



Внутренние болезни в амбулаторной практике

Учебное пособие



Санкт-Петербург
СпецЛит

Коллектив авторов

Внутренние болезни в амбулаторной практике

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10265971

Внутренние болезни в амбулаторной практике:

ISBN 978-5-299-00555-4

Аннотация

В книге изложена диагностическая и дифференциально-диагностическая тактика среднего медработника на амбулаторном этапе обследования и лечения больных. Приведены современные критерии диагностики важнейших наиболее распространенных заболеваний, прежде всего на основе физикальных методов исследования, с акцентом на раннее выявление патологии (коронарной, опухолевой и иной); подчеркнута необходимость комплексной оценки диагностических признаков. Приведены клинические примеры из реальной практики средних медработников. Упомянут и необходимый минимум инструментальных и лабораторных методов диагностики. Освещены вопросы профилактики и амбулаторного лечения наиболее распространенных болезней, основы ухода за больными. Приведены данные по сравнительной эффективности современных лекарственных средств, применяемых в практике средних медработников, по

совместимости и побочным действиям медикаментов. Изложены принципы оказания неотложной помощи в критических состояниях. В многочисленных приложениях – нормативы основных лабораторных показателей, перечень онкомаркеров, данные о побочном действии медикаментов.

Книга рассчитана на самостоятельно работающих фельдшеров, акушеров, а также на учащихся медучилищ.

Содержание

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	5
ПРЕДИСЛОВИЕ КО 2-МУ ИЗДАНИЮ	14
Глава 1	18
1.1. Оценка жалоб и анамнеза	19
Глава 2	35
2.1. Основные синдромы	35
2.2. Важнейшие заболевания	43
2.2.1. Бронхиальная астма	43
2.2.2. Бронхиты и бронхоэктазы	48
2.2.3. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)	56
2.2.4. Плевриты	65
2.2.5. Пневмонии	71
Конец ознакомительного фрагмента.	76

Внутренние болезни в амбулаторной практике

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

А – агранулоцитоз

АА – анемия апластическая

АБ – антибиотики

АГГ – антигемофильный глобулин

АД – артериальное давление

АДГ – антидиуретический гормон

АИГА – аутоиммунная гемолитическая анемия

АИТП – аутоиммунная тромбоцитопения

АКТГ – адренокортикотропный гормон

АМ – акромегалия

АНД – антикоагулянты непрямого действия

АП – амилоидоз почек

АС – аритмия сердца

АСК – ацетилсалициловая кислота

АТФ – аденозинтрифосфат

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое

время

БА – бронхиальная астма

БАТ – биологически активная точка

БИК – Иценко – Кушинга болезнь

БП – бронхопневмония

БСИ – белково-связанный йод

БХ – бронхит хронический

БЭ – бронхоэктаз

в/в – внутривенно

ВГ – васкулит геморрагический

в/м – внутримышечно

ВСК – время свертывания крови

ГД – геморрагический диатез

ГИП – глюкозозависимый инсулинотропный полипептид

ГК – гипертонический криз

ГКС – глюкокортикостероиды

ГлН – гликемия натощак

ГМ – гинекомастия

ГН – гломерулонефрит

ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ГПП-1 – глюкагоноподобный пептид 1

ГС – гипертензия симптоматическая

ГСД – гестационный сахарный диабет

ГТ – гипотиреоз

ГТБ – гипертоническая болезнь

ГФА – гемофилия А

ГХ – гастрит хронический

ГХГС – гастрит хронический с сохраненной или повышенной секрецией (гипер-секреторный)

ГХСН – гастрит хронический с секреторной недостаточностью

ГШС – Гужеро – Шегрена синдром

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДД – дифференциальная диагностика

ДН – дыхательная недостаточность

ДОА – деформирующий остеоартроз

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ДТЗ – зоб диффузный токсический

ЖДА – железодефицитная анемия

ЖЕЛ – жизненная емкость легких

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИД – искусственное дыхание

ИК – иммунокомплексный

ИКП – иммунокомплексная патология

ИМ – инфаркт миокарда

ИМТ – индекс массы тела

ИП – интерстициальная пневмония

ИР – инсулинорезистентность

К – кардиалгия

КМ – костный мозг

КНХН – коры надпочечников хроническая недостаточность

КОС – кислотно-основное состояние

КП – колонопатии

КТ – компьютерная томография

Л – лихорадка

ЛГ – люпоидный гепатит

ЛГМ – лимфогранулематоз

ЛДГ – лактатдегидрогеназа

ЛУ – лимфатические узлы

ЛФК – лечебная физическая культура

МА – мерцательная аритмия

МАУ – микроальбуминурия

МБТ – микобактерия туберкулеза

МДП – маниакально-депрессивный психоз

МНО – международное нормализованное отношение

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСЧ – медико-санитарная часть

МТ – масса тела

МУЗ – многоузловой зоб

НГлН – нарушение гликемии натощак

НК – недостаточность кровообращения

НМГ – низкомолекулярные гепарины

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

НСД – несахарный диабет

НТГ – нарушение толерантности к глюкозе

НЦД – нейроциркуляторная дистония

НЯК – неспецифический язвенный колит

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ОБ – окружности бедер

ОЖ – ожирение

ОЖСС – общая железосвязывающая способность сыво-

ротки

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОЛ – острый лейкоз

ОЛБ – острая лучевая болезнь

ОМ – остеохондроз межпозвонковый

ОП – опухоль почек

ОПН – острая почечная недостаточность

ОПНф – острый пиелонефрит

ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции

ОТ – окружности талии

ОХП – остеохондропатия

ОХС – общий холестерин

ОЦК – объем циркулирующей крови

ОШСД – очень широкого спектра действия

П – протеинурия

ПА – плазмаферез

ПАСК – пара-аминосалициловая кислота

ПГН – гломерулонефрит подострый, экстракапиллярный

ПГТТ – пероральный глюкозотолерантный тест

ПЖ – правый желудочек

ПЖЖ – поджелудочная железа

п/к – подкожно

ПМА – пароксизм мерцательной аритмии

ПНМК – преходящее нарушение мозгового кровообращения

ПНф – пиелонефрит

ПО – пневмония острая

ПП – плевропневмония

ППГ – постпрандиальная гипергликемия

ПС – пневмосклероз

ПСМ – производные сульфонилмочевины

ПССП – пероральные сахароснижающие препараты

ПТ – пароксизмальная тахикардия

ПТИ – протромбиновый индекс

ПХ – пневмония хроническая

РА – ревматоидный артрит

РГФ – рентгенография

РДТ – разгрузочно-диетическая терапия

РСК – рентгеноскопия

С – стенокардия

САА – сульфаниламиды

САК – субарахноидальное кровоизлияние

СБ – синусовая брадикардия

СГ – сердечные гликозиды

СД – сахарный диабет

СЖК – свободные жирные кислоты

СЗП – свежемороженая плазма

СКВ – системная красная волчанка

СКК – стволые кроветворные клетки
СКЛ – санаторно-курортное лечение
СН – стенокардия напряжения
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СП – стенокардия прогрессирующая
СРТК – синдром раздраженной толстой кишки
СС – сепсис
СТ – синусовая тахикардия
СТГ – секреция соматотропного гормона
СФМ – система фагоцитирующих мононуклеаров
ТБК – туберкулез
ТП – туберкулез почек
ТПВ – тромбоз подмышечной вены
ТПТ – тромбоцитопатия
ТТГ – тиреотропный гормон
ТЭЛА – тромбоемболия легочной артерии
УЗ – зоб узловой
УЗИ – ультразвуковое исследование
УП – узелковый периартериит
УПМ – удельная плотность мочи
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких
ФП – фибринозный плеврит
ХАГ – хронический активный гепатит
ХГ – хронический гепатит
ХГН – хронический гломерулонефрит

ХЕ – хлебная единица
ХИБС – хроническая ишемическая болезнь сердца
ХЛБ – хроническая лучевая болезнь
ХОБЛ – хронические обструктивные болезни легких
ХПГ – хронический персистирующий гепатит
ХПН – хроническая почечная недостаточность
ХС – хондроитинсульфаты
ХХГ – хронический холестатический гепатит
ХЦХ – холецистит хронический
ЦВД – центральное венозное давление
ЦвП – цветовой показатель
ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы
ЦНС – центральная нервная система
ЦП – цирроз печени
ЧД – частота дыханий
ЧСС – частота сердечных сокращений
ШСД – широкого спектра действия
ЩЖ – щитовидная железа
ЭЗ – зоб эндемический
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭЛ – эмфизема легких
ЭП – экссудативный плеврит
ЭР – эритроцит
ЭС – экстрасистолы
ЭхоКГ – эхокардиография
ЯДК – язва двенадцатиперстной кишки

ЯЖ – язва желудка

ЯМР – ядерный магнитный резонанс

Ig – иммуноглобулин

В книге наиболее достоверные доказательства, ценные диагностические методы и эффективные лекарства отмечены звездочкой (*).

ПРЕДИСЛОВИЕ КО 2-МУ ИЗДАНИЮ

Здоровье населения в большой мере определяется уровнем профилактической и лечебно-диагностической работы поликлиник и амбулаторий, в которые обращается практически каждый житель нашей страны. Во многих сельских амбулаториях, на фельдшерско-акушерских пунктах (в России их более 90 000) фельдшеры и акушерки ведут самостоятельный прием больных, осуществляя, в частности, и диагностическую работу. Фельдшеры – первые помощники врачей: при оказании помощи пострадавшим в авариях и стихийных бедствиях они нередко вынуждены действовать самостоятельно, и здесь их профессиональная компетентность становится решающим фактором.

В наше время эффективной лекарственной и хирургической помощи правильная диагностика почти всегда определяет дальнейшую судьбу больного. Значительное повышение качества амбулаторной помощи – важная задача наших дней. Хорошо известна диагностическая компетентность многих наших фельдшеров, она определяется как опытом практической работы, так и активным самообразованием. Однако знания, полученные в медучилище, требуют постоянного обновления.

В последние десятилетия получены новые данные об этиологии и патогенезе таких распространенных патологий, как кардиалгии, васкулиты, анемии, артрозы и др.; эти сведения определяют и новую лечебную тактику. Наконец, эффективная профилактика заболеваний, понимание факторов риска и уменьшение их патогенного влияния на людей также основаны на современной информации о причинах и механизмах болезней. Сейчас в силу ряда причин (условия жизни и питания, широкое, часто бесконтрольное применение антибиотиков) многие внутренние заболевания протекают атипично, заканчиваясь формированием хронических трудноизлечимых процессов. Поэтому грамотная оценка важнейших клинических и лабораторных данных приобретает особое значение. Жизнь требует усилить онкологическую настороженность медиков, настойчиво вести санитарное просвещение населения. Необходима грамотная диспансеризация пожилых людей.

Первые издания нашего пособия, вышедшие в 1987 и в 1990 гг., – «Амбулаторная диагностика важнейших внутренних заболеваний» и «Профилактика и лечение внутренних болезней в поликлинике» – были одобрительно встречены читателями. Однако в последующие годы появились новые актуальные патологии: СПИД, иммунные нарушения, радиационные поражения; чаще наблюдаются тромботические осложнения. Стала явью излечимость многих прежде летальных лейкозов (острого промиелоцитарного лейкоза,

хронического миелолейкоза и др.), лимфогранулематоза, лимфосарком (Волкова М. А., 2010). Самостоятельно работающие фельдшеры, акушерки и медсестры должны иметь представление и об этих патологиях. В связи с этим во 2-е издание книги добавлены соответствующие разделы.

