

*Мудрец будет скорее избегать болезней,
чем выбирать средства против них.*

Томас Мор

**Клиника
внутренних
болезней**

Петрова С.В.



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

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 - динамический процесс, в котором динамичность определяется сосуществованием реакций повреждения и восстановления.

Этиология (греч. aitia причина + logos учение) —

- учение о причинах и условиях возникновения болезней;
- причина возникновения болезни или патологического состояния.

Причиной болезни следует считать фактор, без которого она не может возникнуть ни при каких условиях.

Патогенез (pathogenesis; греч. pathos страдание, болезнь + genesis зарождение, происхождение) — совокупность процессов, определяющих возникновение, течение и исход болезней.

Термином **«патогенез»** обозначают также учение о механизмах развития болезней и патологических процессов.

В этом учении различают:

- **общий патогенез** - общие закономерности, свойственные в основных чертах любому болезненному процессу или отдельным категориям болезней (наследственным, инфекционным, эндокринным и др.).
- **частный патогенез** - исследует механизмы развития конкретных нозологических форм.

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ –

система распределения болезней и патологических состояний по классам и группам в соответствии с критериями, принятыми медицинской наукой на данном этапе ее развития.

Выделяют следующие **этиологические факторы**:

- **Механические** (закрытые и открытые травмы, сотрясения...)
- **Физические** (высокая или низкая температура, электрический ток...)
- **Химические** (промышленные токсические вещества...)
- **Биологические** (действие болезнетворных бактерий, простейших, вирусов, грибков и их токсинов...)
- **Психогенные**, включая социальные (войны, дискриминация, урбанизация ...)
- **Генетические** (наследственные)

По *характеру течения* заболевания делятся на:

- острые
- хронические

По *уровню, на котором в организме выявляются специфические патологические изменения*

при болезни:

- молекулярные
- хромосомные
- клеточные
- тканевые
- органные
- заболевания всего организма

Симптом (от греч. — случай, совпадение, признак) — один отдельный признак, частное проявление какого-либо заболевания, патологического состояния или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности, одна отдельная конкретная жалоба больного.

- Симптомы подразделяют на **специфические** — присущие только одному заболеванию, и **неспецифические** — сопровождающие целый ряд болезней.

Синдром (от греч. — наравне, в согласии) — совокупность симптомов с общим патогенезом.

Диагноз болезни (от греч. — «распознавание») — краткое определение сущности патологического процесса, отражающее причину его возникновения, основные механизмы, приведшие к развитию изменений в организме, и характеристику этих изменений.

История болезни представляет собой протокол обследования больного, ведется с момента поступления больного в стационар. Если состояние больного улучшилось, больного выписывают, заполняя **выписной эпикриз**.

Если же, несмотря на проведенное лечение, заболевание заканчивается летальным исходом, то история болезни завершается **посмертным эпикризом**.

Помимо этого, история болезни является и юридическим документом.

СССР 9/04/1953 06545 Учетн. ф. № 112
Министерство здравоохранения Утверждено Министерством
Здравоохранения СССР
16. VII. 1952 года

Журико Иван Иванович 4603 1914-04-06
Вд. паспорт
В. И. Журико
Наименование лечебного учреждения
г. Москва

ПОМОЩЬ ВРАЧА на ДОМУ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
25/6-53

Клинический диагноз Периферический энцефалит
Фамилия
Имя
Отчество

ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДЕН
Иванов
17.6.53

Телефонная марка "Московская улица" Зам. 1242. Тираж. 5000.

Паспортная часть
Жалобы больного
История настоящего заболевания
Анамнез жизни
Общий статус больного
Данные лабораторно-инструментальных
методов обследования
Диагноз Лечение
Дневники Эпикриз

Структура клинического диагноза –

отражение истории диагностики

Клинический диагноз должен включать в себя описание:

- **Основного заболевания**, которое привело к последнему ухудшению и по поводу которого произошла последняя госпитализация.
- **Сопутствующего заболевания**, которое имеет иной патогенез по сравнению с основным заболеванием, другие причины возникновения.
- **Конкурирующего заболевания**, которое конкурирует с основным по степени опасности для больного, но не связано с основным заболеванием по причинам и механизму возникновения.
- **Осложнения основного заболевания**, которое патогенетически связано с основным заболеванием.
- **Фоновое заболевание**, которое также не связано с основным по причинам и механизму возникновения, но может оказать значительное влияние на течение и прогноз основного.
- В диагноз также обязательно выносятся **степень активности заболевания**

Терапия (от греч.— лечение, оздоровление) — процесс, целью которого является облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений заболевания, патологического состояния или иного нарушения жизнедеятельности, нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности и выздоровление, восстановление здоровья.

- **Консервативное** (нехирургическое) **лечение** (собственно, терапия) осуществляется химическими, физическими и биологическими методами.
- **Хирургическое лечение** формально выходит за рамки терапии. Применяется в случае невозможности или низкой эффективности консервативного лечения.
- **Физиотерапевтические методы** включают в себя воздействия на организм с помощью электромагнитных и звуковых излучений.

Дыхательная система включает: дыхательные пути, легкие, но также центральную нервную систему, грудную клетку и систему кровообращения в легких.



Основная функция легких -
газообмен

(обогащение крови кислородом и выделение из нее углекислоты).

Функциональные проявления:
активность стенки бронхов при дыхании, секреторно-выделительная функция, участие в обмене веществ (водном, липидном и солевом с регуляцией хлорного баланса), что имеет значение в поддержании кислотно-щелочного равновесия в организме.

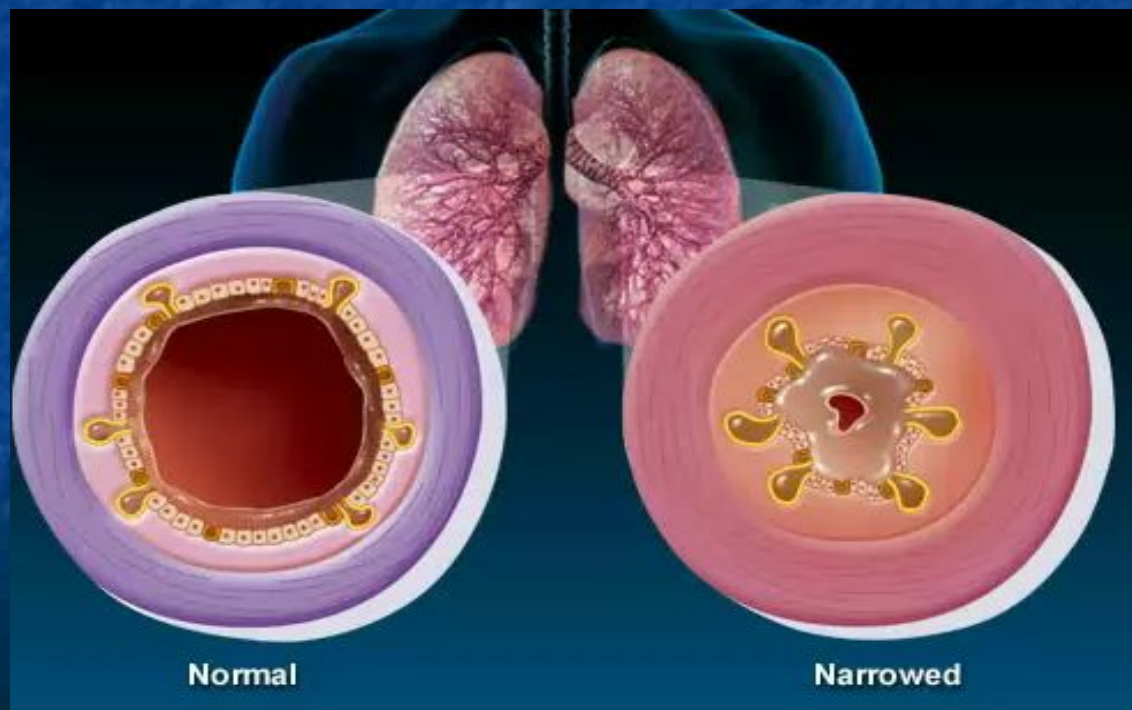
**Среди заболеваний
органов дыхания
наибольшее значение**

имеют:

- бронхиты;
- пневмонии;
- деструктивные заболевания легких (абсцесс, гангрена);
- хронические неспецифические заболевания легких;
- другие болезни легких (опухоли, пороки развития).



БРОНХИТ - воспалительное заболевание бронхов с преимущественным поражением слизистой оболочки, одно из наиболее часто встречающихся у человека заболеваний органов дыхания; нередко протекающее при одновременном поражении верхних дыхательных путей.



Острый бронхит - острое воспаление бронхов - может быть самостоятельным заболеванием или проявлением ряда болезней, в частности пневмонии, хронического гломерулонефрита с почечной недостаточностью (острый уремический бронхит) и др.

Хронический бронхит – наличие клинических симптомов заболевания (кашель и отхождение мокроты) не менее 3 месяцев на протяжении двух лет.

Наиболее **частые симптомы острого бронхита:**

- кашель (сначала сухой, иногда с трудно отделяемой мокротой, которая затем становится слизисто-гнойной),
- общая слабость,
- озноб,
- повышение температуры тела (не всегда).

В дальнейшем, **если хронический бронхит прогрессирует**, могут появиться: одышка, учащение пульса, синюшность губ — всё как результат нарушений функций органов дыхания и кровообращения.

Исход острого бронхита

зависит от глубины поражения стенки бронха.

Серозный и слизистый катары бронхов легко обратимы. Деструкция стенки бронха (гнойный катар, деструктивный бронхит) способствует развитию пневмонии.

При длительном воздействии патогенного фактора бронхит приобретает черты хронического.

- **Лечение:** постельный режим, банки, горчичники, антибиотики и сульфаниламидные препараты, поливитамины. При хроническом бронхите с большим эффектом применяют физиотерапию и курортное лечение.
- **Профилактика:** закаливание организма, предупреждение простудных заболеваний, устранение вредных факторов (курение, производственная пыль, охлаждения и др.).

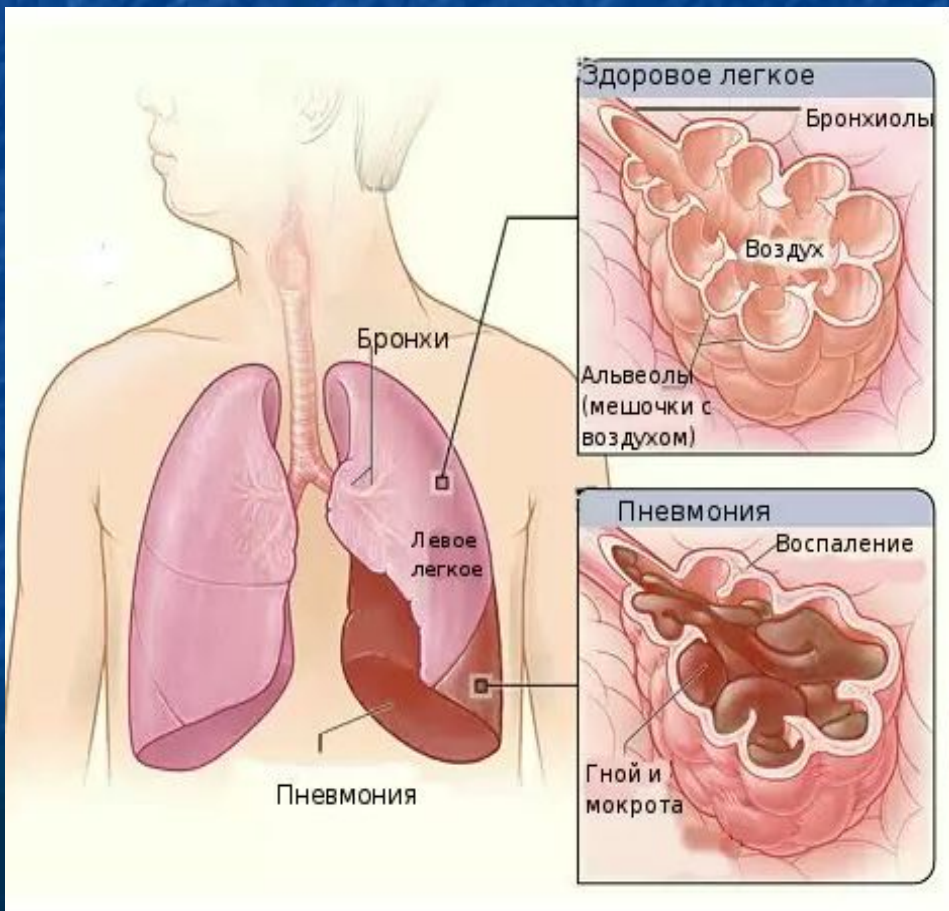
Пневмонии - это группа воспалительных заболеваний, различных по этиологии, патогенезу и клинико-морфологическим проявлениям, характеризующихся преимущественным поражением дистальных воздухоносных путей, особенно альвеол.

