

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ

УДК 37.6
ББК 92
М96

Мышкина, А. А.

М96 Конспект лекций по внутренним болезням / А.А. Мышкина — М. : Т8 Издательские технологии / RUGRAM, 2020. — 160 с. — (Полезные конспекты).

ISBN 978-5-521-75802-9

Пособие предназначено для студентов высших и средних специальных учебных заведений для помощи в изучении предмета и успешной сдачи экзаменов.

BIC JN
BISAC EDU000000

ЛЕКЦИЯ № 1. Предмет внутренних болезней, история и задачи

Внутренние болезни — область клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, семиотику, лечение, прогноз и профилактику заболеваний внутренних органов.

Внутренняя медицина представляет важнейший раздел практической медицины, охватывающий большинство заболеваний человека. Термин «внутренние болезни» вошел в практику в XIX в. и вытеснил более общий термин «терапия».

С точки зрения врача-клинициста любая болезнь представляет собой изменение нормальной жизнедеятельности организма, характеризующееся нарушением функциональной активности той или иной системы, ограничением приспособительных, компенсаторных и резервных возможностей организма в целом и снижением его трудоспособности.

Болезнь представляет собой динамический процесс, в котором динамичность определяется сосуществованием реакций повреждения и восстановления. Соотношение между этими реакциями отражает направленность болезни в сторону или выздоровления, или прогрессирования. Выяснение этой направленности дает возможность оценивать исход болезни, прогнозировать судьбу больного.

Диагноз болезни (от греч. *diagnosis* — «распознавание») — краткое определение сущности патологического процесса, отражающее причину его возникновения, основные механизмы, приведшие к развитию изменений в организме, и характеристику этих изменений. Каждый диагноз, который ставит врач, является (в конечном счете) дифференциальным диагнозом — взвешиванием каждого отдельного симптома, оценкой и дифференцированием его.

На ранних этапах развития медицина не была наукой и представляла собой чисто эмпирические знания, основанные только на наблюдениях. Впервые представитель древнегреческой медицины Гиппократ при осмотре больного использовал ощупывание, выслушивание и составил описание многих симптомов и синдро-

мов болезней. Учение о пульсе было создано представителем александрийской школы Герофилом, описание некоторых признаков плеврита, язвы желудка, менингита было представлено таджикским ученым Абу-Али Ибн-Сина (Авиценна).

В XVIII—XIX вв. вопросы внутренней медицины детально разрабатывались Ауенбруггером, Лаэннеком, Г. И. Сокольским, М. Я. Мудровым, Г. А. Захарыным.

Научная клиническая школа внутренней медицины была создана С. П. Боткиным, впоследствии разрабатываемая многими блестящими клиницистами: И. М. Сеченовым, В. П. Образцовым, Н. Д. Стражеско, Б. Е. Вотчалом, А. М. Мясниковым, Н. С. Молчановым, Е. М. Тареевым, В. Х. Василенко и др.

На современном этапе развития внутренней медицины большой вклад внесли отечественные ученые Е. И. Чазов, П. Е. Лукомский, Ф. И. Комаров, Г. И. Дорофеев, А. Г. Чучалин, А. И. Воробьев и др.

Окончательный диагноз заболевания должен включать сведения об этиологии (диагноз этиологический), его патогенезе (диагноз патогенетический), морфологических изменениях (диагноз морфологический) и функциональном состоянии (диагноз функциональный) пораженного органа или системы. В заключительной диагностической формуле аккумулируются все виды диагнозов, и отражается представление врача о патологическом процессе путем выделения основного заболевания, осложнений и сопутствующих заболеваний. В дальнейшем врачом определяется направленность развития патологического процесса, возможные исходы и последствия заболевания. Оценка всех этих изменений проводится в результате наблюдения за больным, использования специальных дополнительных исследований, применяемого лечения.

ЛЕКЦИЯ № 2. Нейроциркуляторная астенция

Нейроциркуляторная астенция (НЦА) наиболее часто встречается у лиц молодого возраста в период гормональной перестройки организма. НЦА представляет функциональное заболевание, в основе которого лежит срыв адаптации или нарушение нейроэндокринной регуляции сердечно-сосудистой системы.

Этиология. Причинами развития НЦА могут быть внешние и внутренние факторы.

Внешние факторы: психоэмоциональное, физическое перенапряжение, нарушение режима труда и отдыха. Внутренние факторы: врожденная или приобретенная неполноценность нервной и гуморальной систем регуляции сосудистого тонуса, особенно защитно-приспособительных механизмов организма (типа высшей нервной деятельности, состояния эндокринной системы).

