

О. С. Мостовая

ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

УДК 615.8
ББК 53.5
М84

Мостовая, О. С.

М84 Госпитальная терапия / О. С. Мостовая. – М. : T8RUGRAM /
Научная книга. – 162 с. : табл.

ISBN 978-5-519-62014-7

Эта книга содержит основы госпитальной терапии, она написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто нуждается в глубоких знаниях в данной медицинской области.

Благодаря этой книге вы узнаете краткую историю открытия того или иного заболевания, найдёте описание сущности болезни, её классификации, диагностики, а также практические рекомендации по лечению.

Будьте здоровы и счастливы!

УДК 615.8
ББК 53.5
BIC MQF
BISAC MED043000

Издательство не несёт ответственности за возможные последствия, возникшие в результате использования информации и рекомендаций этого издания. Любая информация, представленная в книге, не заменяет консультации специалиста.

ISBN 978-5-519-62014-7

© T8RUGRAM, оформление, 2017
© ООО Литературная студия
«Научная книга», издание, 2017

Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Ревматизм	7
ЛЕКЦИЯ № 2. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Кардиомиопатии. Дилатационная кардиомиопатия	20
Кардиомиопатии	20
Дилатационная кардиомиопатия	20
ЛЕКЦИЯ № 3. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Гипертрофическая кардиомиопатия	29
ЛЕКЦИЯ № 4. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Рестриктивная кардиомиопатия	36
ЛЕКЦИЯ № 5. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Инфекционный эндокардит	42
ЛЕКЦИЯ № 6. Заболевания органов дыхания. Бронхиальная астма	53
ЛЕКЦИЯ № 7. Заболевания органов дыхания. Хронический бронхит	66

ЛЕКЦИЯ № 8. Заболевания органов дыхания.

Пневмония	77
-----------------	----

ЛЕКЦИЯ № 9. Заболевания

пищеварительного тракта.

Болезни пищевода.

Эзофагит и пептическая язва пищевода.	88
1. Острый эзофагит	88
2. Хронический эзофагит	92
3. Пептическая язва пищевода	96

ЛЕКЦИЯ № 10. Заболевания

пищеварительного тракта.

Болезни желудка.

Хронический гастрит	99
---------------------------	----

ЛЕКЦИЯ № 11. Заболевания

пищеварительного тракта.

Болезни желудка.

Язвенная болезнь	108
------------------------	-----

ЛЕКЦИЯ № 12. Заболевания

пищеварительного тракта.

Болезни кишечника.

Болезни тонкой кишки.

Хронический энтерит	121
---------------------------	-----

ЛЕКЦИЯ № 13. Заболевания

пищеварительного тракта.

Болезни кишечника.

Болезнь крона	130
---------------------	-----

ЛЕКЦИЯ № 14. Заболевания

пищеварительного тракта.

Болезни толстой кишки.

Неспецифический язвенный колит 136

ЛЕКЦИЯ № 15. Болезни почек.

Острый гломерулонефрит..... 145

ЛЕКЦИЯ № 16. Болезни почек.

Пиелонефрит..... 151

ЛЕКЦИЯ № 1. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Ревматизм

Ревматизм (болезнь Сокольского—Буйо) — это системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, которое развивается у предрасположенных к нему лиц (как правило, это лица молодого возраста) в связи с острой инфекцией β -гемолитическим стрептококком группы А.

Это определение болезни было дано в 1989 г. В. А. Насоновым. Оно отражает все характерные черты заболевания:

- 1) преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы;
- 2) роль патологической наследственности;
- 3) значение стрептококковой инфекции.

Сущность болезни заключается в поражении всех оболочек сердца, но главным образом миокарда и эндокарда с возникновением деформации клапанного аппарата — порока сердца и последующим развитием сердечной недостаточности.

Поражение других органов и систем при ревматизме имеет второстепенное значение и не определяет его тяжести и последующего прогноза.

Этиология. Бета-гемолитические стрептококки группы А являются причиной поражения верхних дыхательных путей. Именно поэтому возникновению ревматизма, как правило, предшествуют ангина, обострение хронического тонзиллита, а в крови у заболевших выявляется повышенное количество стрептококкового антигена и противострептококковых антител (АСЛ-О, АСГ, АСК, антидезоксирибонуклеазы В (анти-ДНКазы В)).

Такая связь с предшествующей стрептококковой инфекцией особенно выражена при остром течении ревматизма, сопровождающемся полиартритом.

В развитии ревматизма играют роль возрастные, социальные факторы (неблагоприятные бытовые условия, недостаточное пита-

ние), имеет значение и генетическая предрасположенность (ревматизм — полигенно наследуемое заболевание, хорошо известно существование «ревматических» семей), которая заключается в гипериммунном ответе на антигены стрептококка, склонности заболевших к аутоиммунным и иммунокомплексным процессам.

Патогенез. При ревматизме возникает сложный и многообразный иммунный ответ (реакции гиперчувствительности немедленного и замедленного типов) на многочисленные антигены стрептококка. При попадании в организм инфекции вырабатываются противострептококковые антитела и образуются иммунные комплексы (антигены стрептококка + антитела к ним + комплемент), которые циркулируют в крови и оседают в микроциркуляторном русле. Токсины и ферменты стрептококка также оказывают повреждающее действие на миокард и соединительную ткань.