По ***клиническому течению*** пневмонии делят на:
острые и хронические.

Этиология острых пневмоний разнообразна, но чаще их возникновение связано с инфекционными агентами.

Помимо инфекции (особенно вирусной) верхних дыхательных путей выделяют следующие факторы риска острых пневмоний: обструкцию бронхиального дерева; иммунодефицитные состояния; алкоголь; курение; вдыхание токсических веществ; травматическое повреждение; нарушение легочной гемодинамики; послеоперационный период и массивную инфузионную терапию; старость; злокачественные опухоли; стресс (переохлаждение, эмоциональное перенапряжение).

Из острых пневмоний наиболее важное клиническое значение имеют:
крупозная пневмония, бронхопневмония,
интерстициальная пневмония.



Лечение пневмоний должно начинаться немедленно после установления диагноза. Больные подлежат госпитализации.

- антибактериальная терапия,
- дезинтоксикационная терапия,
- коррекция микроциркуляторных нарушений,
- коррекция иммунных нарушений (проводится при наличии показаний).

Бронхиальная астма - аллергическое заболевание, характеризующееся повторяющимися приступами удушья вследствие спазма бронхов и отёка их слизистой оболочки. В основе заболевания лежит **повышенная чувствительность** организма и особенно тканей бронхов к различным, обычно безвредным веществам — аллергенам (бытовая и производственная пыль, пыльца растений, споры грибов, а также микроорганизмы, населяющие верхние дыхательные пути и бронхи человека).



Под влиянием аллергена возникают **приступы удушья**: затруднение выдоха; дыхание свистящее, лицо синюшное, вены на шее набухают.

К концу приступа начинается покашливание и отделяется стекловидная вязкая мокрота.

В некоторых случаях приступы длятся несколько дней — астматическое состояние.

Обычно *протекает хронически* и часто *осложняется* эмфиземой лёгких, разрастанием соединительной ткани вокруг бронхов и изменениями в мышце правого желудочка сердца с последующим развитием сердечной недостаточности.

Лечение. Приступы обычно удаётся ликвидировать введением спазмолитических (снимающих спазм) средств.

В межприступный период лечение направлено на борьбу с аллергией.

Если аллерген обнаружен, его рекомендуют устранить из окружения больного или из его организма (перемена профессии, квартиры, лечение инфекций и т. п.); если это невозможно, добиваются снижения чувствительности к аллергену (*десенсибилизации*) инъекциями экстракта аллергена в постепенно возрастающих дозах.

В некоторых случаях прибегают к гормональным препаратам. Вне периодов обострения рекомендуется курортное лечение в условиях среднегорного климата с низкой влажностью.

Бронхоэктатическая болезнь — приобретённое заболевание, характеризующееся хроническим нагноительным процессом в необратимо изменённых (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах преимущественно нижних отделов легких.

Клиника. При обострении, чаще в весенне-осенний период, больные жалуются на кашель с гнойной мокротой, отходящей после ночного сна и в «дренажном положении», при котором мокрота лучше оттекает из поражённых бронхов; общее недомогание, повышение температуры тела. Может появиться кровохарканье, лёгочное кровотечение. Одышка при физической нагрузке, цианоз. Над лёгкими выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, уменьшающиеся после откашливания.

Главным звеном **консервативного лечения** является санация бронхиального дерева, предусматривающая, с одной стороны, опорожнение последнего от гнойной мокроты, а с другой — местное воздействие antimicrobialными средствами на гноеродную микрофлору.

Фармакотерапия включает в себя антибиотики, бронхолитики и средства, разжижающие мокроту. Обязательны лечебная физкультура, массаж грудной клетки.

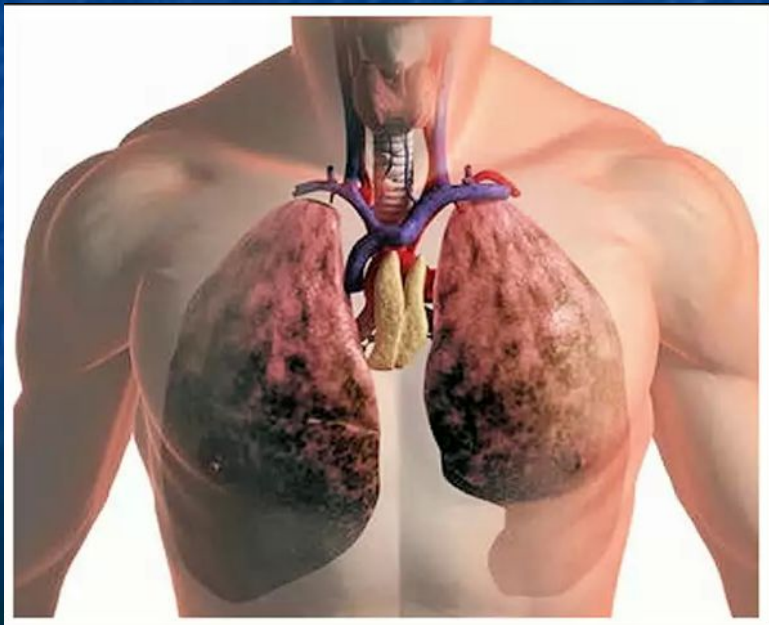
Физиотерапевтическое лечение возможно только при нормализации температуры и отсутствии кровохарканья.

При ограниченных поражениях доли, сегмента лёгкого проводится **хирургическое вмешательство**.

К острым деструктивным процессам в легких относят
абсцесс и гангрену легкого.

Пневмониогенный абсцесс легкого возникает как осложнение пневмонии любой этиологии, обычно стафилококковой и стрептококковой.

Бронхогенный абсцесс легкого появляется при разрушении стенки бронхоэктаза и переходе воспаления на соседнюю легочную ткань с последующим развитием в ней некроза, нагноения и формированием полости - абсцесса.



Острый абсцесс легкого иногда заживает спонтанно, но чаще принимает хроническое течение.

Хронический абсцесс легкого обычно развивается из острого и локализуется чаще в тех отделах легких, где обычно встречаются очаги острой бронхопневмонии и острые абсцессы.

Гангрена легкого - наиболее тяжелый вид острых деструктивных процессов легких.

Она осложняет обычно пневмонию и абсцесс легкого любого генеза при присоединении гнилостных микроорганизмов. Легочная ткань подвергается влажному некрозу, становится серо-грязной, издает дурной запах.

Гангрена легкого обычно приводит к смерти.

Лечение нагноительных заболеваний легких включает мероприятия по восстановлению дренажа и ликвидации гноя в очаге поражения, воздействие на микрофлору, борьбу с интоксикацией, стимуляцию защитных сил больного и применение симптоматических средств.

При наличии показаний проводится хирургическое лечение.

Эмфизема легких - заболевание дыхательных путей, характеризующееся патологическим расширением воздушных пространств дистальных бронхиол, которое сопровождается деструктивно-морфологическими изменениями альвеолярных стенок;
одна из частых форм хронических неспецифических заболеваний лёгких.

Клиника: одышка, бочкообразная грудная клетка, уменьшение ее дыхательных экскурсий, расширение межреберных промежутков, выбухание надключичных областей, коробочный перкуторный звук, ослабленное дыхание, низкое стояние диафрагмы и уменьшение ее подвижности, повышение прозрачности легочных полей на рентгенограмме.

Легочное сердце - увеличение и расширение правых отделов сердца в результате повышения артериального давления в малом круге кровообращения, развившейся вследствие заболеваний бронхов и легких, поражений легочных сосудов или деформаций грудной клетки.

Острое легочное сердце - клинический симптомокомплекс, возникающий, вследствие развития тромбоэмболии легочной артерии, а также при ряде заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Наибольшее количество тромбов и эмболии легочной артерии отмечается у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Хроническое легочное сердце развивается в течение ряда лет, приводя к декомпенсации.

Профилактика легочного сердца состоит в предупреждении, а также воевременном и эффективном лечении болезней, осложняющихся развитием легочного сердца.

Доброкачественные опухоли легких — понятие собирательное, включающее большое число опухолей различного происхождения и гистологического строения, имеющих различную локализацию и особенности клинического течения (аденомы, фибромы)

Часто различие между доброкачественными и злокачественными опухолями легких бывает весьма условным.

Характерно:

- медленный рост на протяжении многих лет,
- отсутствие или скудность клинических проявлений до возникновения осложнений,
- относительная редкость озлокачествления, что определяет иные подходы к выбору тактики и методов хирургического лечения.

Злокачественные опухоли легких – общее понятие, объединяющее группу новообразований трахеи, легких и бронхов, характеризующихся бесконтрольным делением и разрастанием клеток, инвазией в окружающие ткани, их разрушением и метастазированием в лимфоузлы и отдаленно расположенные органы.

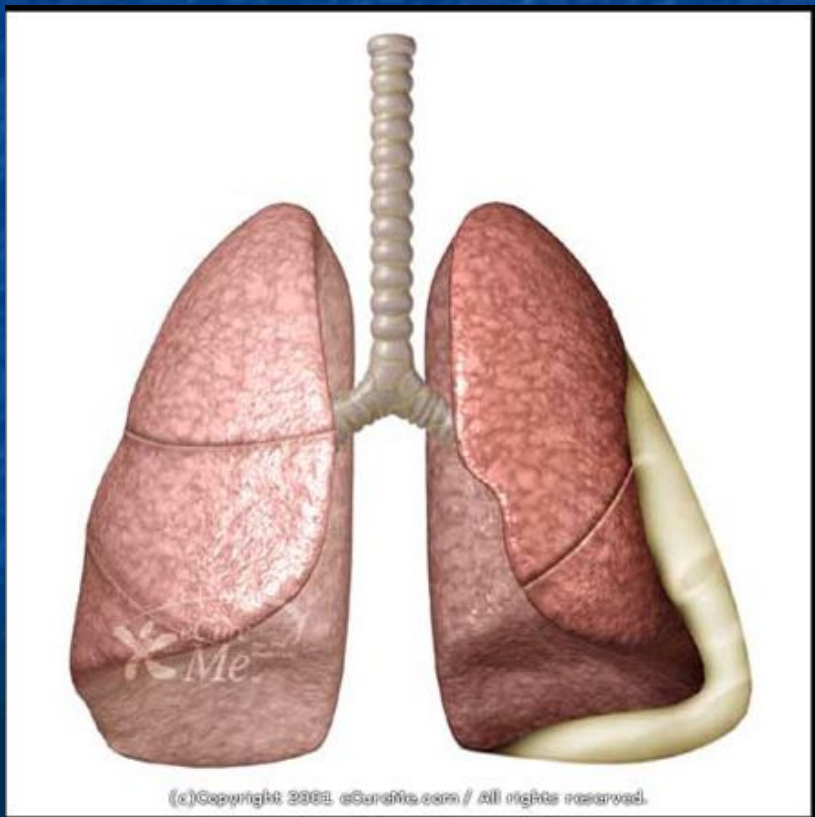
Самой частой злокачественной опухолью легких является **рак легкого**. Другие формы злокачественных опухолей легких регистрируются значительно реже.

Патогенные факторы, влияющие на развитие злокачественных опухолей легких, могут вызывать повреждения ДНК и активизировать клеточные онкогены.

Клиника опухолей легких определяется локализацией, размерами опухоли, ее отношением к просвету бронха, осложнениями (ателектазом, пневмонией), распространенностью метастазов.

Лечение. Радикальным методом лечения злокачественных опухолей легких является их оперативное удаление.

Плеврит - воспаление плевры с образованием фибринозного налета на ее поверхности или выпота в ее полости. **Всегда вторичен**, является синдромом или осложнением многих болезней, но в определенный период может выдвигаться в клинической картине на первый план, маскируя основное заболевание. **Среди его причин** — инфекции, травмы грудной клетки, опухоли.



Симптомы, течение

определяются локализацией, распространенностью, характером воспаления плевры, изменением функции соседних органов.

Основные формы плевритов:

- сухие (фибринозные),
- выпотные (экссудативные - серозные, серозно-фибринозные, гнойные, геморрагические, хилезные, смешанные).

Клиника: боль в грудной клетке, связанная с дыханием, кашель, повышение температуры, одышка.

При экссудативном плеврите: чувство тяжести в половине грудной клетки, одышка, сухой или со скудной мокротой кашель.

Характерно вынужденное положение.

Клиника эмпиемы плевры характеризуется лихорадкой гектического характера, выраженной интоксикацией, изменением аскультативных данных.

Достоверным признаком, подтверждающим наличие плеврита, является рентгенография органов грудной клетки.

Лечение плеврита должно быть комплексным и направлено, прежде всего, на ликвидацию основного процесса, приведшего к его развитию.

Симптоматическое лечение имеет целью обезболить и ускорить рассасывание фибрина, предупредить образование обширных шварт и сращений в плевральной полости.

Сердечно-сосудистая система — комплекс анатомо-физиологических образований, обеспечивающий направленное движение крови и лимфы в организме, необходимое для осуществления в тканях транспорта газов, субстратов питания и их метаболитов в процессе обмена веществ и энергии между организмом и внешней средой.