Патогенез. Формирование заболевания происходит на фоне генетической или приобретенной неполноценности нейрогормональной системы.

Происходит формирование невроза и висцеральных расстройств, при этом внутренние органы вовлекаются в эмоциональное возбуждение избирательно.

Тип НЦА формируется в зависимости от характера и выраженности нарушений функций симпатoadреналовой и холинергической систем, а также от взаимоотношения между адрено- и холинергическими процессами.

При повышении активности симпатoadреналовой системы и относительном снижении активности холинергической системы происходит формирование гипертензивного и кардиального типов НЦА (центральное или периферическое либо сочетанное нарушение функционирования сердечно-сосудистой системы). При повышении активности холинергической системы и относительной недостаточности симпатoadреналовой системы происходит формирование гипотензивного типа НЦА.

Классификация. В клинике наиболее распространена классификация НЦА по Н. Н. Савицкому (1956 г.) и В. П. Никитину (1957 г.) с выделением следующих типов:

- 1) кардиального;
- 2) гипертензивного;
- 3) гипотензивного;
- 4) смешанного.

Клиника. Основные синдромы: невротический, кардиальный (алгический или аритмический варианты), гипертонический, гипотонический, синдром дыхательных расстройств, гиперкинетический, астенический, сосудистый.

Характерно наличие большого количества разнообразных субъективных признаков заболевания при незначительности объективных данных. Появляются жалобы на боли в области сердца, отличающиеся от коронарогенных, — локализуются в области верхушки сердца, имеют тупой, ноющий, колющий характер. Может возникать ощущение тяжести и сдавления. Физическое напряжение нередко не усиливает боль, а купирует ее (отмечается у половины больных). Боли часто связаны с волнением и эмоциональным напряжением, могут быть кратковременными или длительными. Они могут иррадиировать в левую руку и лопатку, сопровождаться гипералгезией в области верхушки сердца, левого плеча, не снимаются нитроглицерином, который к тому же плохо переносится.

Возможно появление жалоб, характеризующих расстройство дыхания, — периодического глубокого вдоха (тоскливого вдоха), частого поверхностного дыхания, приводящего к состоянию гипервентиляции (головокружению, потемнению в глазах).

Могут возникать ощущения жара, приливы к голове, кратковременное обморочное состояние. Возможно наличие акроцианоза, потливости, выраженного красного или белого дермографизма, «игры» вазомоторов кожных покровов.

Возможны признаки нарушений периферического кровообращения (типа синдрома Рейно), температурные асимметрии, лабильность пульса, артериального давления, склонность к тахикардии, дыхательная аритмия, обусловленная нарушением функции дыхательного центра, экстрасистолия, групповые экстрасистолы, приступы пароксизмальной тахикардии.

Появляются общая слабость, утомляемость, раздражительность, головная боль, неустойчивый сон, склонность к быстрой

смене настроения. Отмечается рассеянное внимание, понижение памяти, головокружение, ощущение страха.

Границы сердца не изменяются, тоны ясные, на верхушке иногда может выслушиваться функциональный систолический шум, связанный с ускорением тока крови и изменением тонуса капиллярных мышц. Характер шума меняется при перемене положения тела. Шум не проводится в левую подмышечную впадину, уменьшается или исчезает при физической нагрузке.

Динамика изменений артериального давления зависит от типа НЦА. Артериальной гипотензией считаются цифры давления: в возрасте до 25 лет — 100/60 мм рт. ст. и менее, в возрасте старше 30 лет — ниже 105/65 мм рт. ст.

Для **НЦА по кардиальному типу** характерны: стойкая синусовая (иногда пароксизмальная) тахикардия, экстрасистолия, увеличение минутного объема крови. Выраженная тахикардия и уменьшение пульсового давления отмечаются при проведении функциональных проб (ортостатической и с физической нагрузкой).

Для **НЦА по гипертензивному типу** характерны: лабильность артериального давления со склонностью к систолической гипертонии, увеличение ударного и минутного объемов крови, хорошая переносимость ортостатической пробы с увеличением среднего гемодинамического давления.

Для **НЦА по гипотензивному типу** характерны обморочные или коллаптоидные состояния, лабильность артериального давления со склонностью к гипотензии, приглушение сердечных тонов, тенденция к увеличению сердечного выброса, плохая переносимость ортостатической пробы с падением среднего гемодинамического давления, тахикардия, увеличение минутного объема крови во время физической нагрузки (сразу после ее окончания возможно резкое снижение артериального давления).