На основе обследования больных, наблюдавшихся в поликлиниках и больницах Москвы, изложена симптоматика наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, почек, системы крови, эндокринных органов (в том числе эндокринная онкопатология). Приведены клинические примеры из реальной практики средних медработников. Из-за ограниченности объема не показан весь спектр внутренней патологии, некоторые нозологические формы упомянуты кратко, но сделаны ссылки на литературу, где читатель найдет более подробные сведения. В основном изложены данные о хронических заболеваниях, но кратко освещены в диагностическом плане и некоторые urgentные ситуации: инфаркт миокарда, аритмии, острая кровопотеря, тромбозы и др. Упомянуты основные диагностические пробы. Особое внимание уделено выявлению ранних симптомов внутренних заболеваний, в том числе онкологических. В приложениях – нормативы лабораторных показателей, данные о совместимости и побочных действиях медикаментов, о токсическом влиянии на эмбрион и плод.

Книга адресована фельдшерам, акушерам, медицинским

сестрам, лаборантам и будет полезна учащимся медицинских колледжей и учебных заведений системы повышения квалификации средних медработников. Выражаем благодарность В. Несмеяновой за помощь в работе с текстом.

Глава 1

О МЕТОДИКЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Медицина – царица наук... Потому, что здоровье человека составляет условие, без которого не бывает ничего великого и прекрасного в мире.
Ф. П. Гааз

1.1. Оценка жалоб и анамнеза

Расспрос больного нередко позволяет фельдшеру выявить типичные для данного заболевания жалобы, например ангинозные боли при стенокардии. Пациента необходимо подробно расспросить о характере болезненных ощущений, в то же время не задавая «подсказывающих» вопросов. Полезно попросить пациента показать одним пальцем болезную точку. Оценивая жалобы больного, следует помнить об возможности симуляции, и о преувеличении своих ощущений (аггравация). Во всех случаях нужно расспросить пациента и об общих расстройствах состояния: слабость, потливость. Больные тиреотоксикозом плохо переносят жару, не могут спать под одеялом («симптом одеяла»). При эритремии, микседеме выражена апатичность, заторможенность, сонливость – больной может заснуть на работе.

Слабость, утомляемость, сохраняющиеся более двух недель (тем более прогрессирующие), требуют исключения анемий, туберкулеза (ТБК), пиелонефрита (ПНф) и других инфекций, гепатита, опухолей, пневмонии хронической (ПХ), миокардитов, гипотиреоза, иммунокомплексной патологии, случайного облучения, СПИДа и др. Характерно, что на слабость активнее жалуются мужчины; женщинам и подросткам свойственно недооценивать повышенную утомляемость (см. подразд. 3.1; 4.1; 7.1). Между тем такие экви-

валенты слабости, как непривычная утомляемость к вечеру, потребность прилечь среди рабочего дня, должны также рассматриваться фельдшером как ранние симптомы возможных инфекций, малокровия, гемобластозов и др.

Астения, депрессия требуют исключения и шизофрении. В то же время преувеличенные жалобы на слабость типичны для больных неврозами, соматогенной депрессией, аггравантов.

Потливость – почти обязательный спутник слабости; ночная потливость требует исключения хронического пиелонефрита, туберкулеза, хронической пневмонии. Постоянная потливость наблюдается при лимфатических опухолях.

Головная боль – одна из самых частых жалоб больных, а иногда (при гипертонической болезни, НЦД, опухолях мозга, менингите) является ведущим симптомом. Острая головная боль с тошнотой и возбуждением нередко указывает на кровоизлияние в головной мозг. Фельдшеру необходимо выяснить локализацию боли, связь с временем суток, физической нагрузкой, зрением и слухом, эффективность принимаемых лекарств. Так, головная боль при неврозах нередко усиливается к вечеру, носит стягивающий характер («обруч на голове»), сопровождается болезненностью волосистой части головы, гипергидрозом ладоней, нередко сердцебиением, чувством нехватки воздуха. Приступообразная боль в какой-либо половине головы, нередко с преходящим нарушением зрения, провоцируемая волнением, непереносимо-

стью запахов пищи и др., является мигренозной. Пульсирующая головная боль, тяжесть в затылочной зоне по утрам характерны для гипертонической болезни; давящая головная боль, усиливающаяся при наклонах, указывает на венозное полнокровие (правожелудочковая недостаточность, эритремия и др.). Напомним, что выраженная головная боль с тошнотой, рвотой по утрам и/или ночью – симптом застоя ликвора (внутричерепная гипертензия). Приступообразные стреляющие боли в голове, лице, провоцируемые охлаждением, жеванием, разговором, обычно вызваны невралгией тройничного нерва. При сочетании головной боли с лихорадкой фельдшер, в первую очередь, обязан исключить менингит, острый отит и другие инфекции. Разнообразные головные боли, прогрессирующее снижение интеллекта могут быть проявлением нейроСПИДа. Если состояние пациента тяжелое, а причина головных болей не ясна, он должен быть обследован невропатологом, окулистом, ЛОР-врачом; необходимы рентгеновские, электрофизиологические, ангиографические исследования.

Повышенная температура. Лихорадка – симптом многих воспалительных и опухолевых болезней (см. главу 10); для оценки лихорадки необходима почасовая термометрия. ***Зуд кожи*** свойственен уремии, эритремии, лимфогранулематозу, механической желтухе. При анемиях большие иногда отмечают парестезии («ползание мурашек»). ***Желтуха*** кожи, склер, потемнение мочи требуют исключения мно-

гих болезней ЖКТ, кроветворения, инфекционных болезней (см. главы 4, 7). Клонотонические **судороги** наблюдаются при гипогликемии, алкалозе, снижении уровня кальция крови (гиперпаратиреозидизм), гипохлоремии, гипомагниемии у детей, менингитах, столбняке, лептоспирозе, уремии, нарушениях мозгового кровообращения, объемных процессах в черепе (опухоли, абсцессы, эхинококк и др.) и наследственной патологии нервной системы; при передозировке кофеина, атропина и их производных, отравлении стрихнином. Профессиональные судороги обусловлены переутомлением мышц (у доярок, машинисток, музыкантов и др.). При эпилепсии наблюдаются как генерализованные судороги, так и кивательная судорога *spasmus nutans*. Известны и истерические судороги (при них зрачковые реакции сохранены, отсутствует амнезия после судорог). Мышечные фибрилляции, иногда судороги икроножных мышц, в сочетании с онемением (главным образом ночью) – признак полинейропатии (чаще алкогольной), никотиновой интоксикации. Тики (многократные произвольные сокращения мышц лица, шеи) наблюдаются при переутомлении, неврозах. **Мышечная дрожь** (тремор), невольные ритмичные колебания тела или его частей, наблюдается при паркинсонизме, рассеянном склерозе, болезни Коновалова – Вильсона, при передозировке бета-адреноблокаторов.

Собирая **анамнез заболевания**, фельдшеру надо установить время возникновения настоящего заболевания и его

предполагаемые причины, учитывая при этом и мнение больного – возможность переутомления, охлаждения, заражения, травмы и т. д., а также эффективность применявшейся терапии. «Отсчет» анамнеза заболевания надо начинать с фактической причины, даже если она действовала много лет назад. Например, причиной мегалобластной анемии, наблюдаемой сейчас у больного, может быть резекция желудка, выполненная несколько лет назад. Не следует переоценивать патогенетической роли психических травм (пациенты их считают решающими для своего заболевания, в том числе и опухолей, что, разумеется, неверно). Иногда, по рассказу больных, и инфаркт миокарда, и острый лейкоз, и анемия начинаются «после гриппа». Нередко эти утверждения без критической оценки переносят в медицинскую документацию. Собирая (и излагая) анамнез заболевания, желательнее не скользить по поверхности, перечисляя больницы, куда госпитализировался больной, и выставляемые там диагнозы; гораздо важнее для понимания сущности патологии оценить (и зафиксировать) динамику жалоб и объективных симптомов, эффект применявшихся лекарств.

Собирая *анамнез жизни*, фельдшер устанавливает перенесенные заболевания и травмы; у женщин надо выяснить количество родов, здоровье детей, объем месячных кровопотерь, сроки последней менструации. Разумеется, для пожилого человека перенесенные в раннем детстве инфекции не имеют существенного значения, но во всех случаях следу-

ет фиксировать наличие в анамнезе рецидивирующих пневмоний и ангин, тяжелой скарлатины, токсического гриппа, туберкулеза, аллергий, венерических заболеваний. Повторные пневмонии, ОРВИ наблюдаются при иммунодефицитах (СПИД, синдром Гужеро – Шегрена, болезнь тяжелых цепей и другие виды лимфопролиферации (см. главы 7, 9)). Иногда в диагностическом плане важен учет перенесенных операций и травм, в том числе ранений. Диагностическое (и эпидемиологическое) значение имеет выявление инфекционного гепатита в анамнезе. Необходимо выяснить, были ли в прошлом переливания крови. Большое значение имеет *семейный анамнез*. Особенно важно выявить наличие у родственников ревматизма, туберкулеза, хронической пневмонии, гипертонической болезни, аллергий, ожирения и других наследственно обусловленных заболеваний, в том числе сахарного диабета, гемолитических анемий и т. д. Обязательно нужно уточнить непереносимость лекарств, запахов, какой-либо пищи в анамнезе, выяснить наличие тех или иных профессиональных вредностей у больного.

Объективное исследование начинают с общего осмотра. Порой уже первого взгляда достаточно для предположения о характере заболевания. Так, для больного опухолью желудка типичны истощение, землистый цвет кожи; при активном ревматизме – цианотический румянец щек; при СКВ наблюдается бледно-цианотическая «бабочка» на лице, инфантильность телосложения; при раке головки ПЖЖ – ярко-ша-

франная желтуха. При коарктации грудной аорты наблюдаются гипертрофия мышц плечевого пояса и недоразвитие мышц ног. О многом фельдшеру говорит положение больного в постели. Болезненные ощущения нередко заставляют пациента принимать вынужденное положение: сидя в постели с опорой на руки при сердечной и бронхиальной астме; лежа на спине с подтянутыми к животу ногами при «остром животе»; лежа на боку с приведенными ногами и запрокинутой головой («поза легавой собаки») – при цереброспинальном менингите. Вынужденное коленно-локтевое положение («поза молящегося магометанина») характерно для выпотного перикардита, беспокойное состояние – для почечной колики. Неподвижность в суставах из-за болей типична для суставной атаки ревматизма, подагрического приступа.

У тяжелых больных фельдшер определяет и отмечает в медицинской карте состояние сознания: ясное, легкое оглушение (ступор); глубокое помрачение (сопор); полная утрата сознания (кома). Возбуждение может проявляться в виде буйного бреда с галлюцинациями при «белой горячке», иногда при двухсторонней плевропневмонии, тифах, печеночной недостаточности, а также в виде тихого бреда – бормотание отдельных слов или звуков, что иногда бывает при кровоизлиянии в мозг.