Центральным органом ССС является сердце,

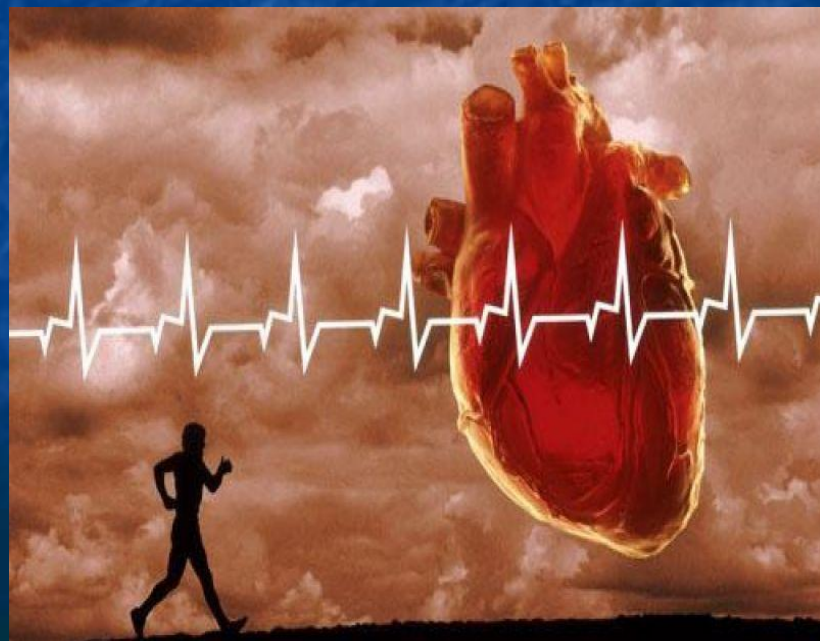
нагнетающее кровь

в артерии, которые по мере удаления их от сердца становятся мельче, переходя в артериолы

и капилляры,

образующие в органах сети.

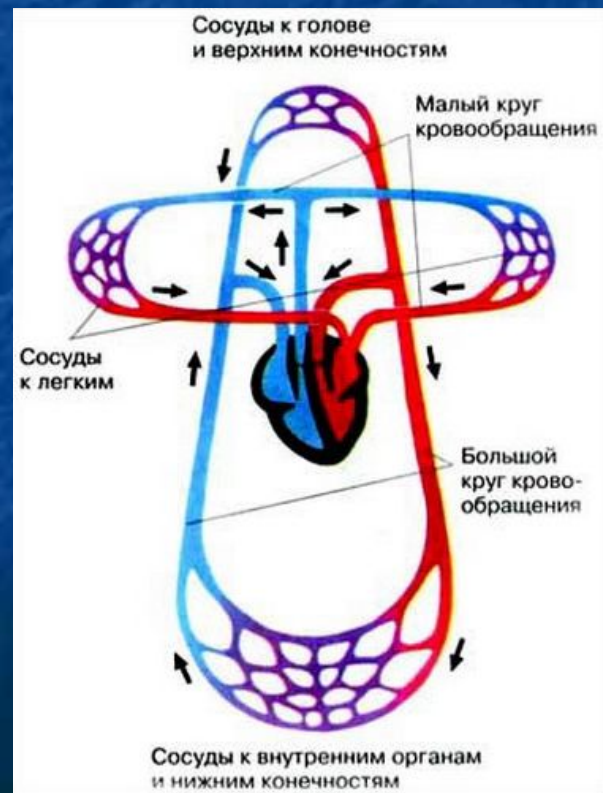
Из сетей капилляров начинаются посткапиллярные венулы, формирующие при их слиянии более крупные венулы, а затем вены несущие кровь к сердцу.



Большой круг кровообращения начинается в левом желудочке и оканчивается в правом предсердии, куда впадают полые вены; обеспечивает кровью все органы и ткани.

Малый круг кровообращения начинается в правом желудочке, из которого выходит лёгочный ствол, и оканчивается в левом предсердии, в которое впадают лёгочные вены; ограничен циркуляцией крови в лёгких, здесь происходит обогащение крови кислородом и выведение углекислого газа.

Обследование больного с подозрением на заболевание сердца должно включать интерпретацию существенных признаков: частота дыхания, пульс, АД, изменения на глазном дне, свойственные артериальной гипертензии (АГ),
- оценку клинических проявлений (цвет кожи, утолщения ногтевых фаланг пальцев в виде «барабанных палочек», отеки; признаки снижения перфузии (холодная и влажная кожа).



Аускультация сердца является наиболее важным из физикальных методов исследования сердечно-сосудистой системы.

При работе сердца регистрируется две разновидности звуковых феноменов: отрывистые и короткие звуки - **тоны**; продленные звуки - **шумы**.

Для правильной оценки данных аускультации необходимо знать места лучшего выслушивания звуковых явлений,

связанных с тем или иным клапаном.

Выслушивание звуков, образующихся при работе клапанов сердца, проводится в определенной последовательности, которая объясняется частотой их поражения.

Сердечные звуковые феномены закономерно связаны с сердечными циклами.



Заболевания сердечно-сосудистой системы являются одними из самых распространенных заболеваний и находятся на втором месте после травм.

Различают *основные жалобы* и *дополнительные жалобы* общего характера.

Основные жалобы:

- 1) одышка;
- 2) боль в области сердца;
- 3) сердцебиение;
- 4) цианоз;
- 5) отеки;
- 6) кровохарканье.

Дополнительные жалобы:

- 1) слабость;
- 2) быстрая утомляемость;
- 3) потливость;
- 4) головокружение;
- 5) повышение температуры тела;
- 6) раздражительность;
- 7) расстройство сна.

Пороки сердца — патологические структурные изменения в строении сердца или крупных сосудов,

которые приводят к нарушению деятельности сердца.

По своему происхождению пороки сердца бывают **врожденными**, т.е. возникающими у плода в период внутриутробного развития, и **приобретенными**, которые появляются после рождения в результате различных заболеваний.

Наиболее часто встречаются приобретенные пороки сердца, развивающиеся вследствие изменений клапанов сердца.

Среди **причин**, вызывающих развитие приобретенных пороков сердца, на первом месте стоит ревматизм. К приобретенным порокам сердца могут приводить также такие заболевания, как бактериальный эндокардит, сифилис, атеросклероз.

Приобретенные пороки чаще касаются митрального клапана, реже — аортального, еще реже — трехстворчатого клапана и клапана легочной артерии.

Врожденные пороки сердца зачастую возникают в результате неправильного отхождения крупных сосудов сердца либо наличия дефектов в перегородках сердца.

В таких случаях во время сокращения желудочков часть крови из левого желудочка, в котором содержится артериальная, богатая кислородом кровь, устремляется в правые отделы сердца. Там она смешивается с венозной, бедной кислородом кровью и возвращается оттуда в легкие.

Возможен и другой вариант: когда часть венозной крови из правых отделов сердца, минуя легкие, попадает в левый желудочек, а затем — в аорту и к тканям организма. Бедная кислородом кровь не в состоянии обеспечить питанием органы и ткани.

При выраженном пороке могут быть низкая выносливость к физическим нагрузкам, задержка в развитии, склонность к легочным инфекциям.

Ревматизм (острый ревматизм, суставной ревматизм), системное воспалительное заболевание с преимущественной локализацией патологического процесса в оболочках сердца, развивающееся у предрасположенных к нему лиц, чаще в возрасте 7–15 лет, как осложнение стрептококковой инфекции, для которого характерны лихорадка, опухание суставов и воспалительное поражение сердца.

Ревмокардит (кардиальная форма) — воспалительное поражение сердца с вовлечением в процесс всех оболочек сердца, но прежде всего миокарда.

Ревматический полиартрит (суставная форма) — воспалительное поражение суставов, с характерными для ревматизма изменениями.

Ревматическая хорея (Пляска святого Витта) — патологический процесс, характеризующийся проявлением васкулита мелких мозговых сосудов.

Кожная форма ревматизма (кольцевая эритема, ревматические узелки).

Ревматический плеврит.

Острое начало (приблизительно через три недели после первоначальной стрептококковой инфекции, которая протекает иногда в столь легкой форме, что может остаться незамеченной)

Повышение температуры, озноб, тахикардия, гипергидроз, астения, болезненность, гиперемия суставов, нарушение подвижности.

Наиболее крупные и активно используемые суставы вовлекаются в первую очередь. Воспалительный процесс переходит с сустава на сустав, обычно поражается несколько суставов, зачастую симметрично.

У детей ревматизм может протекать в мягкой или хронической форме с отсутствием выраженных симптомов. Наблюдаются лишь общее недомогание, частый пульс и неспецифические боли в суставах, не сопровождающиеся болезненностью при движении (т.н. «боли роста»).

При отсутствии признаков поражения сердца заболевание редко имеет летальный исход. В случаях развития кардита средняя продолжительность жизни больных в последующем оказывается значительно сниженной.

Лечение. Продолжительный постельный режим, салицилаты.

Эндокардит, миокардит, перикардит

Относятся к воспалительным заболеваниям сердца:

эндокардит — воспаление внутренней оболочки сердца —
эндокарда;

миокардит — воспалительное поражение сердечной мышцы —
миокарда;

перикардит — воспалительное поражение сердечной сорочки —
перикарда.

Воспаления могут быть самостоятельными или частью другого заболевания, например какого-либо из диффузных заболеваний соединительной ткани.

При ревматизме закономерно развиваются эндокардит и миокардит (в этом случае поражение сердца при ревматизме называется ревмокардитом).

Миокардит может сочетаться с перикардитом; эти заболевания могут также протекать изолированно (только миокардит, эндокардит или перикардит).

Виды воспалительного процесса в миокарде, эндокарде, перикарде.

- 1. Инфекционное воспаление** — инфекционный эндокардит (крайне тяжелое заболевание, часто со смертельным исходом, приводящее к формированию порока сердца, а также поражению почек — гломерулонефриту).
- 2. «Иммунное воспаление»** — наиболее частая причина эндокардитов, миокардитов, перикардитов. В ткани эндокарда, миокарда или перикарда происходит отложение комплексов антиген — антитело, что обуславливает развитие воспалительного процесса.
- 3. Воспаление, вызванное травмой** или **наличием опухоли**, что относится исключительно к перикардитам.
- 4. Реактивное воспаление** (перикардит при инфаркте миокарда после рентгеновского облучения по поводу злокачественной опухоли самой различной локализации в грудной клетке).

Эндокардит приводит к деформации створок клапанов и формированию порока сердца.

Миокардит проявляется признаками поражения миокарда: недостаточность кровообращения (одышка и сердцебиение при нагрузке, при тяжелых формах болезни — значительное увеличение сердца, отеки, увеличение печени), нарушения ритма и проводимости, изменения на ЭКГ.

Проявления **перикардита** определяются клинико-морфологической формой болезни: сухой или выпотной перикардит. При **сухом перикардите** основными признаками являются тупые постоянные боли в области сердца и выслушиваемый при аускультации шум трения перикарда над областью сердца, изменения на ЭКГ.

Выпотной (экссудативный) перикардит протекает более тяжело. Кроме болей отмечаются одышка в покое и тяжесть в области сердца. При обследовании определяются значительное расширение границ сердца и глухие тоны сердца.

Перикардит может иметь хроническое течение - париетальная пластинка срастается с висцеральной пластинкой (эпикардом), наблюдается обызвествление и сердце оказывается «замурованным» в панцирь (спаечный — перикардит, «панцирное» сердце).

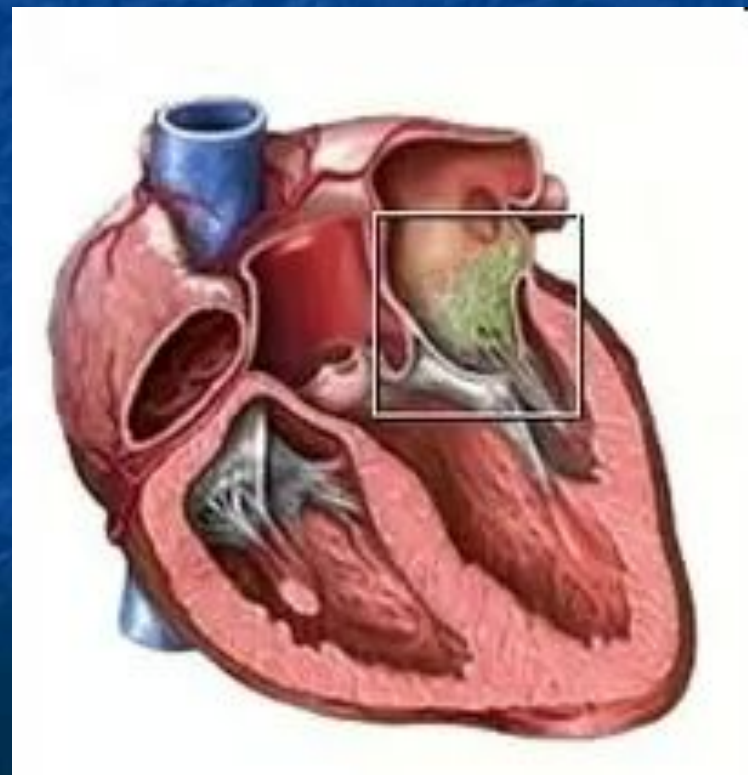
Лечение. Постановка диагноза затруднена и возможна только в условиях стационара. Тяжелое течение всегда требует соблюдения постельного режима.