Дополнительное диагностическое исследование. Диагностическое значение имеют исследования уровня катехоламинов в крови и моче, 17-оксикортикостероидов (увеличение количества), уровня эстрогенов (снижение количества), исследование функции щитовидной железы (радиоиммунологическое определение T_3 , T_4 и ТТГ).

Исследуются показатели центральной гемодинамики: при кардиальном типе отмечается увеличение минутного объема и сни-

жение удельного периферического сопротивления, среднее гемодинамическое давление остается без изменений.

Проводится исследование показателей артериального давления с определением остаточного давления (давления, измеренного через 10—15 мин. после случайного, однократного) и базального давления (давления, измеренного утром в условиях основного обмена).

Исследуется среднее гемодинамическое давление (интегральная величина переменных давления в течение одного сердечного цикла) — измеряется тахисциллографическим методом по Савицкому, в норме 80—90 мм рт. ст., при НЦА по гипертензивному типу — не превышает 90 мм рт. ст.

Широко используются функциональные нагрузочные пробы: проба Мастера, степ-тест, велоэргометрия при НЦА по кардиальному типу, проба с дозированной физической нагрузкой (20 приседаний за 30 секунд), проба с гипервентиляцией, проба с задержкой дыхания. При НЦА по гипертензивному и гипотензивному типам проводятся активная и пассивная ортостатические пробы.

При наличии на ЭКГ отрицательных зубцов Т выполняются нагрузочные фармакологические пробы: проба с индералом, хлоридом калия, атропиновая, адреналиновая. При выполнении электрокардиографического исследования могут выявляться: синусовая тахикардия, брадикардия и аритмия, нарушение атрио-вентрикулярной проводимости, смещение сегмента RS-T ниже изоэлектрической линии, уплощение и появление отрицательного зубца Т, чаще обнаруживаются желудочковые экстрасистолы.

Эхокардиографическое исследование позволяет подтвердить функциональный характер изменений. Обязательно проводятся консультации специалистов: окулиста, эндокринолога, нефролога, невропатолога, психиатра.

Осложнения. Возможно развитие аритмий, острой сосудистой недостаточности (обморока, коллапса), вегетативных кризов, ангионевротической стенокардии.

Лечение. Включает устранение этиологических факторов. Должна проводиться санация скрытых очагов хронической инфекции. Обязательно должен быть восстановлен нормальный режим двигательной активности, продолжительность сна увеличена до 10 ч в сутки. В лечении широко используются немедикаментозные методы: иглорефлексотерапия, гипноз. Назначается лечебная физкультура. Используется санаторно-курортное лечение.

Предпочтение отдается местным санаториям и домам отдыха. В летний период не показано пребывание в жарком климате.

Седативные средства используются по показаниям, снотворные средства используются только при выраженных расстройствах сна. Транквилизаторы применяются малыми дозами, короткими курсами. β -адреноблокаторы применяются при гипертензивном типе НЦА с тахикардией. При повышении активности холинергической системы используются холинолитические средства. Из средств, повышающих активность центральной нервной системы, применяются настойки женьшеня, элеутерококка, китайского лимонника и др.

Прогноз. Прогноз благоприятный, работоспособность восстанавливается.

ЛЕКЦИЯ № 3. Гипертоническая болезнь

Хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанный с наличием патологических процессов, при которых повышение артериального давления обусловлено известными причинами.

Этиология. К развитию заболевания приводит нервно-психическое перенапряжение, нарушение функции половых желез.

Патогенез. Происходит нарушение биосинтеза симпатических аминов, вследствие чего повышается тонус симпатoadrenalовой системы. На этом фоне происходит активация прессорных механизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и угнетение депрессорных факторов: простагландинов А, Е, кининовой системы.

Классификация. В клинических условиях заболевание разделяется по степени выраженности артериальной гипертензии, степени риска развития повреждений в органах-мишенях, стадии развития гипертонической болезни.

Определение и классификация уровней артериального давления

Нормальное АД:

- 1) оптимальное — меньше 120 и меньше 80 мм рт. ст.;
- 2) нормальное — меньше 130 и меньше 85 мм рт. ст.;
- 3) высокое нормальное — 130—139 и 85—89 мм рт. ст.

Артериальная гипертензия:

I степени (мягкая) — 140—159 и 90—99 мм рт. ст.;

подгруппа: пограничная — 140—149 и 90—94 мм рт. ст.;

II степени (умеренная) — 160—179 и 100—109 мм рт. ст.;

III степени (тяжелая) — больше 180 и больше 110 мм рт. ст.

Гипертензия изолированная:

- 1) систолическая — больше 140 и меньше 90 мм рт. ст.;
- 2) подгруппа: пограничная — 140—149 и меньше 90 мм рт. ст.