Запах выдыхаемого больным воздуха помогает в диагностике: так, при диабетической коме отмечается запах ацетона, при гангрене легкого – тяжелый гнилостный запах; ка-

ловый запах свойственен непроходимости кишечника, запах мочи (точнее аммиака) – уремии. Ощущение запаха алкоголя должно насторожить врача: алкогольная интоксикация может полностью замаскировать имеющееся внутреннее заболевание: опьянение пациента затрудняет диагностическую работу. Фельдшеру необходимо обратить внимание на выражение лица больного. Так, при крупозной пневмонии, как правило, наблюдаются гиперемия лица, участие крыльев носа в дыхании, нередко герпетические высыпания на губах. Общеизвестны экзофтальм, блеск глаз и живость мимики при тиреотоксикозе; заостренность носа и западение глаз при разлитом перитоните («лицо Гиппократата»). При нефритах, микседеме лицо маловыразительно, бледно, отечно; при митральном пороке – иногда одутловато; губы, кончик носа и уши при этом цианотичны.

При осмотре определяют конституцию и упитанность больного. Похудание наблюдается при энтеритах, амилоидозе ЖКТ, лимфопролиферации (см. главу 7), хронических инфекциях, туберкулезе, депрессиях, СПИДе. Резкое истощение (кахексия) типично для рака пищевода и желудка, наблюдается при отказе от еды у психических больных, при СПИДе. При алиментарном ожирении жир обычно распределяется равномерно; при болезни Иценко – Кушинга преимущественно откладывается в области лица, груди, верхней части живота (ноги и таз худые), в климактерическом периоде наблюдается жировой горб над VII шейным позвон-

ком (*gybbus climactericus*); при гипотиреозе ожирение выражено в области запястий и лодыжек, при гипофункции яичников – в области таза и ягодиц (см. главу 11).

Дисплазия костей скелета, в частности лицевого, – башенный череп, низкая переносица, выступающая нижняя челюсть и др. – обычно связаны с наследственной гемолитической анемией; непропорционально длинные пальцы («паучьи») свойственны синдрому Марфана. «Руки мадонны» с заостренными концевыми фалангами наблюдаются при тиреотоксикозе. Гиперподвижность суставов, гиперэластичность кожи нередко сочетаются с кровоточивостью (Баркаган З. С., 1989), с пролапсом митрального клапана, опущением внутренних органов и т. д.

Бледность кожи обычно обусловлена малокровием при острых кровопотерях, лейкозах и, реже, – отеками, а также может быть следствием шока при инфаркте миокарда, тяжелых травмах. Общее покраснение кожи характерно для лихорадочных состояний, эритремии, гипертонической болезни, диэнцефальных кризов. Характерная «чугунно-грифельная» окраска кожи наблюдается при гемо-

хроматозе (см. главу 7). Усиленная пигментация кожных складок ладоней – симптом аддисонизма (с. 341). При алкогольной коме и кровоизлиянии в мозг отмечается гиперемия кожи лица и шеи. **Цианоз** кожи и слизистых обусловлен снижением содержания оксигемоглобина в крови и повышением карбоксигемоглобина, что наблюдается при болезнях лег-

ких, сердечной недостаточности, отравлении угарным газом, анилином, нитробензолом и др. Кардиальный цианоз раньше всего появляется на губах, ушных раковинах, кончике носа, под ногтями (acroцианоз). Появление симметричного местного цианоза пальцев рук на холоде отмечается при болезни Рейно, при сосудистых дистониях. **Желтуха** (*icterus*) обусловлена отложением билирубина и его продуктов; она становится заметной при содержании билирубина в крови более 20,5 мкмоль/л по Ван ден Бергу, Ендрашеку. Различают *rubin icterus* – желтуху с красноватым оттенком, *flavin icterus* – желтуху с лимонным оттенком, *verdin icterus* – зеленовато-желтушную окраску и *melas icterus* – темно-зеленый (до черного) оттенок желтухи. **Матронизм** – это округлое лицо, кожа ярко-красного цвета; наблюдается при болезни Иценко – Кушинга (см. главу 11).

Фельдшеру необходимо отмечать и сыпь на коже — **экзантему**. Так, петехии (мелкие кожные кровоизлияния) отмечаются при тромбоцитопении, сепсисе. Акне (мелкоточечные нагноения сальных желез) наблюдается в пубертатном периоде, при ожирении, болезни Иценко – Кушинга, бромизме; оно чаще локализуется в области лица и шеи. Сосудистые звездочки («паучки») на спине и руках отмечаются при циррозах печени и гепатитах, местная пигментация кожи – в зонах частого применения грелок. Темно-бурые пятна на коже, на слизистых оболочках заставляют исключать саркому Капоши при СПИДе (с. 275). Обращают внимание

на наличие кожных язв, шелушения, рубцов на коже (в том числе послеоперационных). Так, рубцы на шее обычно указывают на перенесенный туберкулезный лимфаденит («золотуху»), очаги депигментации на шее в виде ожерелья – сифилитическую лейкодерму («ожерелье Венеры»). Расширение подкожных вен в области пупка («голова медузы») свойственно циррозу печени; усиленный венозный рисунок в области плеч и спины заставляет думать об опухоли средостения или слипчивом перикардите. Следы от инъекций на коже передней поверхности бедер, живота, рук помогают в распознавании истерии, симуляции, наркомании.

Влажность кожи фельдшер определяет пальпаторно, она тоже имеет диагностическое значение. Так, рефлекторное усиление потоотделения наблюдается при сильных болях – при стенокардии, инфаркте миокарда, выраженной одышке, падении температуры до нормы. Ночной пот типичен для туберкулеза и других воспалительных процессов (хронический пиелонефрит и т. п.), для лимфогранулематоза. Влажность кожи постоянно повышена при тиреотоксикозе, гипогликемии. Сухость кожи наблюдается при обезвоживании (многократная рвота, профузные поносы, диабетическая кома, полиурия). Фельдшер обращает внимание и на степень оволосения кожи. Рост волос на лице у женщин обычно свидетельствует об аденоме гипофиза или опухоли надпочечника (см. главу 11). При тиреотоксикозе наблюдается раннее поседение волос, поредение их в подмышечной

области и на лобке. Выпадение волос на голове может быть признаком железодефицитного состояния, в наружной части бровей – гипотиреоза. Трофические изменения ногтей бывают после тяжелых пневмоний и других инфекций. Ломкость и хрупкость, поперечная исчерченность, ложкообразная форма ногтей характерны для железодефицитной анемии. Ногти в виде часовых стекол наблюдаются при хронических легочных заболеваниях (см. главу 2). Подкожные *отеки* общего характера обусловлены обычно сердечной декомпенсацией; сердечные отеки появляются вначале на голенях, нарастают к вечеру, кожа над ними цианотична, почечные отеки локализуются главным образом на лице, уменьшаются к вечеру, кожа над ними бледна. Локальная отечность поясницы иногда указывает на опухоль поджелудочной железы, забрюшинную лимфосаркому. Односторонние отеки на конечностях наблюдаются при сдавлении и/или тромбозе вен, при увеличении лимфоузлов.

Важное значение имеет исследование глаз. Выпячивание глазных яблок типично для тиреотоксикоза; односторонний *экзофтальм* указывает на опухоль или воспалительный процесс в области орбиты. Западение глаз наблюдается при истощающих опухолях и в агональном состоянии; резкое сужение зрачка (миоз) – при уремии, у морфинистов, при остром отравлении никотином. Фельдшер оценивает окраску конъюнктив, наличие сыпи на них, цвет склер. Рецидивирующий *Herpes labialis*, *H. nasalis* наблюдается при

иммунодефицитах, в том числе при СПИДе. При осмотре полости рта обращают внимание на состояние **языка**. Следует помнить, что в норме у корня языка может быть мягкий налет, исчезающий после еды или полоскания рта. Значительный налет на языке (обложенность) характерен для тяжелых лихорадочных заболеваний. Гладкий и/или красный язык с атрофичными сосочками («лакированный») наблюдается при раке желудка, дефиците витамина В₁₂. При остром панкреатите, перитоните язык сухой, иногда с трещинами, покрыт темным налетом; сухость языка бывает и при сахарном, и при несахарном диабетах, при лечении мочегонными средствами, при выраженном малокровии. Свежие прикусы и старые рубцы на языке указывают на эпилептические припадки в прошлом. Тяжелобольные с трудом высовывают язык; при тиреотоксикозе, алкогольной интоксикации отмечается дрожание кончика высунутого языка; при нарушении мозгового кровообращения язык отклоняется в сторону. Больные неврозами, истерией способны очень далеко высунуть язык из-за привычки подолгу рассматривать его в зеркале.

При осмотре **ротовой полости** фельдшеру необходимо обратить внимание на наличие афт, эрозий, кровоизлияний, лейкоплакий (у курильщиков), серой каймы на деснах – при свинцовой интоксикации. Надо осмотреть кариозные зубы, так как это возможные «ворота» инфекции. Распространенный кариес вместе с упорным фурункулезом нередко ука-

зывает на скрытый сахарный диабет. Дурной запах изо рта отмечается при пародонтозе, кишечной диспепсии и других заболеваниях. Папулы, длительно существующие эрозии и/или язвы ротовой полости и зева всегда требуют исключения сифилиса; «молочница» (кандидоз), буроватые пятна на слизистой рта заставляют исключить СПИД. Чрезмерная яркая гиперемия и отечность слизистой оболочки задней стенки глотки указывают на фарингит; рубцовые втяжения могут наблюдаться при сифилисе. Для больных истерией характерно снижение глоточного рефлекса, иногда и роговичного. Фельдшеру нужно оценить размеры миндалин, цвет слизистой оболочки, наличие гнойных пробок и налетов на них. Нарушение звонкости голоса (дисфония) может быть следствием патологии гортани (опухоли и др.), сдавления возвратного нерва (*n. recurrens*) загрудинным зобом или узлами переднего средостения. Снижение тембра голоса наблюдается при маскулинизирующих опухолях коры надпочечников (см. главу 11), а также у лиц, принимающих андрогены, анаболические гормоны. При неясной лихорадке фельдшер обязательно проверяет, нет ли ригидности мышц шеи и других менингеальных симптомов (см. главу 11). **Щитовидная железа** в норме при пальпации мягкая, контуры ее нечеткие. При увеличении железы следует установить степень зоба (с. 333).

Фельдшер определяет на глаз и пальпаторно степень увеличения **лимфатических узлов** (ЛУ), болезненность, их

спаянность с кожей и между собой, консистенцию. Напомним, что в норме у взрослых ЛУ шеи могут достигать диаметра 1 см (они почти всегда пальпируются у худощавых людей), подчелюстные ЛУ в норме по длиннику до 2 см, подмышечные – до 1,5 – 2 см (особенно при повторных микротравмах рук), паховые ЛУ в норме у мужчин до 3 – 4 см по длине, у женщин несколько меньше. Резкая болезненность ЛУ в сочетании с их мягкостью и краснотой кожи обычно указывает на островоспалительный процесс в них – лимфаденит. Множественные мелкие плотные ЛУ характерны для вторичного сифилиса (особенно узлы в локтевой ямке). При туберкулезной интоксикации ЛУ мягкие («тестоватые»), слегка болезненные, иногда в их зоне открываются свищевые ходы. При лимфогранулематозе узлы плотные, безболезненные, не спаяны («мешок с картофелем»);

при лейкозах, гематосаркоме – нередко большие, плотные, спаяны между собой и с кожей. Лимфатические узлы «каменной» плотности, безболезненные и несмещаемые, наблюдаются при метастазах рака. Напомним, что локальное увеличение ЛУ в надключичной области слева («вирховская железа») типично для рака желудка, в подмышечной области – для рака молочной железы. Паховый лимфаденит заставляет исключать венерические болезни. При исследовании костей обращают внимание на их искривления, болезненность при пальпации и поколачивании. Наличие размягчений, как правило, обусловлено метастазами рака, миеломной болез-

нию, болезнью Хэнда – Шюллера – Кристиана и др. «Бараньи палочки» на пальцах наблюдаются при хронических легочных заболеваниях. Важно установить тип поражения суставов (см. главу 6). Много информации дает осмотр кистей. Наиболее частая среди населения патология суставов – инволютивный артроз – сопровождается утолщением дистальных и/или проксимальных межфаланговых суставов на кистях (так называемые узелки Гебердена и Бушара), деформацией 1-го плюснофалангового сустава на стопах, особенно у женщин, крепитацией в коленных суставах (ее оценивают на ощупь при сгибании ног). Для диагностики остеохондроза фельдшер осматривает позвоночник, оценивает наличие кифоза, лордоза, сколиоза; выявляет болезненность паравертебральных точек. В необходимых случаях фельдшер проводит пальцевое исследование прямой кишки, обращая внимание на папулы в зоне ануса, мошонки, которые часто имеют сифилитическую этиологию. Рецидивирующий герпес промежности, половых органов наблюдается при СПИДе и других иммунодефицитах.