Обычно назначают диету с ограничением содержания поваренной соли.

Фармакотерапия определяется особенностями причин и механизмов развития болезни.

Нестероидные противовоспалительные средства, при значительных иммунных сдвигах — кортикостероидные гормоны, цитостатические иммуносупрессоры.

При инфекционном эндокардите назначают длительное лечение антибиотиками в больших дозах.



Гипертоническая болезнь,

заболевание сердечно-сосудистой системы, главным проявлением которого является повышение кровяного давления.

В *этиологии* гипертонической болезни важное значение придается нервно-психическому перенапряжению; имеется генетическая предрасположенность с семейным распространением.

Патогенетические механизмы реализуются через нарушения вегетативной и гуморальной регуляции с повышением активности прессорных и подавлением депрессорных систем.

Нарушения нейрогуморальной регуляции сосудистого тонуса в сочетании с его повышением, нарушения обмена ионов в тканях сосудистой стенки приводят к ее вторичным структурным изменениям с развитием артерио- и артериолосклероза, хронической и острой ишемии органов и другим осложнениям.

Стадии гипертонической болезни.

I стадия (легкая) — периодическое повышение артериального давления (диастолическое давление — более 95 мм рт. ст.) с возможной нормализацией гипертензии без лекарственного лечения. Во время криза больные жалуются на головную боль, головокружение, ощущение шума в голове. Криз может разрешаться обильным мочеотделением.

II стадия (средней тяжести) — стабильное повышение артериального давления (диастолическое давление — от 105 до 114 мм рт. ст.). Криз развивается на фоне повышенного артериального давления, после разрешения криза давление на нормализуется.

III стадия (тяжелая) — стабильное повышение артериального давления (диастолическое давление — более 115 мм рт. ст.). Криз также развивается на фоне повышенного артериального давления, которое не нормализуется после разрешения криза.

Гипертонический криз рассматривают как обострение гипертонической болезни.

Осложнения гипертонической болезни:

сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения, вплоть до ишемического или геморрагического инсульта, хроническая почечная недостаточность и др.

Острая сердечная недостаточность, нарушения мозгового кровообращения

наиболее часто осложняют гипертоническую болезнь именно во время развития гипертонического криза.

Лечение комплексное, с учетом стадий, клинических проявлений и осложнений болезни. Используют гипотензивные, седативные, мочегонные и др. препараты.

Важное значение имеют режим труда и отдыха, умеренные физические нагрузки, правильное питание. Рекомендуется воздерживаться от приема алкогольных напитков.



Гипотоническая болезнь связана с нарушением функций нервной системы и нейрогормональной регуляции тонуса, сопровождающееся снижением артериального давления.

Исходным фоном такого состояния является астения, связанная с психотравмирующими ситуациями, хроническими инфекциями и интоксикациями (производственные вредности, злоупотребление алкоголем), неврозы.

Физиологическая артериальная гипотония, обусловленная особенностями телосложения и наследственными факторами, встречается нередко у совершенно здоровых людей, не сопровождается какими-либо жалобами и патологическими изменениями в организме.

Патологическая гипотония подразделяется на первичную и вторичную, в каждой из которых выделяют острые и хронические формы. **Первичные** - вегетососудистая дистония по гипотоническому типу. В развитии этой болезни большую роль играют гормоны. **Вторичные** - возникают при различных заболеваниях. Среди них болезни щитовидной железы, язвенная болезнь желудка, анемии, воспаление клеток печени, опухоли, а также воздействие на организм некоторых лекарств.

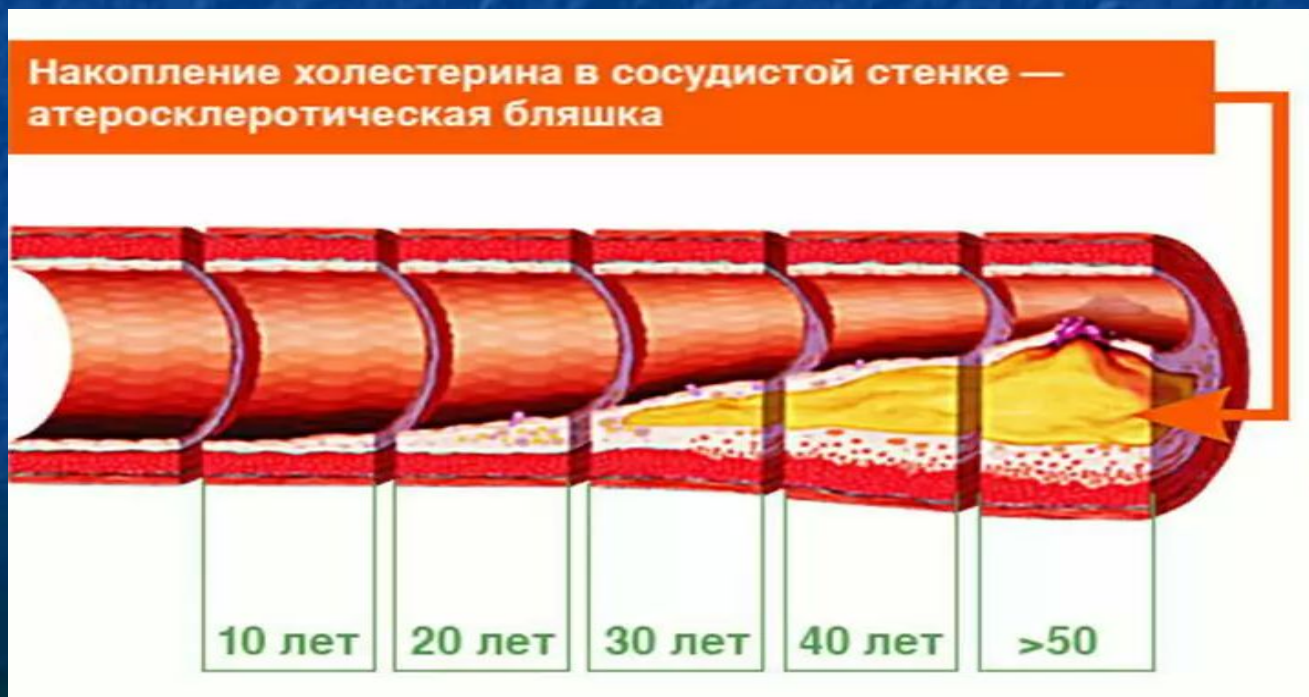
Наиболее часто **больные жалуются** на слабость (особенно по утрам), вялость, быстро наступающую усталость при привычной деятельности, головные боли, чувство нехватки воздуха, бессонницу, боль в области сердца, тяжесть в желудке, снижение аппетита.

Ухудшение самочувствия чаще всего наступает весной и летом, после перенесения простуд и инфекционных заболеваний.

Лечение артериальной гипотонии комплексное: четкий режим дня, гимнастика, тонизирующие процедуры, полноценное питание, растительные и биологические нейростимуляторы, кофеин, физиотерапия.

Атеросклероз - это заболевание, поражающее магистральные сосуды.

При этом происходит отложение холестерина в стенке сосуда, в результате чего возникает атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет сосуда. Это приводит к значительному падению кровотока по пораженному сосуду, пропорционально степени стеноза сосуда.



Причины и факторы риска развития атеросклероза

неустранимые: возраст, принадлежность к мужскому полу, наследственность.

устранимые: артериальная гипертензия, алиментарное ожирение, курение .

устранимы частично (потенциально): сахарный диабет, различные виды нарушений обмена веществ.

недостаточную физическую активность, избыточные эмоциональные перенапряжения и личностные особенности человека, нерациональное питание (склонность к перееданию, предпочтение пище, богатой животными жирами и др.

Клиника. Длительное время явные симптомы атеросклероза отсутствуют. Но с течением времени происходит трансформация атеросклеротической бляшки, на поверхности которой образуются тромбы – формируется атеротромбоз, ведущий к прогрессирующему сужению сосудов.

Происходит нарушение кровообращения в органах и тканях, появляются клинические симптомы, заметные для пациента (кардиальные, абдоминальные, гипертензионные и др.).

В зависимости от локализации в сосудистой системе,
атеросклероз является основой таких заболеваний:

1. Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная сердечная смерть, аритмии, сердечная недостаточность).
 2. Цереброваскулярные заболевания (транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт).
 3. Атеросклероз артерий нижних конечностей (перемежающая хромота, гангрена стоп и голеней).
 4. Атеросклероз аорты.
 5. Атеросклероз почечных артерий.
 6. Атеросклероз мезентериальных артерий (инфаркт кишечника).
- Пациентам имеющие признаки атеросклеротического поражения любой локализации рекомендована модификация образа жизни и медикаментозная терапия, предусматривающая снижение уровня липидов.

Ишемическая болезнь сердца - патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий.

Бессимптомная, или «немая» форма ИБС, когда «голодание» сердца не проявляется клиническими симптомами.

Стенокардия (грудная жаба) — при этой форме ИБС недостаточное питание сердца проявляется сильной болью за грудиной при физической нагрузке, стрессе, выходе на холод или переедании.

Аритмическая форма ИБС, при которой недостаточное кровоснабжение сердца проявляется нарушениями сердечного ритма, чаще всего мерцательной аритмией.

Инфаркт миокарда — отмирание участка сердечной мышцы, вызванное ее «голоданием».

Внезапная коронарная смерть — это остановка сердца, в большинстве случаев вызванная резким уменьшением количества поставляемой к нему крови. Вернуть больного к жизни можно только немедленными реанимационными мероприятиями.

Лечение. Комплексное: режим, диета, комбинация лекарств разного действия (препараты, расширяющие сосуды сердца, уменьшающие нагрузку на него, снижая кровяное давление и уравнивая сердечный ритм, снижающие уровень холестерина в крови).

Хирургическое лечение: ангиопластика.

Если ИБС не лечить, из-за дефицита кислорода сердце перестает нормально выполнять свою функцию, что приводит к недостаточному поступлению крови во все остальные органы.

Это состояние называется

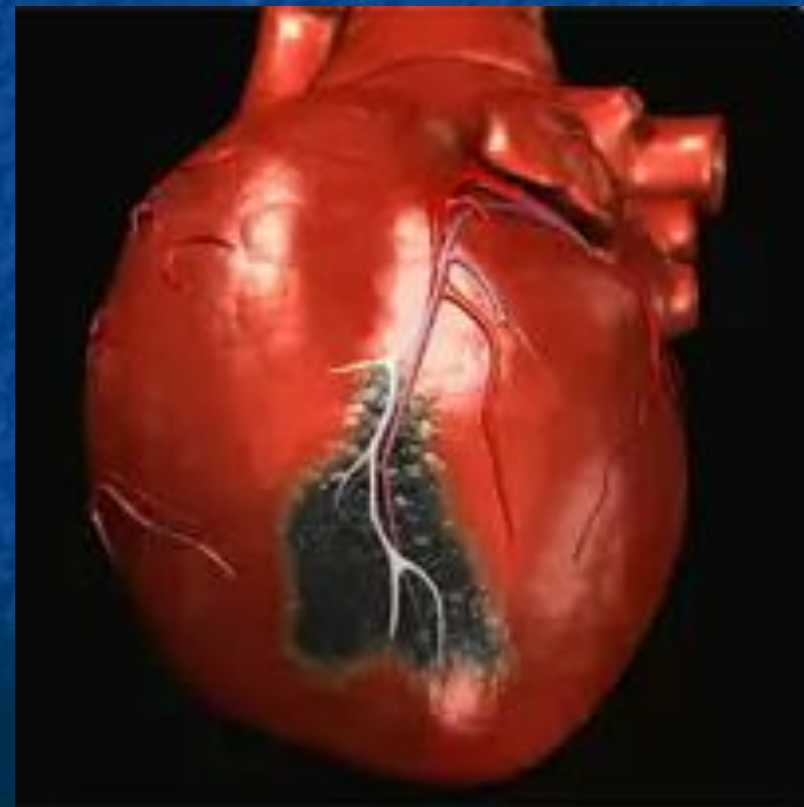
хронической сердечной недостаточностью.

Инфаркт миокарда — острое заболевание, обусловленное развитием очага или очагов ишемического некроза в сердечной мышце, проявляющееся в большинстве случаев характерной болью, нарушением сократительной и других функций сердца, нередко с формированием клинических синдромов острой сердечной и сосудистой недостаточности и других осложнений, угрожающих жизни больного.

