, повышенное потоотделение, похудание несмотря на хороший аппетит, сердцебиение, повышение пульсового артериального давления, гиперплазия щитовидной железы, непереносимость жары, мышечная слабость, экзофтальм и другие симптомы со стороны глаз, дрожание век и всего тела.

Характерно повышенное поглощение радиоактивного йода — через сутки поглощение его достигает 80–100%, при норме 30–40%. В крови снижен уровень холестерина.

Главное значение в диагностике заболевания имеет исследование функции щитовидной железы с  $^{131}\text{J}$ . Отмечаются ускоренное и увеличенное поглощение его щитовидной железой, повышение содержания йода, связанного с бел-



ками крови. Радиодиагностика определяет высокие цифры поглощения  $^{131}\text{J}$ , которые, как правило, выше 40–30% через 24 ч (норма до 0%). Кроме того, о гормональной активности щитовидной железы свидетельствует уровень ее гормонов:  $\text{T}_3$ ,  $\text{T}_4$  и тиреотропного гормона гипофиза.

Уровень в сыворотке крови:  $\text{T}_4$ -тироксин > 140 нмоль/л,  $\text{T}_3$ -трийодтиронин > 2,0 нмоль/л, а уровень тиреотропного гормона нормальный или снижен. Проба с  $\text{T}_3$  позволяет подтвердить диффузный токсический зоб. В норме прием трийодтиронина ( $\text{T}_3$ ) в дозе 75–100 мкг/сут. на протяжении 7 дней ведет к снижению радиоактивного йода щитовидной железой обычно на 50% и больше по сравнению с предыдущим показателем. При диффузном токсическом зобе увеличивается биосинтез тиреоидных гормонов не за счет тиреотропного гормона, а за счет тиреоидостимулирующих антител. С целью диагностики проводится проба с тиролиберином. В норме при внутреннем введении 200 или 500 мкг тиролиберина через 15–30 мин удержание тиреотропного гормона увеличивается в 2–5 раз по сравнению с исходным уровнем. При диффузном токсическом зобе содержание тиреотропного гормона в сыворотке крови практически не возрастает в ответ на введение тиролиберина. Сканирование с радиоактивным йодом позволяет установить активность разных отделов щитовидной железы, ее размещение. Для установления структуры и размеров железы широко используют метод ультразвуковой диагностики. Ультразвуковая и компьютерная томография позволяет выявить состояние ретроорбитальных тканей, мышц орбиты и компрессию сосудистого пучка и зрительного нерва.

**Осложнения.** Диффузный токсический зоб при тяжелом течении осложняется сердечной недостаточностью, мерцательной аритмией и подострой дистрофией, циррозом печени, психозом, а также тиреотоксическим кризом (см. «Неотложная помощь»).

**Принципы лечения и уход за больными.** Для лечения больных с диффузным токсическим зобом используют медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство, лечение радиоактивным йодом. При легком течении заболевания терапия может проводиться в амбулаторных условиях,

а больные токсическим зобом со средней и тяжелой формами требуют стационарного лечения с предоставлением им физического и психического покоя.

Всем больным назначают общеукрепляющее лечение: правильный режим труда и отдыха, полноценное питание с повышенным содержанием белка и витаминов (группы В, А, С), исключаются из рациона острые блюда, крепкий чай, кофе. Основу медикаментозного лечения составляют своевременность, комплексный подход, постоянное наблюдение в начале лечения.

1. Применяются тиреостатические препараты — производные имидазола (мерказолил, метимазол, тиамазол); производные пропилтиоурацила (метилтиоурацил, тиреостат, пропицил); перхлорат калия и препараты лития. Производные имидазола блокируют образование тиреоидных гормонов и их предшественников.

Метилтиоурацил назначают в дозе по 300–600 мг/сут., а мерказолил — 30–60 мг/сут. Эта доза должна быть разделена на 4 приема через 6 ч с целью достижения постоянной концентрации лекарства в крови на протяжении суток. Пропицил — ударная доза 300–600 мг/сут., поддерживающая доза — 100 мг. Указанные препараты эффективны в случае, если щитовидная железа вырабатывает все запасы ранее образовавшихся тиреоидных гормонов. Обычно для этого требуется 6–7 нед., после чего дозу снижают на 1/3 от исходного. В дальнейшем под контролем  $T_3$  и  $T_4$  в сыворотке крови назначают поддерживающую дозу на протяжении 1–2 лет. Чтобы предупредить увеличение щитовидной железы (струмогенный эффект) от вышеперечисленных препаратов, рекомендуется прием небольших доз тиреоидных гормонов (0,05–1 мг тиреоксина или 0,05–0,1 мг тиреоидина в сутки).

2. Бета-блокаторы — анаприлин, обзидан — до 150 мг/сут.

3. При резистентном течении заболевания и отсутствии эффекта применяются глюкокортикостероиды (преднизолон 30–40 мг/сут. через день в течение 10–15 дней с последующим уменьшением дозы на 5 мг еженедельно).

4. Седативная терапия — реланиум, сибазон, феназепам в средних терапевтических дозах.

5. Метаболическая терапия — рибоксин, оротат калия, ретаболил, милдронат.

При достижении компенсации патологического процесса назначается L-тироксин для предупреждения зобогенного эффекта.

Хирургическое лечение применяется при отсутствии эффекта от консервативной терапии, заболевании тяжелой степени, большой щитовидной железе, в том числе и у детей, и у беременных.

**Прогноз.** При ранней диагностике и своевременно начатом лечении неосложненных форм заболевания прогноз, как правило, благоприятный. Ухудшается при развитии стойкой декомпенсации сердца, дистрофии и циррозе печени. Опасность для жизни связана с возникновением тиреотоксического криза.