Глава 2

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

2.1. Основные синдромы

Оценка жалоб. Кашель чаще всего зависит от раздражения рецепторов бронхов местным полнокровием и избыточным отделяемым (мокротой). Утренний кашель с небольшим количеством мокроты – симптом бронхита, кашель с мокротой, возникающий в положении лежа на боку, – признак воспаления в противоположном легком. Сухой кашель, возникающий при физических нагрузках, требует исключения митрального порока сердца, туберкулеза, опухоли средостения (с. 53). Слизистая мокрота имеет прозрачно-беловатый цвет; желтовато-зеленоватая, с пробками, мокрота является гнойной; при бронхоспазме в мокроте определяются слепки бронхов. Ржавый оттенок или геморрагические прожилки говорят о старых или свежих легочных кровоизлияниях и/или кровотечениях; гнилостный запах мокроты указывает на абсцедирование. Онкологически настороженный фельдшер направляет пациента на цитологическое и бактериологическое исследование мокроты. Кровохарканье свойственно опухоли легкого, туберкулезу, тяжелому гриппу.

пу, васкулитам, геморрагическим диатезам, гемосидерозу, порокам сердца, инфаркту легкого. Упорный насморк требует исключения синусита (гайморит и др.), поллиноза, патологии носовой перегородки, которые могут провоцировать обострения бронхолегочной патологии; все чаще наблюдается аллергический вазомоторный ринит.

Боли в грудной клетке на вдохе являются обычно плевральными, в этом случае они уменьшаются в положении лежа на больной стороне. Острые боли в боку могут указывать на инфаркт легкого, на пневмоторакс. Постоянного характера боли, главным образом по ходу межреберий, начинающиеся у позвоночника, свойственны корешковому синдрому при остеохондрозе, патологии позвонков (туберкулез, опухоли, травмы). И при левосторонней, и при правосторонней локализации боли в грудной клетке требуют исключения стенокардии. Свист в грудной клетке, на который иногда жалуются больные, характерен для бронхоспазма. Стридорозное дыхание указывает на ларингоспазм и другую патологию гортани или трахеи. В норме соотношение длительности вдоха и выдоха составляет примерно 2: 1. Для бронхиальной астмы типична экспираторная одышка, для сердечной астмы – одышка смешанного типа. Неудовлетворенность вдохом – частая жалоба больных дистониями, невротизмами, в том числе и при климактерическом синдроме (с. 296). Напомним фельдшеру, что одышка может быть симптомом нарастающего стеноза гортани, тромбоэмболии легочной артерии, в

этом случае она сочетается с острой болью в груди. Упорный кашель, «необъяснимая» одышка требуют исключения и СПИДа, и легочных васкулитов (см. главу 9). Обязательны тщательный сбор и оценка анамнеза заболевания, учет перенесенных болезней, прежде всего «золотухи» в детстве (шейный лимфаденит туберкулезной этиологии, после которого нередко остаются рубцы в зоне бывших свищей в подчелюстной зоне).

Осмотр. Для хронической бронхолегочной патологии характерен «теплый» диффузный **цианоз**, обусловленный накоплением в крови карбоксигемоглобина. В крови снижено насыщение кислородом (менее 85 %). Резко выраженный цианоз наблюдается при склерозе легочной артерии (синдром Аэрза). В крови при этом выражен эритроцитоз. Весьма характерна гипертрофическая остеоартропатия: «барабанные палочки» на пальцах и ногти в виде часовых стекол, периостальные разрастания на костях голеней, бедер, диффузные боли и припухлость суставов. Этот синдром наблюдается при хронической пневмонии, раке бронха. Иногда ему сопутствует повышенное потоотделение кистей и стоп. Фельдшер пальпирует шейные, подмышечные лимфоузлы (см. главу 7), они увеличиваются при опухолях легких. Оценивают форму грудной клетки, равномерность ее участия в акте дыхания. Если ритм дыхания патологический, надо дать ему оценку (дыхание Биота, Чейна – Стокса, Грокко). Шумное дыхание (Куссмауля) свойственно диабетической и

печеночной коме, храпящее дыхание – апоплектической коме. Необходимо провести топографическую и сравнительную перкуссию легких, определить границы легких, высоту стояния верхушек и ширину полей Кренига (рис. 1), подвижность нижнего легочного края (в норме – 2 см). Напомним, что перкутировать следует только по межреберьям (при легочном кровотечении перкуссия опасна). Голосовое дрожание фельдшер определяет пальпацией грудной клетки двумя руками, пациент при этом громко произносит «тридцать три». Ослабление голосового дрожания наблюдается при экссудативном плеврите, гемотораксе, ателектазе доли легкого, выраженной эмфиземе, а также при ожирении, общей слабости. Голосовое дрожание усилено при пневмонии, больших опухолях.

При аускультации фельдшер отмечает тип дыхания (везикулярное, бронхиальное, амфорическое и т. д.), наличие хрипов (сухие, влажные), крепитации, шума трения плевры и др. Сочетание свистящих или жужжащих и разнокалиберных влажных хрипов с затрудненным выдохом характерно для бронхоспазма. Меняющиеся при покашливании влажные хрипы указывают на бронхит. Напомним, что крепитация – это негромкий звук разлипания стенок альвеол, он слышен при пневмонии лишь на высоте вдоха, а крепитирующие хрипы на слух напоминают шум сминаемой бумаги, они слышны в период всего вдоха и выдоха (при пневмосклерозе), почти не меняются при покашливании.

Шум трения плевры напоминает скрип снега под сапогами в мороз, он слышен в фазы вдоха и выдоха.

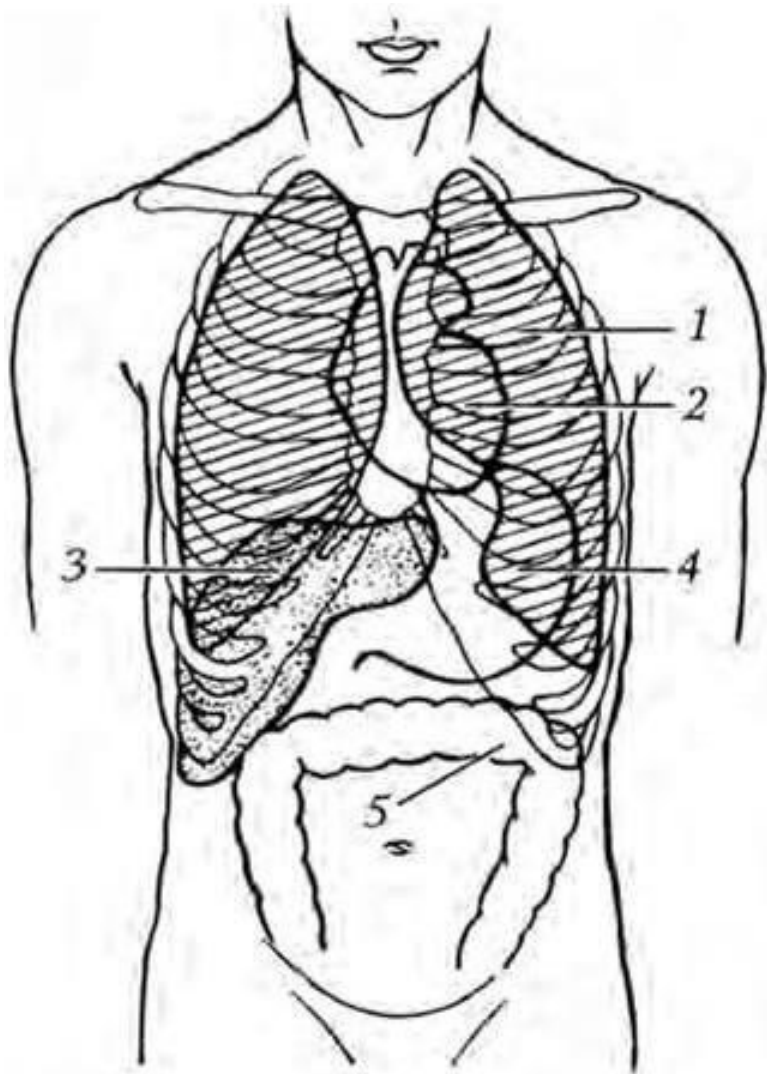


Рис. 1. Топография внутренних органов:

1 – легкое, 2 – сердце, 3 – печень, 4 – желудок, 5 – ободочная кишка

Синдром легочной недостаточности развивается практически при всех видах дыхательной патологии как результат нарушений газообмена в легких. Выделяют несколько степеней дыхательной недостаточности (ДН):

I степень ДН – когда одышка и цианоз возникают при ранее привычной физической нагрузке;

II степень ДН характеризуется одышкой и цианозом при небольшой нагрузке;

III степень ДН характеризуется одышкой в покое.

Кроме того, выделяют обструктивную дыхательную недостаточность (при бронхиальной астме, эмфиземе) и рестриктивную недостаточность (при пневмосклерозе). Эти варианты различают по тестам внешнего дыхания. В норме жизненная емкость легких (ЖЕЛ) составляет 1800 – 7200 мл, фактическую ЖЕЛ сопоставляют с расчетной ЖЕЛ. Снижение ЖЕЛ отмечается при эмфиземе, пневмосклерозе, застое в малом круге кровообращения. Форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ) определяется при максимально быстром выдохе. Длительность форсированного выдоха в норме – не более 1,5 – 2,5 с. Отношение ФЖЕЛ к ЖЕЛ характеризует бронхиальную проходимость. В частности, при бронхоспазме ФЖЕЛ за 1 с снижается (норма – 70 – 80 % ЖЕЛ). Брон-

хообтурационный синдром может быть объективно выявлен и простейшим тестом Снайдера: неспособность задуть горящую спичку, находящуюся в 15 см от рта больного (с. 25). При необходимости исследуют легочный газообмен и газы крови на аппарате Ван Слайка. Состояние легких, плевры, средостения уточняют при РГФ, КТ. В неясных случаях врач проводит бронхоскопию с биопсией (амбулаторно).

2.2. Важнейшие заболевания

2.2.1. Бронхиальная астма

Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание бронхолегочной системы, обусловленное патологией иммунитета и характеризующееся прежде всего бронхоспазмом.