Развитие заболевания всегда связано с тяжелой и длительной ишемией участка сердечной мышцы вследствие острой закупорки или внезапно возникшего критического сужения венечной артерии сердца.

Причины закупорки: тромб, кровоизлияние в основание атеросклеротической бляшки, эмболия, длительный и выраженный спазм артерии, чаще развивающийся на участке, пораженном атеросклерозом.

Эти факторы могут сочетаться.



Характер и выраженность клинических проявлений

в значительной мере определяются массой некротизированного миокарда и локализацией очага некроза.

В типичном течении крупноочагового инфаркта миокарда *выделяют пять периодов*: продромальный, острейший, острый, подострый и послеинфарктный.

Осложнения инфаркта миокарда:

- Кардиогенный шок
- Острая сердечная недостаточность
- Нарушения сердечного ритма и проводимости
- Разрыв сердца
- Аневризма сердца
- Тромбоэмболические осложнения
- Нервные и психические расстройства (психотические и непсихотические)

Атипичные формы ИМ:

- Гастритическая
- Астматическая
- Безболевая

Лечение ИМ:

восстановление кровообращения при пораженной коронарной артерии.

Аритмии сердца – это совокупность нарушений сердечного ритма, различных по своей причине, механизму, клиническим проявлениям и прогнозу.

Сопровождаются:

урежением (менее 60 ударов в минуту).

учащением (более 100 в минуту).

или нерегулярностью сердечных сокращений.

Болезнь выявляется не только при органическом поражении сердца (инфаркт миокарда, пороки сердца и т.д.), но и при нарушении функции вегетативной нервной системы, изменении водно-солевого баланса, интоксикациях.

Аритмии могут наблюдаться и у вполне здоровых людей на фоне выраженного переутомления, простуде, после приема алкогольных напитков.

Причины возникновения аритмий сердца:

1. Кардиальные причины (ИБС, в том числе инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия)
2. Лекарственные воздействия
3. Электролитные нарушения
4. Токсические воздействия
5. Идиопатические аритмии

По типу нарушений различают:

- *Нарушение автоматизма* (синусовые тахи- и брадикардии)
- *Нарушение возбудимости* (экстрасистолии, пароксизмальная тахикардия)
- *Нарушение проводимости* (блокады)
- *Смешанные* (мерцание/трепетание предсердий)

Лечение: антиаритмические препараты (прямые антиаритмики, препараты, влияющие на проводящую систему сердца),
устранение непосредственной причины аритмии

(лечение основного заболевания),

постановка кардиостимуляторов, радиочастотная абляция.

Сердечная недостаточность — комплекс расстройств, обусловленных, главным образом, понижением сократительной способности сердечной мышцы.

В случае неоказания медицинской помощи возможен летальный исход.

Возникает при перегрузке и переутомлении сердца (вследствие артериальной гипертензии, пороков сердца и др.), нарушении его кровоснабжения (инфаркт миокарда), миокардитах, токсических влияниях (например, при базедовой болезни) и т. д.

Ослабленная сердечная мышца не обеспечивает кровообращения.

В результате сердечной недостаточности возникают гипоксия органов и тканей, ацидоз и другие нарушения метаболизма.

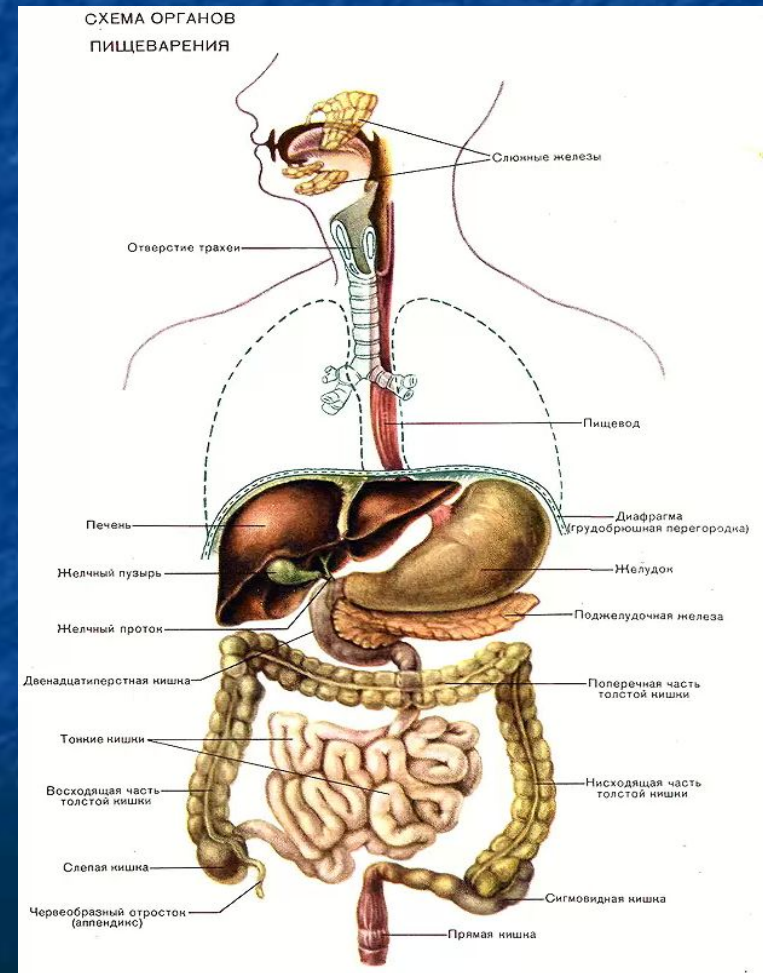


Пищеварительная система человека осуществляет переваривание пищи путём её физической и химической обработки, всасывание продуктов расщепления через слизистую оболочку в кровь и лимфу и выведение не переработанных остатков.

Обследование больного включает: опрос, физикальное исследование, лабораторные методы, зондирование, рентгенография, эндоскопия, УЗИ, МРТ, функциональные пробы и др.

Для каждого заболевания органов пищеварения существуют специфические причины, но среди них можно выделить характерные для большинства заболеваний пищеварительной системы.

Все причины делятся на внешние и внутренние.



Симптомы болезней желудка и кишечника

1. **Боль** по ходу пищеварительного тракта.
2. **Диспепсия** делится на верхнюю и нижнюю.
 - К верхней относятся такие симптомы, как изжога, отрыжка, тошнота, рвота, ощущение полноты и давления в эпигастральной области, дисфагия глотания, анорексия.
 - К нижней диспепсии относятся ощущение полноты и распираания в животе, метеоризм, диарея, запор.
3. **Изменение цвета стула** (обесцвечивание при гепатите, мелена – дегтеобразный стул при желудочных кровотечениях, “малиновое желе” при амёбиазе, зеленый при сальмонеллезе, алая кровь в кале).
4. **Изменения на коже** (сыпь – инфекционные заболевания, сосудистые звёздочки и изменения цвета кожи при заболеваниях печени).

Эзофагит - воспаление пищевода.

Различают острые, подострые и хронические эзофагиты.

Острые эзофагиты возникают вследствие раздражения слизистой оболочки пищевода горячей пищей и питьем, химическими веществами, коррозивные эзофагиты, при острых инфекционных заболеваниях (скарлатина, дифтерия, сепсис и др.), сопровождаются острыми фарингитами, гастритами.

Подострые и хронические эзофагиты возникают вследствие повторного действия на слизистую оболочку раздражителей.

Хронические эзофагиты нередко сопровождаются хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки и желудка, в ряде случаев могут наблюдаться при хронических инфекционных заболеваниях - туберкулезе, сифилисе.

Застойные эзофагиты возникают при застое и разложении в пищеводе пищи у больных со стенозами пищевода, ахалазией кардии.

Клиника: дисфагия, ощущение дискомфорта, жжение и боли за грудиной, возникающие или усиливающиеся при глотании.

Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс проявляется изжогой, отрыжкой кислым или горечью.

Эрозивный и геморрагический эзофаниты могут сопровождаться кровавой рвотой, выделением крови с калом.

Общее состояние определяется основным заболеванием, распространенностью процесса (очаговый или диффузный), его морфологической формой. В наибольшей степени оно страдает при флегмонозном эзофагите.

Эзофагит может **осложниться** массивным кровотечением, абсцессом, перфорацией пищевода, развитием гнойного медиастинита.

Исходом острого псевдомембранозного и некротического, а также хронического эзофагита может быть стриктура пищевода. Очаговые дисплазии слизистой оболочки пищевода нередко малигнизируются.

Гастрит - это воспаление слизистой оболочки желудка
в ответ на ее повреждение.

Морфологические виды гастритов:

острый, хронический и особые (специальные) формы.

Они различаются по локализации патологического процесса,
морфологической форме и патогенетическим связям,
а также по этиологии, если она известна.

Критериями деления
гастритов на

**легкую, среднюю и
тяжелую форму**

являются **5 основных
признаков:**

воспаление, активность,
атрофия, кишечная
метаплазия, степень
обсемененности слизистой
оболочки *Helicobacter
pylori*.



Клиника: нарастающая общая слабость, неприятный, горький вкус во рту, тошнота, отрыжка застоявшейся, разложившейся пищей, чувство тяжести, распираение и боль в подложечной области, головная боль. Аппетит отсутствует. Может возникать избирательная потребность в пище. Вскоре присоединяется рвота съеденной пищей. Часто рвота носит повторный характер, сопровождается болями в животе и приносит временное облегчение. У некоторых больных общее состояние страдает мало, у других наблюдается тяжелое общее состояние, вплоть до развития коллапса. Может появиться диарея. В ряде случаев, особенно при аллергической природе заболевания, гастрит приобретает тяжелое течение, часто сопровождающееся образованием множественных поверхностных эрозий. При этом к диспептическим расстройствам присоединяются симптомы интоксикации.

Гастрит может быть достоверно диагностирован только на основании результатов гистологического исследования прицельно взятых биоптатов слизистой оболочки из тела и антрума желудка.

Главным при *лечении* гастрита является устранение причин его возникновения.

Важным является соблюдение диеты, режима труда и отдыха.



Для устранения болей принимают спазмолитики, холинолитики, антациды. Рекомендуется приём энтеросорбентов (смекта и другие).

При рвоте назначают прокинетики.

При остром оксикоинфекционном гастрите — антибиотики (аминогликозиды, бисептол и другие).

При тяжёлом остром гастрите для коррекции водно-электролитных нарушений вводят в\в раствор глюкозы, физиологический раствор, препараты калия.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки -

хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта основным проявлением которого формирование достаточно стойкого язвенного дефекта в желудке и/или двенадцатиперстной кишке.

Способствующие факторы. Выделяют наследственность, курение, хроническую нервно-психическую травматизацию, нерегулярное питание.

Течение язвенной болезни самое разнообразное может тянуться годами с обострениями от одного в несколько лет до ежегодных через ряд месяцев. Как правило возникает в молодом и среднем возрасте, редко дебютирует после 60 лет.

Клиника: боли в верхней половине живота (ночные и «голодные»), имеющие четкую ритмичность во времени возникновения и связь с приемом пищи и сезонность обострений (весной и осенью). Уменьшаются или исчезают после приема пищи и антацидов (альмагель, маалокс).

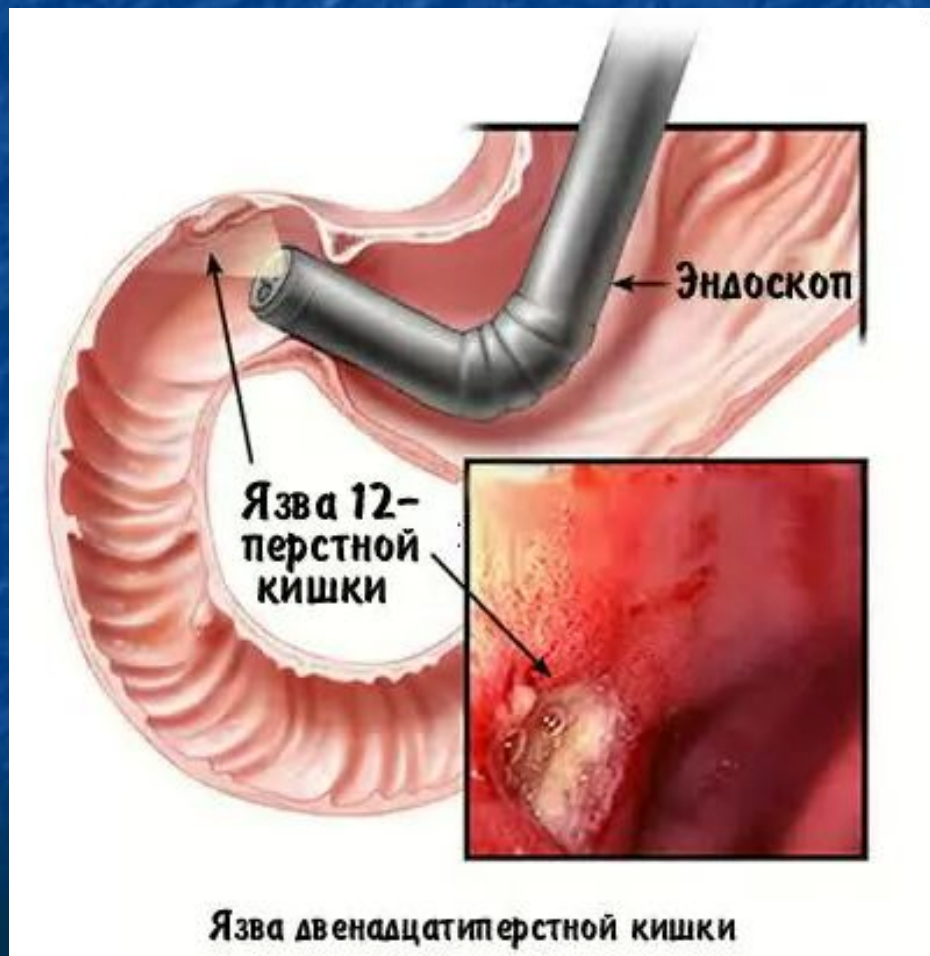
Курс лечения включает режим, лечебное питание, медикаменты и физиотерапию, санаторно-курортное лечение. Развитие осложнений требует проведения специальных мероприятий.