Вследствие генетически обусловленного дефекта иммунной системы из организма больных недостаточно полно и быстро элиминируются стрептококковые антигены и иммунные комплексы. Ткани таких больных обладают повышенной склонностью фиксировать эти иммунные комплексы. Здесь играют роль и перекрестно реагирующие антитела, которые, образуясь на антигенах стрептококка, способны реагировать с тканевыми, в том числе кардиальными, антигенами организма. В ответ развивается воспаление на иммунной основе (по типу гиперчувствительности немедленного типа), при этом факторами, реализующими воспалительный процесс, являются лизосомные ферменты нейтрофилов, фагоцитирующих иммунные комплексы и разрушающихся при этом. Этот воспалительный процесс локализуется в соединительной ткани преимущественно сердечно-сосудистой системы и изменяет антигенные свойства ее и миокарда. В результате развиваются аутоиммунные процессы по типу гиперчувствительности замедленного типа, и в крови больных обнаруживаются лимфоциты, реагирующие с сердечной тканью. Этим клеткам придают большое значение в происхождении органных поражений (главным образом сердца).

В соединительной ткани при ревматизме возникают фазовые изменения: мукоидное набухание — фибриноидные изменения — фибриноидный некроз. Морфологическим выражением иммунных нарушений являются клеточные реакции — инфильтрация лимфоцитами и плазмócитами, образование ревматической, или

ашофф-талалаевской, гранулемы. Патологический процесс завершается склерозированием.

Другим морфологическим субстратом поражения сердца при ревмокардите является неспецифическая воспалительная реакция, аналогичная таковой в суставах и серозных оболочках: отек межмышечной соединительной ткани, выпотевание фибрина, инфильтрация нейтрофилами и лимфоцитами.

Заболевание течет волнообразно, обостряясь под влиянием инфекции или неспецифических факторов (переохлаждения, физического напряжения, стресса и пр.), что связано с аутоиммунным характером патологического процесса.

При поражении сердца воспалительный процесс может распространяться на все оболочки сердца (панкардит) либо изолированно на каждую из оболочек. Морфологические изменения при ревматизме обнаруживаются прежде всего в миокарде, поэтому именно миокардит в ранние сроки определяет клиническую картину. Воспалительные изменения в эндокарде (вальвулит, бордоватчатый эндокардит), поражение сухожильных нитей и фиброзного кольца клинически выявляются спустя 6—8 недель после атаки ревматизма. Чаше всего поражается митральный клапан, затем аортальный и трехстворчатый. Клапан легочной артерии при ревматизме практически никогда не поражается.

Классификация ревматизма. В настоящее время принята классификация и номенклатура ревматизма, одобренная в 1990 г. Все-союзным научным обществом ревматологов, отражающая фазу течения процесса, клинико-анатомическую характеристику поражения органов и систем, характер течения и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (см. табл. 1).

Клиническая картина. Все проявления болезни можно разделить на сердечные и внесердечные. Описывать клиническую картину болезни можно с этих позиций.

I этап: выявляется связь болезни с перенесенной инфекцией. В типичных случаях спустя 1—2 недели после ангины или острого респираторного заболевания повышается температура тела, иногда до 38—40 °С, с колебаниями в течение суток в пределах 1—2 °С и сильным потом (как правило, без озноба).

При повторных атаках ревматизма рецидив болезни часто развивается под влиянием неспецифических факторов (таких как переохлаждение, физическая перегрузка, оперативное вмешательство).

Таблица 1

Классификация ревматизма

Фаза болезни	Клинико-морфологическая характеристика поражений		Характер течения	Недостаточность кровообращения, степень
	сердца	других органов и систем		
Активная (I, II, III степени активности) неактивная	Ревмокардит первичный. Ревмокардит возвратный (без порока сердца): выраженный, умеренный, слабый. Ревмокардит возвратный (с пороком сердца): порок сердца, миокардиосклероз без изменений	Полиартрит и полиартралгия Малая хорея Абдоминальный синдром и другие склерозиты Кольцевидная эритема Ревматические узелки Ревматическая Пневмония Цереброваскулит	Острое Подострое Затяжное Рецидивирующее Латентное	H ₀ , H _I , H _{II} , H _{III}

Наиболее частым проявлением ревматизма является поражение сердца — ревмокардит: одновременное поражение миокарда и эндокарда. У взрослых ревмокардит протекает нетяжело. Больные предъявляют жалобы на слабые боли или неприятные ощущения в области сердца, легкую одышку при нагрузке, значительно реже отмечают перебои или сердцебиения. Эти симптомы не являются специфичными для ревматического поражения сердца и могут наблюдаться при других его заболеваниях. Природа таких жалоб уточняется на последующих этапах диагностического поиска.

Ревмокардит у больных молодого возраста, как правило, протекает тяжело: с самого начала болезни отмечаются сильная одышка при нагрузке и в покое, постоянные боли в области сердца, сердцебиения. Могут появляться симптомы недостаточности кровообращения в большом круге в виде отеков и тяжести в области правого подреберья (за счет увеличения печени). Все эти симптомы указывают на диффузный миокардит тяжелого течения.

Перикардит так же, как внесердечные проявления ревматизма, встречается редко. При развитии сухого перикардита больные отмечают лишь постоянные боли в области сердца. При экссуда-