Патогенез. В стенке бронха антиген связывается с антителом и комплементом, при этом высвобождаются гистамин, серотонин, ацетилхолин, кинины, «медленно реагирующая субстанция»; это вызывает спазм бронхов и легочных артериол, т. е. приступ БА. Антигенами являются молекулы ряда красителей, клеев, органических растворителей, лекарств, вакцин, пыльцы растений, домашней и мучной пыли, пуха, духов и др. Провоцирующие факторы бронхоспазма: переутомление, курение, охлаждение, инфекции (в том числе хламидиоз). Основой для инфекционно-аллергической БА во многих случаях являются хронический бронхит или хроническая пневмония: измененная слизистая оболочка бронхиального дерева повышено чувствительна к внешним аллергенам. Обострения БА нередко наступают после каждой ОРВИ. Решающее значение имеет наследственная предрасположенность (муковисцидоз и др.), когда повышена вязкость бронхиального секрета. Загрязнение атмосферы

промышленными газами и пылью, связанное с развитием химической промышленности и автотранспорта, широкое использование органических и синтетических веществ (лаки, клеи и др.) в быту и на производстве, неумеренное потребление лекарств (индометацина, АСК) резко повысило частоту бронхоспазма (в некоторых районах Земли страдает до 3 – 8 % всего населения).

Клиника. Приступ БА возникает внезапно, чаще всего ночью. Обычно наблюдаются предвестники приступа: слабость, чихание, чувство скованности в грудной клетке. Во время приступа пациент садится в постели либо стоит, опираясь на стол, т. к. при этом включается мускулатура плечевого пояса, помогающая дыханию. Лицо больного цианотично, шейные вены набухают. На расстоянии слышны свистящие хрипы на фоне шумного затрудненного выдоха. При перкуссии легких определяется коробочный звук, при аускультации выявляются свистящие музыкальные хрипы. Из-за нарастающей обтурации бронхов слизью и ослабления дыхательных движений шумы могут не прослушиваться. Как правило, учащается пульс, несколько повышается АД. Приступ БА может продолжаться до нескольких суток. При тяжелом приступе возникает правожелудочковая недостаточность (см. главу 3). Атопическая БА начинается на фоне вазомоторного ринита, полипоза носа, аллергических дерматитов, экссудативного диатеза у детей. Приступ БА в этом случае возникает днем, начинается с ощущения першения

в горле, щекотания в носу, упорного внезапного кашля и одышки с затрудненным выдохом. Обострения в этом случае сезонные, но провоцировать их могут и беременность, и вакцинации.

Диагностика. Функциональные легочные пробы и тесты с бронхолитиками позволяют выявить бронхоспазм на самых ранних стадиях. Для определения спектра аллергенов используют скарификационные кожные пробы с аллергенами, тест дегрануляции базофилов. В мокроте, взятой после астматического приступа, наблюдаются спирали Куршмана, кристаллы Шарко – Лейдена, эластические волокна, эозинофилы. Даже в «светлый» промежуток в крови у больных, как правило, отмечается эозинофилия; при обострении воспалительного легочного процесса – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ (см. Приложение 1).

Дифференциальная диагностика. Астмоидный синдром наблюдается при опухолях и инородных телах в бронхах, однако аускультативная симптоматика выражена на одной стороне, отсутствуют признаки аллергии. Диагноз уточняется при РСК и бронхоскопии. При сердечной астме затруднен не только выдох, но и вдох; мокрота жидкая, нередко с примесью крови; аускультативно отмечают преобладание влажных хрипов в нижних отделах легких. При остром инфаркте миокарда одышка также смешанного типа, АД снижается, отмечаются «холодный» акроцианоз, аритмии сердца. Одышка при уремии не дает столь очерчен-

ной картины приступа, если нет отека легких; кроме того больной имеет характерный внешний вид (отеки), исходящий от него запах и другие симптомы заболевания почек. При медиастинальном синдроме, т. е. увеличении ЛУ средостения при опухолевых (см. Приложение 2) или воспалительных процессах (лимфогранулематоз, ТБК-бронхоаденит и др.), кроме периодически наступающего удушья, наблюдаются признаки сдавления верхней полой вены – набухание вен шеи, цианоз лица, расширенные подкожные вены на плечах. Приступы одышки – частый симптом при истеро-невротических состояниях, в частности на фоне климакса. Однако такая «истерическая астма» протекает без ортопноэ (больные могут лежать) и вообще без существенного нарушения общего состояния. В легких не выслушиваются хрипы, выдох не удлинён. Характерная жалоба таких больных – неудовлетворенность вдохом. Почти всегда такой приступ разворачивается при свидетелях и спонтанно заканчивается, если пациент предоставлен самому себе.

Профилактика. Исключение контакта с аллергеном; неспецифическая гипосенсибилизация (проводит врач аллерголог); лечение хронической легочной инфекции, синуситов; общее закаливание организма (сон на открытом воздухе круглый год), самомассаж грудной клетки, дыхательная гимнастика (по Бутейко, по Стрельниковой), иглорефлексо-терапия*. Исключение курения и употребления крепких алкогольных напитков. Вне обострения – санаторно-курортное

лечение (СКЛ) в Кисловодске, Туркменистане, в Прибалтике (Юрмала, Паланга). Показана спелеотерапия – пребывание в соляных пещерах.

Лечение. Предупреждают приступы БА ингаляции интала (по 20 мг), прием задитена (2 – 4 мг/сут), кетотифена. Основа лекарственного лечения БА – бронхорасширяющие средства. Врач назначает атропин и другие препараты белладонны, теофедрин, солутан, теопэк*, теотард*. Применяют небулайзер. Для купирования приступа БА фельдшер вводит 0,2 мл 0,1 % раствора адреналина или 0,5 – 1,0 мл 5 % раствора эфедрина, 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина*, дроперидол (2 – 5 мл в/в). Эуфиллин быстро расширяет бронхи, но повышает кислородный долг миокарда, вызывает тахикардию. Используют алуцент – по 0,02 г 3 раза в день внутрь, ингаляционно* и в/в. Изадрин (новодрин, эуспиран) в ингаляциях дает быстрый и стойкий эффект (до 3 – 4 ч); эфедрин – по 0,5 – 1,0 мл 5 % раствора п/к (более эффективен, чем адреналин). Бета-2-стимуляторы: фенотерол (беротек), сальбутамол и другие при ингаляционном применении быстро расширяют бронхи, эффект длится до 8 ч. Бриканил используют подкожно и внутрь. Приступ БА купирует ингаляционное введение ГКС (бекотид, будесонид и др.). Применяют также беродуал* (комбинация беротека с атроVENTOM) по 1 – 2 дозы ингаляционно, тровентол. Умеренный бронхорасширяющий эффект дают коринфар, финоптин, димедрол. Напомним, что применение лазикса может

углубить приступ БА; противопоказано введение мочегонных и наркотиков при затянувшемся приступе. Коргликон обычно малоэффективен.

При неэффективности бронхолитиков и невозможности быстрой госпитализации больного врач вводит в/в 60 – 90 мг преднизолона; при затянувшемся приступе БА показаны в/в капельная инфузия 300 – 400 мл 4 – 5 % раствора бикарбоната натрия (для купирования ацидоза), плазмаферез*. В стационаре применяют интенсивную терапию ГКС (до 500 – 1 000 мг преднизолона/сут), плазмаферез*, гемосорбцию, промывание бронхов физиологическим раствором с протеолитическими ферментами (трипсин, лидаза). Показания к переводу на управляемое дыхание: тахикардия более 140 уд/мин, понижение напряжения кислорода в артериальной крови ниже 40 мм рт. ст. и др.

2.2.2. Бронхиты и бронхоэктазы

Бронхиты характеризуются воспалением только слизистой оболочки бронхов (эндобронхит) или всех слоев бронха (панбронхит) и усилением бронхиальной секреции. Наибольшее значение в генезе бронхита имеют инфекционные, большей частью вирусные, агенты, к которым нередко присоединяется бактериальная флора (стафилококки, пневмококки, клебсиелла и др.). Большую роль играет и повреждение сурфактанта, выстилающего альвеолы и мельчайшие

бронхи. Несомненна роль наследственного дефицита α -1-антитрипсина, α -1-макроглобулина и других антиэластазных ферментов, в результате чего протеазы легочных макрофагов и нейтрофилов разрушают стенку бронхиол.

Клиника острого инфекционного бронхита. Слабость, жжение, саднение, дискомфорт за грудиной; кашель сухой или влажный, с небольшим количеством слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Температура субфебрильная. В легких могут выслушиваться жесткое дыхание, сухие или влажные (средне и/или мелкопузырчатые) хрипы, меняющиеся или исчезающие при покашливании. Может быть тахикардия. При РГФ иногда усилен легочный рисунок в нижних отделах. Показатели легочной вентиляции умеренно снижаются. ОАК: умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – до 20 – 30 мм/ч.

Бронхит хронический (БХ) – диффузное прогрессирующее воспаление бронхиального дерева, характеризуется перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки, склерозом глубоких слоев бронха; гиперсекрецией слизи с нарушением очистительной и защитной функций бронхов. БХ относится к хроническим обструктивным болезням легких (с. 52). Наибольшая заболеваемость БХ наблюдается у длительно курящих лиц; имеют значение наследственно обусловленная высокая вязкость мокроты (муковисцидоз), дефицит IgA, α -1-антитрипсина и комплемента, дисфункция мерцательного эпителия бронхов, недостаточность функции

макрофагов легких. Нередко БХ возникает из острого бронхита, вызываемого ОРВИ.

Клиника БХ сопровождается постоянным или периодически возникающим кашлем с мокротой не менее 3 мес. в году в течение двух лет или более, повторными вспышками воспалительного процесса в бронхах. Начинается БХ постепенно с кашля по утрам и выделения небольшого количества слизистой мокроты. С годами кашель становится постоянным, уменьшается лишь в теплое время года. При поражении бронхов среднего калибра характерны осенне-зимние обострения с кашлем и слизисто-гнойной мокротой, с появлением в легких жужжащих хрипов. Поражение мелких бронхов рано проявляется свистящими хрипами, нарушением бронхиальной проходимости. Обструктивные нарушения вентиляции легких ведут к формированию эмфиземы и легочного сердца. Обострения БХ проявляются усилением кашля, увеличением количества мокроты, нарастанием одышки, слабости, потливости по ночам. Рентгенологических изменений БХ не дает; диагноз подтверждают бронхоскопия, бронхография. ДД проводят с бронхиальной астмой, с хронической пневмонией, туберкулезом легких, опухолями. Кашель, возникающий при физической нагрузке, заставляет исключать митральный порок сердца.

Профилактика. Борьба с курением, снижение загазованности городского воздуха, предупреждение ОРВИ и других инфекций. Важнейшее значение имеет свободное но-

совое дыхание, которое следует поддерживать с помощью «гимнастики» для крыльев носа, профилактическим закапыванием в нос подсоленной прохладной воды, разбавленного сока чеснока или лука осенью и весной. Необходима санация придаточных пазух носа, профилактика аллергии. Полезно умеренное использование сауны. Многие случаи БХ являются ятрогенными, так как обусловлены или недолеченностью острого бронхита, или неправильным трудоустройством (работа в контакте с профвредностями). Фельдшер должен выявлять лиц с факторами риска и с предбронхитом, т. е. имеющих периодический или постоянный кашель (менее 3 мес. в году) с мокротой по утрам, в том числе кашель курильщика, и настойчиво проводить с ними профилактические мероприятия.