Без лечения язвенный дефект распространяется вглубь стенки желудка.

Этот процесс может завершиться опасными для жизни человека

осложнениями:

кровотечение, перфорация, рубцовое сужение привратника, раковое перерождение, пенетрация.



Энтерит - заболевание, характеризующееся нарушениями кишечного пищеварения и всасывания, обусловленное воспалительными и дистрофическими изменениями слизистой оболочки тонкой кишки.

При хроническом течении приводит к атрофии ее слизистой оболочки.

Острые энтериты наблюдаются при инфекционных заболеваниях, пищевых отравлениях, пищевой аллергии и т. д., сопровождаются воспалительным набуханием и гиперемией слизистой оболочки тонкой кишки, увеличением её секреции; в тяжелых случаях возникают кровоизлияния и изъязвления.

Проявляются внезапными болями (преимущественно в середине живота), нередко — рвотой, диареей, повышением температуры; в тяжелых случаях выражены симптомы общей интоксикации, сердечно-сосудистые расстройства, обезвоживание организма, возможны судороги.

Хронические энтериты могут быть следствием нерационального питания, гельминтозов, лямблиоза, хронических интоксикаций некоторыми промышленными ядами, длительного бесконтрольного применения лекарств, некоторых врожденных ферментопатий.

Постепенно возникает атрофия слизистой оболочки, сглаживаются её ворсинки, уменьшается продукция кишечных ферментов, нарушается всасывание.

Клиника: урчание в кишечнике, нерезкие боли в околопупочной области, тошнота, слабость, диарея (преимущественно при энтероколите). Вследствие нарушения всасывания в кишечнике могут возникать различные расстройства питания.

Лечение хронического энтерита: диета, поливитамины, вяжущие средства, препараты пищеварительных ферментов, спазмолитики, физиотерапевтические процедуры и др. При обострениях — лечение в стационаре.

Вне обострения показано санаторно-курортное лечение (Ессентуки и др.)

Болезнь Крона - хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, начиная от полости рта и заканчивая прямой кишкой, с преимущественным, всё же, поражением терминального отрезка подвздошной кишки и илеоколитом в 50 % случаев.

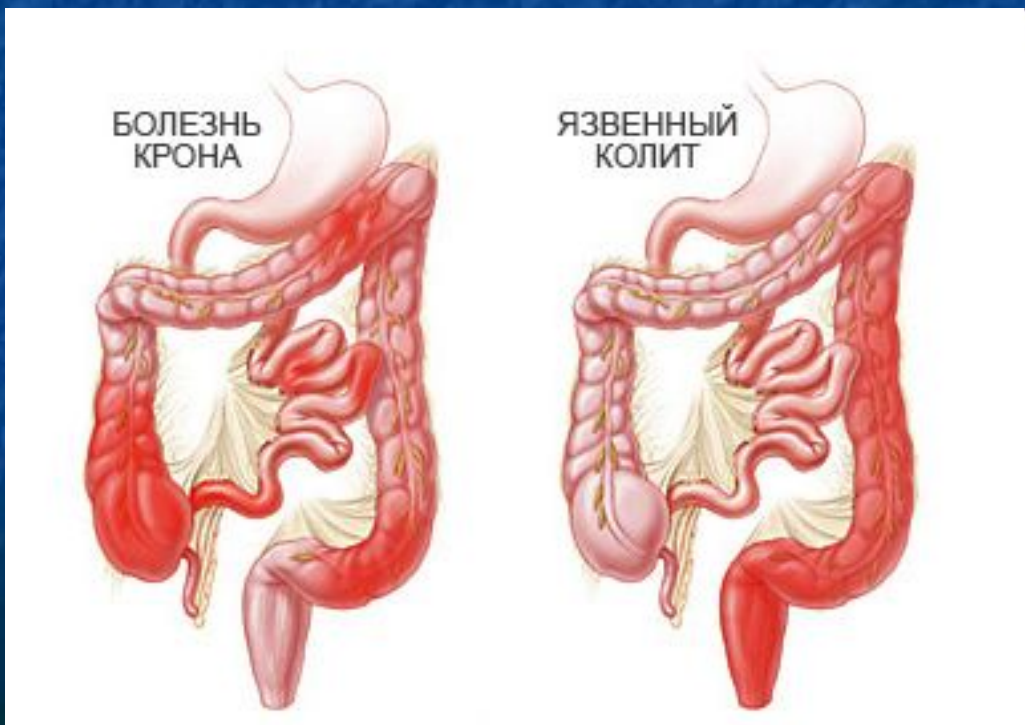
Характеризуется трансмуральным, то есть затрагивает все слои пищеварительной трубки, воспалением, лимфаденитом, образованием язв и рубцов стенки кишки.

Вместе с имеющим много общих патофизиологических и эпидемиологических характеристик **язвенным колитом**, образует группу — **воспалительная болезнь кишечника**.

Клиническая картина очень разнообразна и во многом зависит от локализации, тяжести, продолжительности и наличия рецидивов болезни.

Общие симптомы: слабость, усталость, повышение температуры, часто волнообразного характера.

«Кишечные» симптомы: боль в животе, часто симулирующая острый аппендицит, понос, анорексия, тошнота, рвота, вздутие кишечника, потеря веса.



До настоящего времени точная причина болезни Крона остаётся неизвестной.

Среди причин называются наследственные или генетические, инфекционные, иммунологические факторы.

Лечение неосложнённой болезни Крона: салицилаты, гормоны, блокаторы фактора некроза опухоли, антибиотики, пробиотики, витамины группы D и др.

В тяжелых случаях прибегают к хирургическому лечению.

Хирургические осложнения:

- прободение стенки кишки с развитием внутрибрюшинных абсцессов, перитонита, внутренних и наружных свищей, стриктур, брюшных спаек
- хроническое воспаление и развитие рубцовой ткани (приводит к сужению просвета кишки и кишечной непроходимости)
- язвы слизистой оболочки потенцируют повреждение сосудов и кровотечению в просвет кишечника
- свищевые ходы в мочевого пузырь или матку

Неспецифический язвенный колит – это выраженное воспаление слизистой оболочки ободочной и прямой кишок с образованием характерных множественных язв.

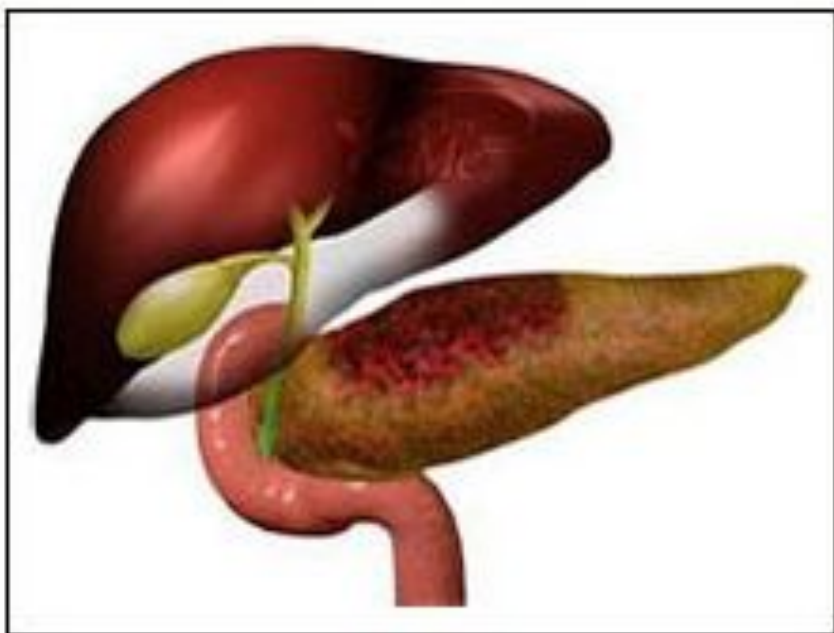
Среди **симптомов** неспецифического язвенного колита могут быть: кишечное кровотечение, диарея, спазмы и боли в животе, потеря веса и лихорадка. Также, у пациентов, длительно страдающих распространенными формами неспецифического язвенного колита, имеется повышенный риск развития рака толстой кишки. Причины развития этого заболевания до сих пор неизвестны.

В начале заболевания **лечение** неспецифического язвенного колита всегда консервативное. Медикаментозная терапия включает использование антибиотиков и противовоспалительных препаратов. При отсутствии эффекта возможно применение гормонов, иммуномодуляторов.

Хирургическое лечение показано больным с тяжелыми осложнениями, которые могут угрожать жизни пациента: массивное кровотечение, перфорация (разрыв) кишки или выраженный инфекционный процесс.

Панкреатит - группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы.

При этом ферменты, выделяемые железой, не выбрасываются в двенадцатиперстную кишку, а активизируются в самой железе и начинают разрушать её. Острый панкреатит — очень серьёзное состояние организма, которое требует незамедлительного лечения.



Причины возникновения панкреатита: злоупотребление алкоголем, осложнение желчно-каменной болезни, отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции.

Клинические проявления панкреатита: интенсивная боль в эпигастрии, внезапная, сильная, постоянная в верхней половине живота. Иррадиация в левую половину туловища. Рвота — неукротимая, с примесью желчи и не приносящая облегчения.

Лечение зависит от степени тяжести заболевания.

При отсутствии осложнений, в виде поражения почек или легких, основу лечения острого панкреатита составляет создание функционального покоя для пораженного органа (полный голод в течение нескольких суток).

Лечение направлено на поддержание жизненных функций организма и предотвращение осложнений. Пребывание в больнице может быть необходимым, так как требуется внутривенное введение препаратов.

При формировании ложных кист поджелудочной железы, требуется хирургическое вмешательство.

Гепатит — общее название острых и хронических диффузных воспалительных заболеваний печени различной этиологии.

Желтуха — наиболее известный симптом, возникает, когда билирубин, не переработанный в печени, попадает в кровь и придаёт коже характерный желтоватый оттенок. Однако часто бывают и безжелтушные формы гепатита. Иногда начало гепатита напоминает грипп: с повышением температуры тела, головной болью, общим недомоганием, ломотой в теле.

Боли в правом подреберье возникают вследствие растяжения оболочки печени (увеличения печени) или могут быть связаны с желчным пузырём и поджелудочной железой. Боли могут быть как тупые и длительные, ноющие, так и приступообразные, интенсивные, могут отдавать в правое плечо и правую лопатку.

Существует **несколько форм гепатита**, дифференцируемых в зависимости от вызвавшей их причины.

Чаще всего встречаются **вирусные гепатиты**, и их выделяют в отдельную группу. Они вызываются разными вирусами, причем заражение каждым вирусом имеет свои отличительные особенности.

Заболевания, вызываемые разными вирусами гепатита, имеют много общих признаков, связанных с нарушением функции печеночных клеток.



В некоторых случаях *люди*, перенесшие вирусный гепатит (особенно гепатит В), *становятся вирусоносителями*.

У них отсутствуют клинические проявления болезни, однако вирус сохраняется в организме и может инфицировать других людей.

При гепатитах В и С иногда развиваются хронические формы гепатита с менее отчетливой симптоматикой, без выраженных проявлений болезни в течение многих месяцев и даже лет.

У больных хроническим гепатитом возможно развитие *цирроза печени*,

и у части из них в конечном итоге возникает *рак печени*.

Специфического лечения гепатитов не существует.

Обычно рекомендуются покой и высококалорийная диета, богатая белками, углеводами и витаминами.

Больным в течение 6–12 месяцев необходимо воздерживаться от потребления алкоголя, который ухудшает состояние печени.

Острый холецистит — острое воспалительное заболевание желчного пузыря, протекающее, как правило, с внезапно развивающимся нарушением циркуляции желчи в результате блокады желчного пузыря.