**Профилактика.** Включает правильный режим работы и отдыха, психогигиены, мероприятия по закаливанию организма, занятия физкультурой, профилактику респираторных инфекций, тонзиллитов.

### Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение диффузного токсического зоба.
2. Расскажите о классификации диффузного токсического зоба.
3. Какие причины и факторы способствуют развитию диффузного токсического зоба?
4. Перечислите основные симптомы заболевания.
5. Чем характеризуется легкая, средняя и тяжелая стадии течения болезни?
6. В чем заключается лечение диффузного токсического зоба?

## 8.2. Гипотиреоз

**Гипотиреоз** — заболевание, связанное с недостаточной секрецией тиреоидных гормонов щитовидной железой и снижением содержания их в сыворотке крови.

# Содержание

Предисловие .....	3
<b>Раздел 1. Введение.....</b>	<b>4</b>
1.1. Понятие о внутренних болезнях .....	4
1.2. Основные направления развития терапии.....	5
1.3. Понятие о болезни, этиологии, патогенезе, клинической картине, диагностике и лечении.....	6
<b>Раздел 2. Методы клинического исследования больного .....</b>	<b>13</b>
2.1. Субъективный метод исследования .....	13
2.2. Объективный метод исследования.....	16
2.2.1. Осмотр больного.....	17
2.2.2. Пальпация.....	24
2.2.3. Перкуссия .....	28
2.2.4. Аускультация.....	31
2.3. Инструментальные методы исследования .....	38
2.4. Лабораторные методы исследования .....	51
2.4.1. Общеклинические лабораторные исследования.....	52
2.4.2. Биохимические исследования .....	67
2.4.3. Иммунологические исследования .....	71
<b>Раздел 3. Болезни органов дыхания.....</b>	<b>73</b>
3.1. Острый бронхит .....	78
3.2. Бронхиальная астма.....	82
3.3. Острая пневмония .....	92
3.3.1. Очаговая пневмония.....	93
3.3.2. Крупозная пневмония .....	97
3.4. Плеврит .....	101
3.5. Хронический бронхит.....	108
3.6. Хроническая пневмония .....	113
3.7. Эмфизема легких .....	117
3.8. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	122
3.9. Нагноительные заболевания легких .....	127
3.9.1. Абсцесс легкого.....	127
3.9.2. Бронхоэктатическая болезнь .....	133
3.10. Туберкулез легких.....	138
3.11. Пневмококциозы .....	153
3.12. Рак легкого .....	157

<b>Раздел 4. Болезни органов кровообращения</b> .....	163
4.1. Острая ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца .....	167
4.2. Эндокардит, миокардит, перикардит .....	175
4.3. Пороки сердца.....	178
4.4. Гипертоническая болезнь .....	186
4.5. Атеросклероз .....	197
4.6. Ишемическая болезнь сердца.....	202
4.7. Инфаркт миокарда.....	208
4.8. Острая сердечная недостаточность .....	221
4.9. Хроническая сердечная недостаточность .....	227
4.10. Аритмия сердца .....	235
4.11. Острая сосудистая недостаточность .....	246
4.12. Сердечно-сосудистые неврозы .....	248
<b>Раздел 5. Болезни органов пищеварения</b> .....	256
5.1. Острый гастрит.....	260
5.2. Хронический гастрит .....	266
5.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.....	273
5.4. Рак желудка .....	286
5.5. Хронические гепатиты.....	290
5.6. Цирроз печени .....	297
5.7. Хронический холецистит.....	303
5.8. Желчнокаменная болезнь.....	309
5.9. Хронический панкреатит .....	316
<b>Раздел 6. Болезни почек</b> .....	321
6.1. Острый гломерулонефрит.....	324
6.2. Хронический гломерулонефрит .....	332
6.3. Острый пиелонефрит.....	341
6.4. Хронический пиелонефрит .....	346
6.5. Мочекаменная болезнь.....	352
6.6. Хроническая почечная недостаточность .....	357
6.7. Неотложная помощь при заболеваниях почек .....	361
<b>Раздел 7. Болезни кроветворных органов</b> .....	365
7.1. Анемии .....	367
7.2. Лейкозы .....	373
7.3. Геморрагические диатезы .....	378
<b>Раздел 8. Болезни органов эндокринной системы</b> .....	385
8.1. Диффузный токсический зоб .....	387

<b>Содержание</b>	<b>505</b>
8.2. Гипотиреоз.....	393
8.3. Эндемический зоб.....	398
8.4. Сахарный диабет.....	401
8.5. Неотложная помощь при заболеваниях эндокринной системы.....	425
<b>Раздел 9. Болезни костно-мышечной и соединительной ткани.....</b>	<b>433</b>
9.1. Ревматоидный артрит.....	435
9.2. Системная красная волчанка.....	443
9.3. Системная склеродермия.....	446
9.4. Деформирующий остеоартроз.....	449
9.5. Подагра.....	457
<b>Раздел 10. Острые аллергии.....</b>	<b>462</b>
10.1. Лекарственная аллергия.....	464
10.2. Крапивница.....	467
10.3. Отек Квинке.....	470
10.4. Сывороточная болезнь.....	472
10.5. Анафилактический шок.....	475
<b>Приложение 1. Основные лабораторные показатели в норме.....</b>	<b>480</b>
Система крови.....	480
Биохимия крови.....	483
Система пищеварения.....	489
Система мочевыделения.....	496
<b>Приложение 2. Правила измерения артериального давления.....</b>	<b>498</b>
<b>Литература.....</b>	<b>502</b>