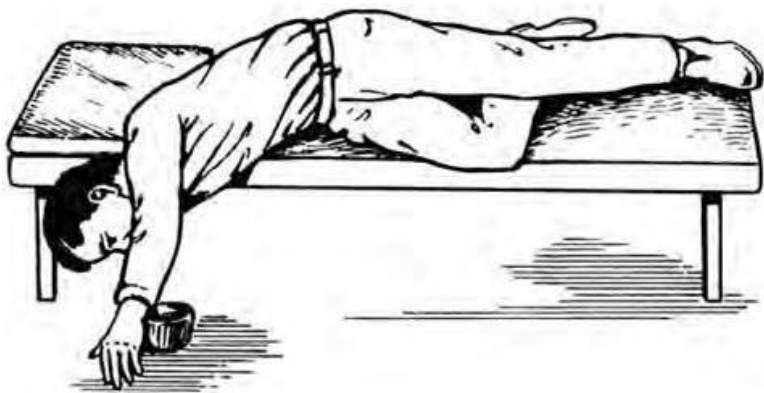


Рис. 2. Постуральный дренаж

Лечение острого бронхита и обострения БХ: применяются противовоспалительные средства, например, АСК 0,5 г 3 раза/сут в сочетании с кофеином по 0,1 г 3 раза/сут; рекомендуются обильное питье, чай с лимоном, медом, малиной, цветками липы, подогретые минеральные воды. Обязательны дыхательная гимнастика, постуральный дренаж, массаж или самомассаж с местнораздражающими мазями (апизартрон и др.), горчичники, банки.

Позиционный (постуральный) дренаж. Пациент лежит на здоровом боку на краю кровати, свесив под кровать другую руку (рис. 2). Он делает глубокий вдох и после этого форсированный выдох с кашлем, повторяя это 3 – 5 раз. Желательно, чтобы помощник при этом слегка постукивал ладонью по грудной клетке больного в зоне пневмонии для улучшения дренажа. При правильном выполнении упражнения немедленно отходит мокрота, уменьшается число хрипов при аускультации. При двусторонней пневмонии больной выполняет позиционный дренаж поочередно на обоих боках или в коленно-локтевом положении, что более эффективно (2-я поза противопоказана при гипертонической болезни, выраженном церебральном атеросклерозе, ПНМК).

При тяжелом течении бронхита и при отсутствии эффекта от вышеперечисленной терапии назначают АБ (с. 43), САА. Блокируя синтез парааминобензойной кислоты, САА обладают выраженным широкоспектральным бактериоста-

тическим действием как на стафилококки, стрептококки, пневмококки, менингококки, гонококки, так и на бактерии: кишечную и синегнойную палочку, сальмонеллу. Концентрируясь в почках, САА оказывают бактерицидное уросептическое действие. Выделяясь бронхиальными железами, САА обеспечивает санацию бронхолегочного аппарата. Используют САА короткого действия: норсульфазол, сульфадимезин по 0,5 г 3 – 4 раза/сут, фталазол; пролонгированные САА: сульфадиметоксин (1,0 – 1,5 г утром однократно) с последующим снижением дозы. Сильное антибактериальное действие присуще бисептолу 480 (комбинация триметоприма и сульфаметоксазола), его назначают по 1 табл. 2 – 3 раза в день не только при бронхитах, но и при мочевых и кишечных инфекциях. САА противопоказаны при любой патологии беременности; с осторожностью их следует назначать жителям Армении, Азербайджана и стран Азии, у которых нередок дефицит фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы эритроцитов (см. главу 7). В этих условиях прием обычной дозы САА может вызвать тяжелый гемолитический криз. АБ при бронхите и обострении БХ назначают лишь при высокой температуре, выраженном токсикозе, сопутствующих заболеваниях, в старческом возрасте (с. 362). Лечение АБ и САА сочетают с ингаляциями сока чеснока или лука, использованием отхаркивающих средств – 3 % раствор йодида калия по 1 ст. л. 5 – 6 раз в день (не более 5 дней), терпингидрата, эвкалиптового масла, настойки кор-

ня солодки, ингаляциями с трипсином, алуpentом. Эффективны препараты: «Доктор МОМ», «АЦЦ». Лечение острого бронхита необходимо проводить до полного субъективного и объективного выздоровления. Если у больного сохраняются дискомфорт в грудной клетке при дыхании, одышке, потливость по ночам, покашливание или прослушиваются хрипы, меняющиеся при покашливании и при поколачивании грудной клетки – значит, бронхит не долечен. Фельдшер объясняет пациенту, что решающее значение приобретают здесь массаж, дыхательная гимнастика, джоггинг (бег трусцой), плавание.

Бронхоэктазы (БЭ) характеризуются расширением бронхов с образованием выпячиваний и вторичной инфекцией. В патогенезе БЭ имеют значение дисплазия (наследственная недостаточность) эластической и хрящевой ткани бронхов, дефицит α -1-антитрипсина, тяжелая пневмония, коклюш, корь в раннем детстве. При этом процесс локализуется в базальных отделах легких. Так называемые вторичные БЭ возникают у лиц среднего и/или пожилого возраста на фоне хронической пневмонии, бронхиальной астмы, туберкулеза. Локализация БЭ в этом случае разнообразна. *Клиника* при начальных проявлениях БЭ сводится к рецидивам упорного кашля с выделением мокроты. Отмечаются слабость, недомогание, повышенная потливость, утомляемость. Постепенно появляются землистый оттенок кожи, одутловатость лица, пальцы приобретают вид «барабанных

палочек», а ногти – «часовых стекол». Иногда в нижних отделах легких в начале болезни можно выслушать непостоянные локальные хрипы, которые исчезают с прекращением кашля и появляются вновь при простуде. В период обострения над пораженным участком можно выслушать разнокалиберные влажные хрипы на фоне жесткого дыхания; после откашливания количество хрипов обычно уменьшается. При наличии крупных БЭ выслушивается жесткое дыхание, утром хрипов больше, чем вечером. По мере прогрессирования процесса кашель усиливается. Наиболее выражен он в утренние часы; больной отделяет большое количество мокроты («полным ртом»). Мокрота гнойная или слизисто-гнойная, при отстаивании дает три слоя, нередко в ней отмечаются прожилки крови. В период обострения температура повышается до 38 – 39 °С. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При длительно протекающих БЭ может развиваться гипохромная анемия, возможен и эритроцитоз (см. главу 7). Осложнения БЭ: легочные кровотечения, эмпиема плевры, спонтанный пневмоторакс (редко), злокачественные новообразования легких, в том числе рак. Из внелегочных осложнений встречаются амилоидоз и метастатические абсцессы мозга.

Диагноз БЭ ставится на основании анамнеза и РГФ: на фоне усиления легочного рисунка наблюдаются тяжистость, радиально сходящаяся к корню легкого, ателектазы и локальный пневмосклероз. Бронхоскопия, бронхография поз-

воляют оценить состояние бронхиального дерева.

Профилактика БЭ. Раннее выявление и лечение болезней верхних дыхательных путей, особенно в детском возрасте, своевременное лечение синуситов, тонзиллита. Большое значение имеют также закаливание организма, занятия физкультурой, спортом.

Лечение БЭ. Антибиотики и САА (в стационаре АБ вводят эндотрахеально с помощью бронхоскопа, чрезназального катетера или горланного шприца). Антибактериальная терапия занимает ведущее место в консервативном лечении БЭ. Для лечения обострений применяют пенициллин, кефзол, ампициллин, оксациллин, гентамицин и САА (бисептол, сульфадиметоксин). Благоприятный эффект дает дыхательная гимнастика, очень важен постуральный дренаж. Показания к оперативному лечению: абсцессы легких и обильные кровохарканья. Полное излечение наступает у 50 – 80 % больных.

2.2.3. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)

ОРВИ – часто встречающиеся заболевания. Возбудителями гриппа являются фильтрующиеся вирусы сероваров А, А1, А2, В, С и др., постоянно циркулирующие в популяции и вызывающие сезонные (в осенне-зимний период) подъемы

заболеваемости. Постинфекционный иммунитет сохраняется при гриппе А в течение 1 – 3 лет, при гриппе В – до лет, штаммы вирусов, различающиеся по антигенным свойствам, способны вызывать рецидивы гриппа у переболевших лиц. В контингент «высокого риска» по гриппу относят лиц с хроническими болезнями легких, синуситами, с сердечно-сосудистой декомпенсацией, анемиями, диабетом и т. д. Вирус гриппа проникает в эпителий слизистой оболочки носа, затем глотки, гортани и трахеи, где размножается в условиях клеточного и гуморального иммунодефицита. Через сутки количество вирусных тел у больного уже составляет несколько миллионов; размножению вируса способствует и охлаждение отдельных частей тела (нос, уши, стопы и др.), так как выпадающие при этом холодные антитела (криоглобулины) нарушают микроциркуляцию и повреждают сосудистый эндотелий. Кроме того, поврежденный вирусом эпителий верхних дыхательных путей становится «входными воротами» для бактериальной микрофлоры (микстинфекция). Единственный источник инфекции – больной явной или стертой формой гриппа, болезнь распространяется воздушно-капельным путем. Больной гриппом заразен для окружающих с первых часов болезни и до стихания катаральных явлений, то есть обычно в течение 7 – 10 дней. При гриппе инкубационный период длится в среднем 1 – 2 дня, но может быть от нескольких часов до 3 сут. Прдромальный период проявляется легким познабливанием, недо-

моганием, кратковременным повышением температуры.

Клиника. Начальные симптомы: головная боль, лихорадка (38 – 40 °С) и озноб; всегда выражена слабость, разбитость, часты ноющие боли в мышцах, сухожилиях и крупных суставах. Типична боль в лобных и височных областях, надбровных дугах и глазных яблоках, она усиливается при движении глазами; могут возникать головокружение, тошнота, рвота (чаще у лиц юношеского и старческого возраста). В 60 % случаев наблюдаются заложенность носа в первые сутки болезни чувство сухости и саднения в носоглотке; на вторые сутки болезни у многих больных возникает насморк и мучительный сухой кашель, иногда сопровождающийся болями за грудиной. Как правило, умеренно увеличиваются подчелюстные, шейные и другие лимфоузлы. Может развиваться ДВС-синдром (см. главу 7): петехиальная сыпь на коже, носовые и маточные кровотечения, кровоизлияния в склеры глаз, кровохарканье.

Опорными диагностическими симптомами при неосложненном гриппе являются: гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, гиперемия задней стенки глотки, ринит со 2 – 3 дня болезни (табл. 1). При гриппе наблюдаются одышка, сухой (а с 3 – 4 дня и влажный) кашель, жесткое дыхание и хрипы над трахеей при выслушивании легких. Явления трахеобронхита исчезают обычно к 10 – 12 дню болезни, у пожилых лиц или при наличии сопутствующей патологии верхних дыхательных путей они держатся значительно

дольше. При неосложненном гриппе отмечается учащение пульса (иногда брадикардия), умеренное снижение АД, проходящее снижение амплитуды зубцов T и удлинение интервала PQ на ЭКГ. Возможны токсические явления со стороны кишечника: вздутие живота, поносы, а также небольшое увеличение печени и субиктеричность склер. В лихорадочном периоде в моче могут появиться белок, эритроциты и гиалиновые цилиндры. При инфекции штаммом А/Н1N1 (так называемый «свиной грипп») отмечаются упорный бронхит, нередко поражение почек, частое присоединение пневмонии и повышенная летальность. Заболевают чаще женщины молодого или среднего возраста.