Нередко отмечаются деструктивные процессы в стенке пузыря. У большинства больных связан с желчнокаменной болезнью. Острый холецистит чаще развивается на фоне хронического воспаления желчного пузыря.

В развитии заболеваний желчных путей и пузыря важную роль играют переизбыток и гиподинамия.

Холециститами (особенно каменными) чаще болеют люди, страдающие ожирением. Предрасполагающим фактором служит избыточное потребление мяса и животных жиров.

Причинами развития камней являются застой желчи, изменение ее состава и инфекционно-воспалительные процессы в желчных протоках и пузыре.

Главным признаком заболевания является боль, носящая характер печеночной (желчной) колики. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, иногда замедлением частоты сердечных сокращений и повышением температуры.

Больные с острым холециститом должны быть госпитализированы в хирургическое отделение.

При гангренозном и флегмонозном холециститах, а также при перитоните показано оперативное вмешательство в неотложном порядке.

При катаральном холецистите, когда течение болезни относительно легкое, показано консервативное лечение

При любой форме холецистита назначаются постельный режим, голод на 1-2 дня, а затем щадящая.

Фармакотерапия: антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламиды, спазмолитики, седативные средства.

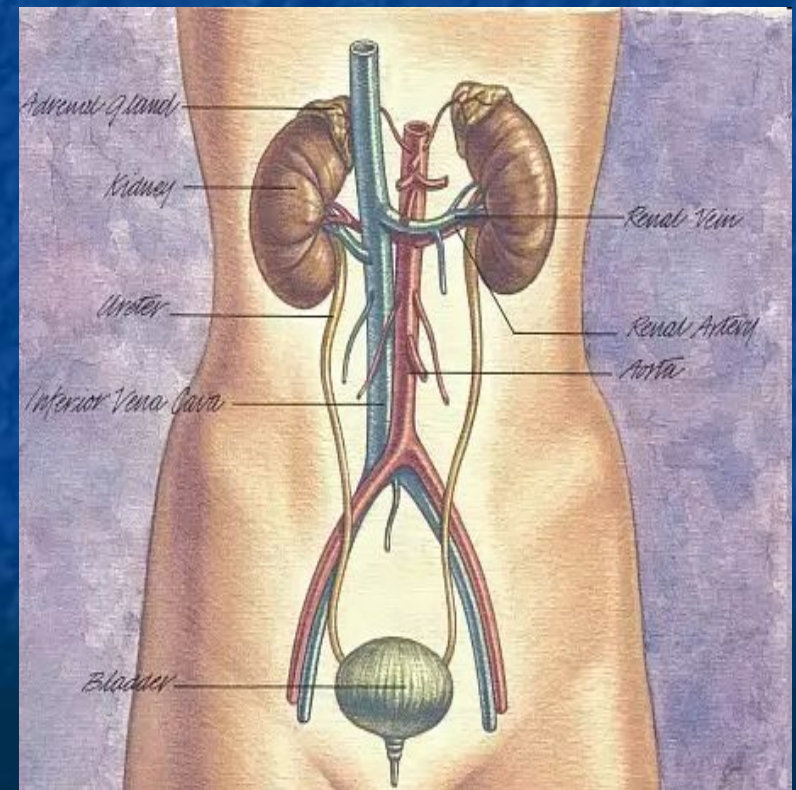
При неэффективности консервативного лечения прибегают к срочному оперативному вмешательству.



Мочевыделительная система человека — система органов, формирующих, накапливающих и выделяющих мочу у человека. Состоит из пары почек, двух мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Основные жалобы: боли, нарушения диуреза (полиурия, олигоурия, анурия, уремия и др.), отеки, изменение вида мочи, жалобы общего характера.

При расспросе больного важно знание семейного анамнеза для исключения наследственных нефритов, генетического амилоидоза, тубулопатий и ферментопатий. В анамнез жизни входят также выяснение характера и условий работы.



Мочевой синдром - клинико-лабораторное понятие, которое включает в себя протеинурию, гематурию, пиурию и цилиндрурию. Он является важнейшим и наиболее постоянным признаком поражений почек и мочевых путей. В ряде случаев мочевой синдром бывает единственным клиническим проявлением заболевания почек.

Нефротический синдром - клинико-лабораторный симптомокомплекс, для которого характерны отеки (часто массивные), выраженные изменения состава крови и мочи, повышение свертываемости крови. Является результатом ряда патологических состояний, приводящих к повышенной проницаемости стенки клубочковых капилляров.

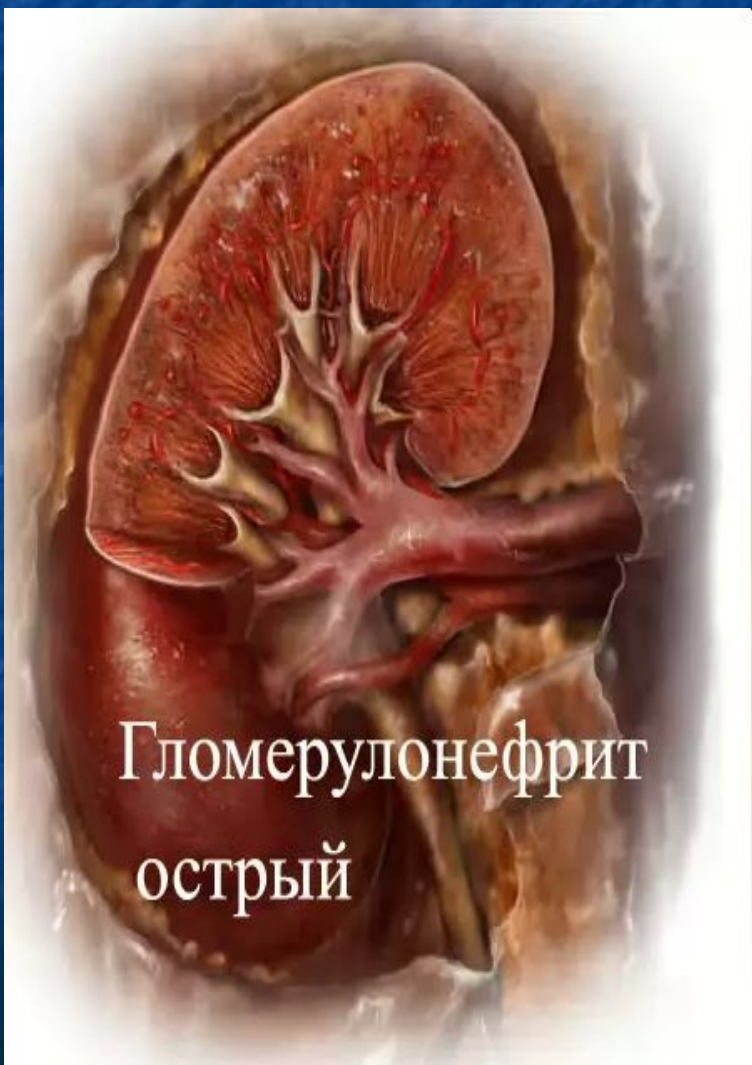
Клиника *почечной гипертензии* при заболеваниях почек определяется степенью повышения АД, выраженностью поражения сердца и сосудов и исходным состоянием почек. При диффузных поражениях почек тяжесть гипертонического синдрома варьирует - от легкой лабильной гипертензии до злокачественного гипертонического синдрома.

Острый нефритический синдром

(острый гломерулонефрит, постинфекционный гломерулонефрит) — воспаление почечных клубочков, которое приводит к внезапному появлению в моче крови, скоплений эритроцитов (цилиндров) и белка.

Может развиваться после стрептококковой инфекции.

Почечные клубочки повреждаются накоплением комплексов, состоящих из антигенов мертвых стрептококков и антител, которые выработались против них. Эти скопления (иммунные комплексы) покрывают мембраны клубочков почек и нарушают их способность к фильтрации.



Почечная недостаточность – патологическое состояние, при котором частично или полностью утрачивается способность почек образовывать и/или выделять мочу, и, как следствие, развиваются серьезные нарушения водно-солевого, кислотно-щелочного и осмотического гомеостаза организма, которые приводят к вторичному повреждению всех систем организма.

- *Острая почечная недостаточность* развивается внезапно, как следствие острого (но чаще всего обратимого) поражения тканей почек, и характеризуется резким падением количества выделяемой мочи (олигурия) до полного ее отсутствия (анурия).
- *Хроническая почечная недостаточность* - это постепенное снижение функции почек до ее полного исчезновения, вызванное постепенной гибелью почечной ткани в результате хронического заболевания почек, постепенному замещению почечной ткани соединительной тканью и сморщиванию почки.

Острая почечная недостаточность обратима:

почки в отличие от большинства органов способны восстанавливать полностью утраченную функцию. Однако это крайне тяжелое осложнение множества заболеваний, нередко предвещающее смерть, которая в запущенных случаях наступает от уремической комы, нарушений гемодинамики и сепсиса.

Хроническую почечную недостаточность нужно

контролировать и начинать лечение на ранних стадиях болезни, иначе она может привести к полной утрате почечных функций и потребовать пересадки почки.

Лечение острой почечной недостаточности направлено в первую очередь на устранение причины, которая вызывает данное состояние. Применимы меры по борьбе с шоком, обезвоживанием, гемолизом, интоксикацией и пр. Больных с острой почечной недостаточностью переводят в реанимационное отделение, где им оказывается необходимая помощь.

Лечение хронической почечной недостаточности неотделимо от лечения заболевания почек, которое привело к почечной недостаточности.

Гломерулонефрит - двустороннее диффузное поражение почек, в основе которого лежит иммунное воспаление клубочков.

Клиническими признаками гломерулонефрита являются артериальная гипертензия, отеки, олигурия; при исследовании мочи находят протеинурию и гематурию разной степени выраженности, цилиндрурию; в сыворотке крови обнаруживается диспротеинемия, иногда — гиперлипидемия и часто — гиперазотемия.

В клинической практике гломерулонефрит подразделяют на острый, подострый и хронический.

По механизму развития относится к группе инфекционно-аллергических заболеваний.

Лечение комплексное, включает режим, бессолевую диету, антибиотикотерапию, симптоматическую терапию, лечение осложнений, санаторно-курортное лечение.

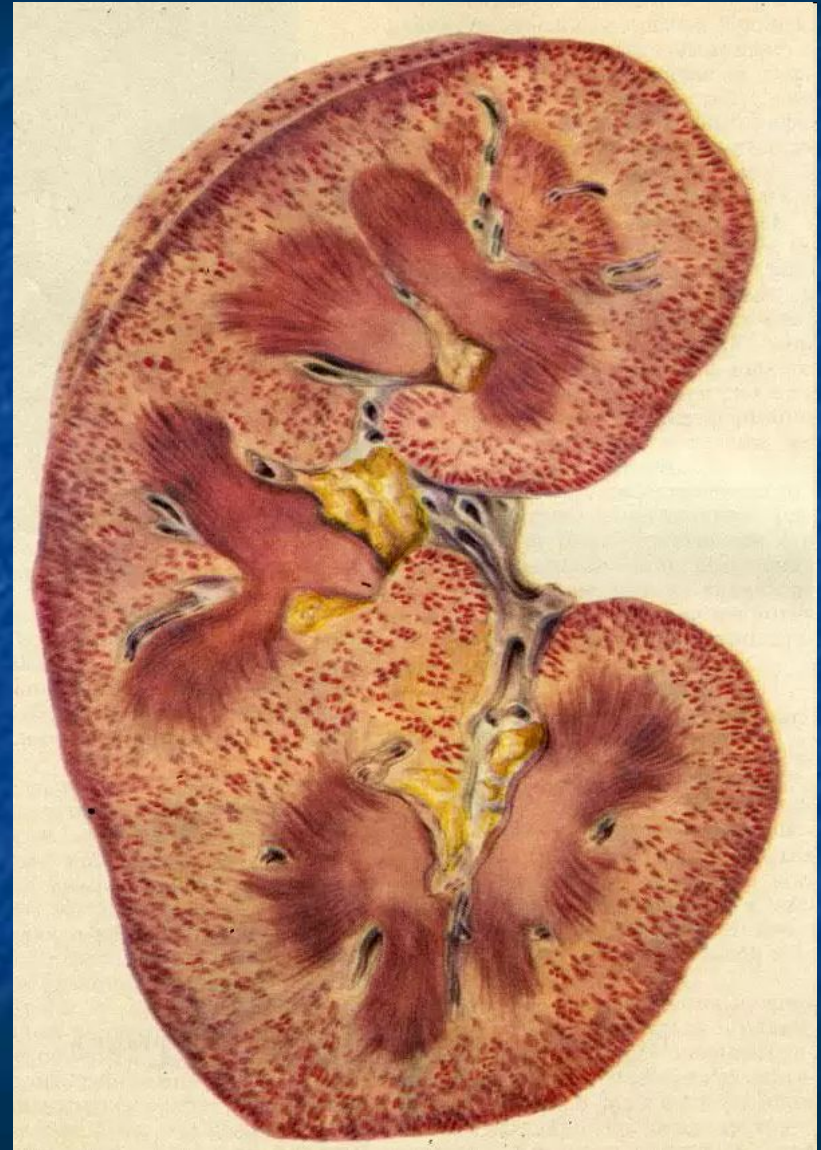
Острый гломерулонефрит

в большинстве случаев заканчивается выздоровлением, но у части больных он может переходить в хронический.