Таблица 1

Дифференциально-диагностические симптомы гриппа и других острых респираторных вирусных заболеваний

Признак	Грипп	Парагрипп	Аденовирусная инфекция	Риносинцициальная инфекция	Риновирусная инфекция	Микоплазменная инфекция
Инкубационный период, дни	1–3	2–7	2–13	3–6	1–6	1–28
Начало заболевания	Внезапное, с ознобом	Постепенное	Постепенное, реже острое	Острое или постепенное	Острое	Постепенное
Внешний вид больного	Одутловатость, гиперемия лица, конъюнктивит	Обычный, иногда конъюнктивит	Обычный, иногда конъюнктивит	Обычный, иногда бледность, конъюнктивит	Обычный	Иногда конъюнктивит
Катаральные явления	Заложность носа, выделения со 2–3-го дня	Выраженный ларингит	Выраженная ринорея	Выраженный бронхит	Выраженная ринорея	Фарингит, бронхит
Головная боль	+++	±	+	±	±	±
Боли в глазах	+++	–	–	–	–	–
Боли в мышцах	+++	±	±	+	–	±
Вялость, адинамия	+++	±	+	–	–	–
Температура тела	Высокая с 1-го дня	Субфебрильная или норма	Высокая, длительная	Умеренная	Субфебрильная или норма	Субфебрильная или нормальная
Насморк	±	+	++	++	+++	±
Ларингит	–	++	–	+	–	–
Геморрагический синдром	±	–	–	±	–	–

Примечание. «+++» – значительное проявление признака; «++» – умеренное проявление признака, «+» – небольшое проявление признака; «±» – признак может присутствовать, «–» – отсутствие признака.

Резкая слабость, снижение слуха, бессонница, бред, заторможенность, сонливость больного при осмотре, серовато-бледно-цианотичный оттенок кожи, глухость тонов сердца и расширение его границы влево, наличие ритма галопа, артериальная гипотония и неврологические расстройства (ригидность затылочных мышц, снижение сухожильных рефлексов) обусловлены тяжелым токсикозом нервной системы и миокарда. При наличии склеротических изменений в мышце сердца и в крупных сосудах у лиц среднего и пожилого возраста гриппозная интоксикация миокарда особен-

но опасна возможностью фибрилляции желудочков и отека легких. Нередко присоединяется пневмония; отсутствие бронхиального дыхания и крепитации при выслушивании, появление прожилок крови в мокроте указывают скорее на вирусный характер пневмонии. Наличие у больного хронического синусита создает предпосылки для бактериальной пневмонии. Нередко пневмония на фоне гриппа приобретает геморрагический характер, сопровождается отслойкой слизистой оболочки бронхов, ателектазами. ОАК: наблюдается лейкопения и слегка повышенная СОЭ; могут быть эозинопения и моноцитоз.

Диагностика гриппа облегчается в период эпидемии: можно выделить вирус из крови, из носоглотки или мокроты больного и определить его серовар. У реконвалесцентов можно определить противовирусные антитела в крови. Труднее диагностировать легкую форму гриппа, при которой отмечается лишь умеренная головная боль и кратковременная (1 – 2 дня) лихорадка (температура не превышает 38 °С), а также атипичную форму, которая может протекать либо без лихорадки (афебрильный грипп), что наблюдается в 1 – 2 % случаев, либо при отсутствии интоксикации или катаральных явлений. ДД проводят также с пневмонией, затяжным септическим эндокардитом, менингитом (см. главу 10), геморрагическими лихорадками, тифами, гастроэнтеритами, вирусными и другими инфекциями.

Профилактика. В период повышения заболеваемости

ОРВИ медицинское обслуживание населения проводится главным образом на дому. В помещениях амбулаторий 2 – 3 раза в день проводят влажную уборку 2% раствором хлорамина. Эффективно облучение помещений ультрафиолетовыми лампами БУВ-15 (в присутствии людей свет этих ламп должен быть отраженным от потолка и стен). Некоторый лечебный эффект имеет интерферон, ремантадин. Четкое вирусоцидное действие оказывают фитонциды чеснока: в комнате, где располагается больной, полезно держать немного мелко нарезанных зубчиков на блюде. Противогриппозная иммунизация или вакцинация малоэффективна ввиду выраженной изменчивости вируса гриппа. Противовирусная устойчивость организма во многом определяется сохранностью Т-клеточного звена иммунной системы. Важны профилактика охлаждения в производственных условиях, особенно для работающих на открытом воздухе в осенне-зимний период, проведение мер закаливания, борьба с курением. Достоверно снижает заболеваемость гриппом и ОРВИ применение профилактического самомассажа некоторых биологически активных точек (БАТ). Самомассаж БАТ проводят утром в течение 3 мин (Уманская А. А., 1972). Эффективность воздействия на БАТ повышается, если при этом использовать мазь «Звезда». Кроме того, после каждого охлаждения, ощущения зябкости рекомендуются немедленный самомассаж с мазью «Звезда» ушных раковин, носа, щек, основания шеи сзади и зон дельтовидных

мышц, разминание мочек ушей (большим и указательным пальцами) до ощущения стойкого тепла в этих участках. Напомним, что мазь «Биопин»* обладает и профилактическим действием при герпесвирусной инфекции.

Лечение. Больным гриппом и ОРВИ проводят в основном симптоматическую терапию для купирования ринита, трахеита и других катаральных явлений: в носовые ходы закапывают 3 % раствор эфедрина, 0,1 % р-р санорина, нафтизина или галазолина; для обработки герпетических высыпаний и интраназально применяют «Биопин»* или 3 % оксолиновую мазь, показаны ингаляции. Рекомендуются полоскание горла теплыми р-рами 0,5 % новокаина, фурацилина, внутрь горячее молоко с боржомом, щелочно-масляные ингаляции (в том числе в домашних условиях), физиотерапия (кроме УВЧ). В БАТ ежедневно втирают мазь «Звезда». Определенное вирусостатическое действие оказывают интерферон, ремантадин 0,05 – 0,1 г 3 раза в день, арбидол, если принимать их в 1-е сутки болезни, Колдрекс, Фервекс, АСК. При *Herpes labialis* весьма эффективно полоскание горячим (50 – 55 °С) 1 % р-ром новокаина соответствующей зубодесневой области (5 – 10 мин). Лицам, склонным к рецидивам герпеса, такие полоскания рекомендуются профилактически: после охлаждения, питья холодных или острых напитков. Эффективны также горячие ручные* и ножные* ванны, закапывание в нос теплой соленой воды*, добавление в пищу и закладывание в нос лука, чес-

нока; используют и горчичники, перцовый пластырь на грудную клетку. Дома полезно носить (особенно вечером и ночью) шерстяные носки, шапочку (чепец). После охлаждения рекомендуется прогреть волосистую часть головы (особенно заушные, заднешейные зоны) электрофеном. Показано применение АСК с противовоспалительной целью при ОРВИ, пневмониях, плевритах, обычно в комплексе с АБ и САА (при доказанной микст-инфекции). Злоупотреблять жаропонижающими средствами не следует, так как они снижают клеточный иммунитет. Необходимы домашний режим до исчезновения лихорадки и токсикоза, изоляция пациента в отдельной комнате (в крайнем случае за ширмой или простыней).

Любые осложнения при гриппе – показание для госпитализации больного в инфекционную больницу. Там больным гриппом вводят в/м противогриппозный γ -глобулин (3 – 5 мл), в/в – плазму крови, полиглокин, гемодез, раствор глюкозы, выполняют плазмаферез (ПА). Учитывая, что вирусная инфекция создает условия для активации бактериальной флоры, особенно при наличии сопутствующих синуситов, хронического бронхита, пневмонии, назначают АБ и САА (с. 47). Известен хороший лечебный эффект полусинтетических пенициллинов (ампициллин, оксациллин) в большинстве случаев острых кокковых пневмоний, а также комбинированного препарата бисептол 480. При недостаточности кровообращения амбулаторно и в стационаре показано в/в

введение 0,5 – 1,0 мл 0,06 % р-ра коргликона или 0,5 мл 0,05 % р-ра строфантина с 40 % р-ром глюкозы, в/м – 2 – 4 мл кордиамина, 1 – 2 мл 5 % р-ра эфедрина или 1 мл 1 % р-ра мезатона, а также 2 мл 20 % камфорного масла или сульфокамфокаина. Если на догоспитальном этапе у больного возникает отек легких (что бывает нередко), необходимы экстренная в/в инфузия 90 – 120 мг преднизолона, мочегонных средств (40 – 80 мг лазикса), оксигенотерапия через назальные катетеры. При отеке легких на фоне низкого АД вводят в/в 0,5 – 1,0 мл 0,2 % р-ра норадреналина, 2 – 4 мл кордиамина, 1 – 2 мл 5 % р-ра эфедрина, дофамин, сердечные гликозиды.

2.2.4. Плевриты

Фибринозный плеврит (ФП) характеризуется преимущественным выпадением фибрина на плевральных листках. Этиология ФП чаще туберкулезная, реже – вирусная (грипп, парагрипп, тифы, корь и др.). ФП может возникать при бактериальной пневмонии, абсцессе или инфаркте легкого, ревматизме, СКВ, после травмы грудной клетки. Ведущий симптом ФП – сильная боль в боку при дыхании и кашле. Боль может иррадиировать в подключичную зону (по ходу диафрагмального нерва); боль уменьшается при ограничении подвижности грудной клетки путем ее сдавливания (симптом Куршакова). Больной обычно лежит на боль-

ной стороне. При выслушивании определяются шум трения плевры, ослабление дыхания на пораженной стороне. Диагноз подтверждают при РСК. Дифференцируют со стенокардией, опухолями ребер и позвонков, грудным радикулитом.

Эксудативный плеврит (ЭП) встречается чаще в возрасте 15 – 25 и старше 60 лет. До 90 % всех случаев ЭП имеют туберкулезную этиологию. ЭП, как правило, возникает у лиц, перенесших в прошлом туберкулез легких (в том числе и лимфоузлов средостения, «железистый» туберкулез – «золотуху»). Туберкулезная инфекция нередко сохраняется в «тлеющем» состоянии в течение всей жизни больного и при воздействии неблагоприятных факторов (простуда, алкоголизм, переутомление, нерациональное питание, тяжелые переживания) может обостряться; провоцирующую роль может играть и беременность. В некоторых случаях причиной ЭП у лиц с туберкулезом в анамнезе может быть повышенная чувствительность плевры к охлаждению или нетуберкулезной инфекции (стафилококковой).

Клиника. ЭП чаще начинается со слабости, повышения температуры, затем присоединяются боли в боку, одышка, кашель. Реже ЭП имеет острое начало – фебрильная температура, ознобы, резкие боли в боку и головная боль, нарастающая одышка. Через 3 – 4 дня наблюдается накопление экссудата в плевральной полости – отмечается ослабление дыхания в соответствующем легком, определяется перкуторная тупость, граница которой постепенно поднимается вверх.

Путем выстукивания можно обнаружить в плевральной полости значительный объем жидкости (более 400 – 500 мл), при РСК выявляются и меньшие количества (100 – 200 мл). Больной обычно полусидит или лежит на пораженном боку.

При осмотре фельдшер замечает отставание больной стороны при дыхании (пациент щадит ее) и расширение межреберных пространств. Кожа грудной клетки на стороне поражения отечна, складка ее толще, чем на здоровой стороне (симптом Винтриха). Если больной лежит в постели, абсолютная перкуторная тупость обусловлена наличием жидкости, имеет ломаную верхнюю границу – с максимально высокой точкой стояния жидкости по лопаточной и задней подмышечной линиям и снижением границы к позвоночнику и кпереди (линия Эллиса – Дамуазо). При большом количестве экссудата органы средостения смещаются в противоположную сторону, что определяется по сдвигу сердечного толчка и мест выслушивания аорты и легочной артерии: сдавление легкого и резкий сдвиг органов средостения (сердца, трахеи) в противоположную сторону может вызвать серьезные дыхательные и гемодинамические расстройства, вплоть до остановки сердца. Как правило, при ЭП наблюдается тахикардия. В крови отмечаются умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ до 40 – 50 мм/ч. Границы экссудата уточняют при РСК, РГФ грудной клетки (в вертикальном и горизонтальном положениях – латероскопия). В стационаре с диагностической целью

делают плевральную пункцию. При серозно-фибринозном плеврите в экссудате находят лимфоциты, микобактерии туберкулеза, более 3 % белка (проба Ривальта положительная, удельный вес жидкости – более 1,015). При гнойном плеврите в экссудате преобладают нейтрофильные лейкоциты, при геморрагическом – эритроциты. В 90 % всех случаев ЭП при посеве пунктата удастся выделить МБТ. При невоспалительном накоплении жидкости (гидроторакс) содержание белка в ней обычно ниже – 2 %, проба Ривальта отрицательная. Для оценки туберкулезной природы плеврита большое значение имеют исследование мокроты на МБТ и постановка кожных туберкулиновых проб.

Дифференцировать ЭП следует с пневмонией, ревматизмом, СКВ. Геморрагические плевриты у пожилых лиц всегда подозрительны в отношении опухоли легких. Осумкованные плевриты (наддиафрагмальные, медиастинальные) приходится дифференцировать от заболеваний органов брюшной полости (холецистит, аппендицит) и почечной колики. Накопление жидкости в плевральной полости наблюдается и при недостаточности кровообращения (см. главу 3), циррозах печени, почечной недостаточности (гидроторакс); характер жидкости при этом невоспалительный (проба Ривальта отрицательна).

Профилактика. Необходимы настойчивое закаливание, начиная с раннего детского возраста, дыхательная гимнастика, использование бани, сауны, бассейнов, достаточное

пребывание на свежем воздухе. В беседах с населением фельдшер должен пропагандировать здоровый образ жизни. Следует по возможности исключить охлаждение, работу на сквозняке. Для людей, которым приходится иногда работать в условиях холода, сырости, особое значение имеют и правильный выбор одежды (в т. ч. нательного белья), и общеукрепляющие меры. Необходима профилактика травм грудной клетки. Особое внимание надо уделить профилактике плевритов у пожилых лиц, у которых противоинфекционная устойчивость снижена вследствие как возрастной инволюции иммунитета, так и повышенной тромбогенности крови.

Лечение. Госпитализация в туберкулезный или терапевтический стационар, постельный режим, полноценное питание, ингаляции кислорода или свежий воздух. При нетуберкулезной микрофлоре применяют АБ соответствующих групп (см. Приложение 3). АСК назначают по 1,0 г 3 – 4 раза в день, однако необходимо помнить, что прием таких доз может повредить желудок. Прием раствора хлорида кальция практически неэффективен. Вводят в/м 2 мл 50 % р-ра анальгина, назначают внутрь гидрокодона фосфат по 0,015 г 2 – 3 раза в день. Используют горчичники, тугое бинтование грудной клетки. В тяжелых случаях врач назначает преднизолон (20 – 30 мг/сут). При общем тяжелом состоянии больного, угрожающе быстром нарастании объема экссудата (верхняя граница на II – III ребрах), резкой одышке, смещении органов средостения и невозможности быстрой госпи-

тализации необходима плевральная пункция.

Техника пункции. Больного надо усадить на стул лицом к спинке (его придерживает помощник). После обработки кожи йодом и спиртом и местного обезболивания 0,25 – 0,5 % р-ром новокаина (предварительно необходимо выяснить переносимость этого препарата) в области VIII – IX межреберий по лопаточной или задней подмышечной линии производят прокол иглой длиной 5 – 6 см с надетой резиновой трубкой, пережатой кровоостанавливающим зажимом. Прокол делают ниже верхней границы экссудата (еще раз уточнить ее перкуссией перед пункцией), по верхнему краю ребра. После вхождения иглы в плевральную полость (что сопровождается ощущением «провала в пустоту») к резиновой трубке присоединяют 20-миллиметровый шприц и, сняв зажим, отсасывают экссудат. После наполнения шприца вновь накладывают зажим и затем отсоединяют шприц. Обычно для устранения смещения органов средостения необходимо удалить 600 – 800 мл плевральной жидкости. Если во время извлечения экссудата у больного возникает приступ кашля или боль, в этом случае необходимо иглу подтянуть или извлечь. Полученную жидкость направляют на анализ. В конце пункции через ту же иглу медик вводит в плевральную полость 1 – 2 г ампициллина, 80 мг гентамицина, 1 млн ЕД пенициллина (при кокковой или бактериальной микрофлоре), 30 мг преднизолона.

При отсутствии срочных показаний плевральную пункцию

цию лучше осуществлять на второй неделе болезни. В период рассасывания выпота для предупреждения спаечного процесса обязательно назначают ЛФК, дыхательную гимнастику, массаж, физиопроцедуры, в дальнейшем – СКЛ. При необходимости проводят повторный курс противотуберкулезной терапии. При вялом рассасывании экссудата, длительной субфебрильной температуре, потливости, ускорении СОЭ и лейкоцитозе в крови следует думать об осумковании плеврита и направить больного на хирургическое лечение.

2.2.5. Пневмонии

Пневмония острая (ПО) – инфекционное поражение легкого.

Крупозная пневмония (плевропневмония, ПП) – инфекционное поражение доли легкого и, как правило, плевры. Возбудителем ПП чаще всего являются пневмококки, стафилококк, реже клебсиелла, кишечная палочка и др. Предпосылки ПП – гиповентиляция, тромбогенная готовность, нарушение кровообращения в малом круге, острые и хронические болезни верхних дыхательных путей, снижение иммунитета, курение, загазованность, запыленность воздуха, повреждение сурфактанта, алкоголизация. Плевропневмония может возникать и после вдыхания бензина, керосина, после аспирации рвотных масс, а также при сужении бронха

опухолью или инородным телом. Несомненна роль наследственности.

Клиника. ПП чаще начинается остро, с озноба, лихорадки 39 – 40 °С, резкой слабости. Нередко с первых часов и дней заболевания появляется боль в боку при дыхании и кашле, которая обусловлена переходом воспалительного процесса на плевру. При нижнедолевой ПП боль может распространяться в область живота, симулируя приступ почечной колики, острого аппендицита, желчной колики. Весьма характерные симптомы ПП – гиперемия лица в сочетании с цианозом носа и губ, нередко наблюдается *Herpes labialis*. Дыхание учащается до 30 – 40 в минуту, оно поверхностное, с участием крыльев носа. Отмечается отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании (щажение из-за болей). Над пораженной долей укорочен перкуторный звук. При аускультации выслушиваются бронхиальное дыхание и крепитация на высоте входа, слышен шум трения плевры на вдохе и выдохе. РГФ подтверждает диагноз. В разгар болезни из крови и мокроты больных, как правило, можно высеять микроб, вызвавший пневмонию; этиологию ПП уточняют и путем бактериоскопии мазка мокроты.

Гипоксия и интоксикация при ПП вызывают тахикардию, аритмии, систолический шум (за счет провисания митрального клапана), снижение АД. При тяжелой ПП могут возникать диффузная дистрофия миокарда, мочевого синдром. У пожилых и стариков верхнедолевая пневмония протека-

ет с менингеальными симптомами, иногда с клиникой нарушения мозгового кровообращения. В период кризиса может развиваться шок; риск сердечных нарушений растет при наличии ИБС. В крови при ПП отмечается нейтрофильный лейкоцитоз (до 20 000 в 1 мкл), палочкоядерный сдвиг (10 – 15 %), ускорение СОЭ. Эти признаки могут отсутствовать у больных старческого возраста. Нормализация клинической и рентгенологической картины происходит через 2 – 4 нед. Применяемое лечение, как правило, значительно ускоряет выздоровление: иногда обратное развитие заканчивается через 10 – 12 сут от начала болезни. Если пневмония не разрешилась за 4 недели, ее называют затяжной. ДД проводят с экссудативным плевритом, туберкулезной (казеозной) пневмонией, инфарктом легкого. При левосторонней локализации ОП дифференцируют и с инфарктом миокарда.

Клиника очаговой пневмонии (бронхопневмонии, БП) характеризуется постепенным началом, повышенной температурой часто без озноба, умеренной одышкой, отсутствием болей и цианоза (может быть «заложенность» в груди). Выявляются укорочение перкуторного звука, аускультативно-усиленное дыхание, устойчивые звучные мелкопузырчатые хрипы. Диагноз подтверждает РГФ. При БП чаще поражается правое легкое, его нижние отделы – как наиболее плохо вентилируемые и дренируемые. В анализах крови при БП выявляется лейкоцитоз (около 10 000 – 15 000 в 1 мкл), с нерезким сдвигом формулы влево, иногда БП протекает при

нормальном количестве лейкоцитов и совсем редко с лейкопенией. В разгар БП выявляются изменения в моче в виде протеинурии, гематурии, цилиндрурии. У больных алкоголизмом БП протекает вяло, иногда без лихорадки (только с одышкой), отмечаются ателектазы сегментов легких, склонность к абсцедированию. Признаки недолеченности БП: сохранение кашля с отделением мокроты, слабость, потливость по ночам.

Интерстициальная пневмония (ИП) – воспаление главным образом межуточной ткани легкого. Основными возбудителями ИП являются вирусы, микоплазмы, пневмоцисты. Начальные симптомы ИП: фебрильная лихорадка, выраженная одышка и кашель со скудной мокротой, нередко с прожилками крови. Перкуторно определяется небольшое укорочение звука над зоной поражения; при выслушивании – жесткое дыхание, без хрипов. Во многих случаях выявляются характерный ринит, конъюнктивит, а также миалгии, артралгии, резкая головная боль; возможно поражение печени, почек. Рентгенологически инфильтратов нет, легочный рисунок подчеркнут, корни расширены. В крови, как правило, лейко(нейтро)пения, СОЭ нормальная или слегка повышена. Микоплазменная пневмония встречается обычно у лиц с приобретенным иммунодефицитом. Во всех случаях упорного течения, рецидивов ПО или бессимптомных теней в легком следует исключить СПИД. При вирусно-бактериальной пневмонии поражаются как альвеолы, так и меж-

уточная ткань, поэтому выражена тяжесть состояния больного: резкая одышка, цианоз, аритмии сердца, глухость тонов сердца (иногда ритм галопа), снижение АД, возможны отек легких, неврологические нарушения. Как правило, присоединяется миокардит. Отмечается высокая летальность. По интерстициальному типу протекает и пневмония при орнитозе.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.