Хронический гломерулонефрит

представляет собой медленно, но неуклонно (в течение лет, десятилетий)

прогрессирующее заболевание с развитием хронической почечной недостаточности, а в финале заболевания — уремии при морфологической картине вторичного (нефритического) сморщивания почек.



Пиелонефрит – это заболевание почек, которое характеризуется их воспалением на фоне бактериальной инфекции, может быть одно или двусторонним, первичным, либо вторичным, острым и хроническим. Наиболее частое заболевание почек во всех возрастных группах.

Клиника. Боли в поясничной области на стороне поражения могут быть тупыми или острыми, усиливаются при наклоне вперед. Изменение цвета мочи: моча выделяется мутная и даже красноватого оттенка. При пиелонефрите моча имеет резкий зловонный запах. Лихорадка до 39°C. Озноб. Общая слабость. Снижение аппетита. Тошнота, иногда рвота.

К основным методам *лечения* пиелонефрита относятся: диета, фармакотерапия, хирургическое лечение при возникновении осложнений.

Мочекаменная болезнь - болезнь обмена веществ, вызванная различными причинами, нередко носящая наследственный характер, характеризующаяся образованием камней в мочевыводящей системе.

Камни могут образоваться на любом уровне мочевыводящих путей, начиная от почечной паренхимы, в мочеточниках, в мочевом пузыре и заканчивая мочеиспускательным каналом. Является полифакторным заболеванием, имеет сложные многообразные механизмы развития и различные химические формы.

Заболевание может протекать бессимптомно, проявляться болями различной интенсивности в поясничной области или почечной коликой.

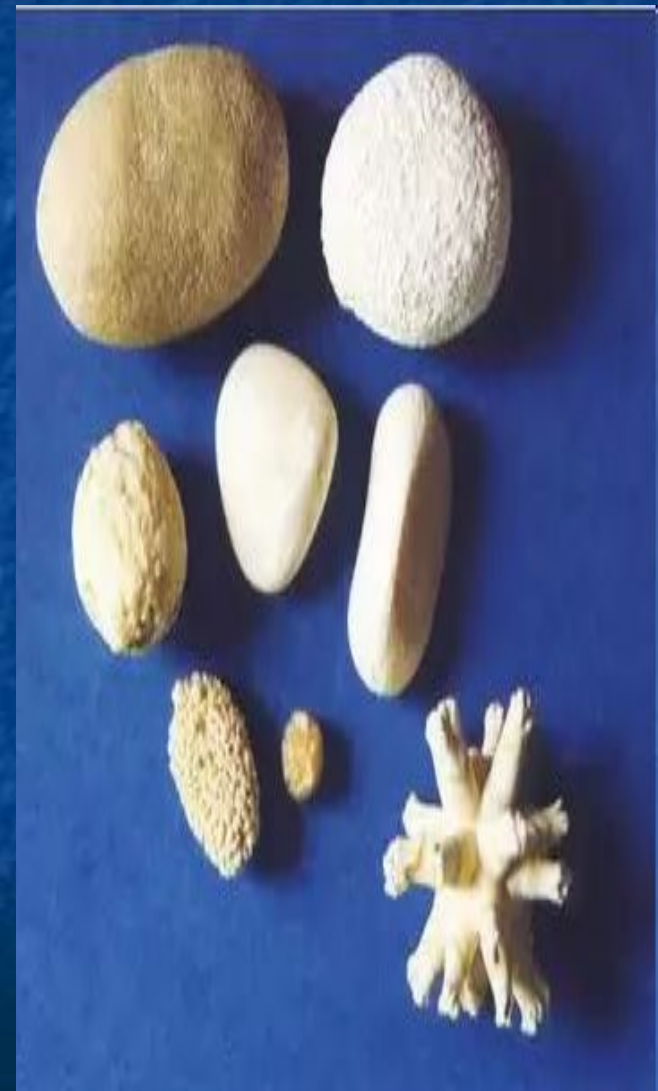


Общие принципы лечения мочекаменной болезни
включают 2 основных направления:

разрушение и/или элиминация
конкремента и коррекция
метаболических нарушений.

*Дополнительные методы
лечения* включают:

улучшение микроциркуляции
в почках,
адекватный питьевой режим,
санацию мочевых путей от
имеющейся инфекции и
резидуальных камней,
диетотерапию, физиотерапию
и санаторно-курортное лечение.



Коллагенозы (коллагеновые болезни), условно выделяемая группа заболеваний, характеризующихся системным поражением соединительной ткани, в том числе волокон, содержащих коллаген: системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартериит, а также ревматизм и ревматоидный артрит.

Для коллагенозов *характерно повреждение всех структурных составных частей соединительной ткани* —

волокон, клеток и межклеточного основного вещества, хроническое волнообразное, прогрессирующее течение,

поражение многих органов и систем организма.

Среди многочисленных теорий механизма развития коллагенозов наибольшее признание получила *теория инфекционно-аллергического происхождения*.

При каждой болезни специфичен свой набор иммунологических феноменов: так называемые волчаночные (Le) клетки, антиядерные реакции, характерные для системной красной волчанки, ревматоидный фактор — при ревматоидном артрите и т.д.

Системная красная волчанка — системная болезнь, характеризующаяся поражением многих органов и систем. Естественное развитие системной красной волчанки трудно поддается прогнозированию; оно часто носит прогрессирующий характер и при отсутствии лечения может заканчиваться летально. С другой стороны, системная красная волчанка иногда протекает со спонтанными ремиссиями или же вяло тянется долгие годы.

В лечении используют
терапию
глюкокортикостероидами,
цитостатиками,
нестероидными
противовоспалительными
средствами,
симптоматическую,
дезинтоксикационную
терапию.



Суставы — подвижные соединения костей скелета, которые участвуют в перемещении отдельных костных рычагов относительно друг друга, в передвижении тела в пространстве и сохранении его положения.

Патология суставов включает пороки развития, повреждения и заболевания.

Пороки развития суставов возникают на 4—12-й неделе эмбрионального развития под влиянием различных тератогенных факторов.

Повреждения суставов возникают вследствие воздействия различных механических факторов, могут быть открытыми и закрытыми.

Заболевания суставов включают разнообразные формы поражения опорно-двигательного аппарата, а также некоторые системные заболевания и синдромы, протекающие с поражением суставов.

Многочисленные поражения суставов можно подразделить на **первичные и вторичные** (наблюдающиеся при различных заболеваниях).

Воспалительные заболевания – артриты (ревматоидный артрит, Бехтерева болезнь, туберкулезный, сифилитический, гонорейный и другие артриты инфекционного происхождения, псориатический артрит, Рейтера синдром, метаболический артрит).

Дистрофические заболевания – деформирующий остеоартроз, остеохондроз, деформирующий спондилез, остеохондропатии.

Вторичные суставные синдромы (артропатии) представляют собой проявления ряда заболеваний. К ним относятся артриты при аллергических заболеваниях, диффузных болезнях соединительной ткани, легких, крови, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, эндокринных заболеваниях, при злокачественных опухолях и других заболеваниях.

Вторичные суставные синдромы могут проявляться по-разному — от артралгии до хронического артрита.

Клиника: артралгии различной интенсивности, нарушения микроцеркуляции, метаболизма костной ткани (остеомалация, остеопороз), воспалительные и дистрофические поражения, нарушение функции сустава, изменение формы.

Диагностика: рентгенологические, радионуклидные, термографические, ультразвуковые методы исследования, магнитно-резонансная томография, лабораторные исследования синовиальной жидкости, при необходимости — биопсия суставных тканей.



Артриты — разнообразные по происхождению воспалительные заболевания суставов, при которых поражаются синовиальная оболочка, суставной хрящ, капсула сустава и другие его элементы. Одна из часто встречающихся форм патологии. Прогноз зависит от причины артрита, характера и течения воспалительного процесса.

Инфекционные артриты связаны с непосредственным попаданием в ткани сустава возбудителей инфекции при травме, в связи с их лимфо- или гематогенным заносом при септических состояниях (собственно инфекционные, септические артриты) или образованием и отложением в тканях сустава иммунных комплексов, вызывающих воспаление (постинфекционные артриты).

Аллергический артрит (полиартрит) — одно из проявлений повышенной чувствительности организма к чужеродному антигену (аллергену). В патогенезе воспаления суставов и большинства других симптомов лежит иммунокомплексный механизм, связанный с формированием антител против белка лечебной сыворотки (противостолбнячной и др.) или лекарственного вещества, приобретающего антигенные свойства после соединения с белками крови или тканей.

Травматический артрит возникает вследствие ушиба сустава или насильственного движения, превышающего физиологические пределы.

Чаще поражаются коленный, локтевой, плечевой, голеностопный суставы.

Артриты при диффузных заболеваниях соединительной ткани — характерное проявление болезни.

Чаще всего отмечаются нестойкие мигрирующие артриты, не сопровождающиеся рентгенологическими признаками деструкции суставов.

Артроз (остеоартроз) — дистрофическое заболевание суставов, обусловленное поражением суставного хряща.

У многих людей, особенно пожилого возраста, можно выявить характерные для артроза отдельные элементы патологии суставов при отсутствии клинических симптомов.

Но эти изменения отмечаются не во всех, а лишь в отдельных тканях сустава, обычно не прогрессируют, свидетельствуя о старении этих тканей, и не относятся к артрозу как болезни.

Болезни системы кроветворения.

Анемия (малокровие). Уменьшение в крови общего количества гемоглобина. В большинстве случаев снижается и уровень эритроцитов. Анемии всегда вторичны, то есть являются одним из признаков какого-то общего заболевания.

Клиника: вялость, повышенная утомляемость, запор, головная боль, извращение вкуса, ломкость, искривление ногтей, выпадение волос, бледность кожи и слизистых оболочек, сердцебиение, одышка при физической нагрузке.

Лечение. Устранение причины кровопотерь, препараты железа, преимущественно внутрь. Переливание крови не показано за исключением тяжелых состояний, связанных с массивной кровопотерей.

Гемолитические анемии связаны с усиленным разрушением эритроцитов и увеличением в крови содержания продуктов их распада — билирубина, свободного гемоглобина, или появлением гемосидерина в моче.

В-12- и фолиеводефицитные анемии характеризуются нарушением синтеза ДНК и РНК в клетках, называемых мегалобластами, что приводит к возврату эмбрионального типа кроветворения. Встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста, могут быть обусловлены как недостаточным поступлением в организм витамина В12 и фолиевой кислоты, так и недостаточным их усвоением при различных заболеваниях желудка, тонкого кишечника и печени, при заражении глистами. Одна из причин дефицита витамина В12 — хроническая алкогольная интоксикация.

Гипопластические и апластические анемии характеризуются нарастающим уменьшением содержания форменных элементов (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов) в периферической крови и костном мозге. Причиной может быть токсическое воздействие некоторых лекарств, химических веществ, аутоагрессия и появление антител к кроветворным клеткам, иногда причины неясны.

Геморрагические диатезы. Характеризуются склонностью к кровоточивости. Различают семейные, или наследственные, формы: врожденные аномалии тромбоцитов, дефицит или дефект факторов свертывания плазмы крови, неполноценность мелких кровеносных сосудов.

Приобретенные формы: синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, иммунные поражения сосудистой стенки и тромбоцитов, нарушение нормального образования клеток крови, токсико-геморрагическое поражение кровеносных сосудов при геморрагических лихорадках, сыпном тифе. Вызывают их также заболевания печени, васкулиты, прием антикоагулянтов, дезагрегантов, фибринолитиков, дефицит витамина С.

Гемофилия. Наследственное заболевание, которым страдают только мужчины, хотя носителями дефектного гена являются женщины. Нарушение свертываемости обусловлено недостатком ряда плазменных факторов, образующих активный тромбопластин.

Лечение: переливание свежей крови или плазмы, введение специальной антигемофилической плазмы.

Лейкозы. Многочисленные опухоли, возникающие из кроветворных клеток и поражающие костный мозг. По степени злокачественности выделяют острые и хронические лейкозы.

В группе хронических наиболее часто встречается миело — и лимфолейкоз, а также миеломная болезнь, эритремия, остеомиелофиброз.

Лимфогранулематоз — хроническое прогрессирующее заболевание, опухоль лимфатических узлов с наличием клеток Березовского-Штернберга.

Причина неизвестна. Распознавание — на основании характерных гистологических признаков болезни в лимфоузле, взятом при биопсии.

Лечение. Курсы полихимиотерапии, чередующиеся курсами рентгенотерапии.

Болезни нарушения метаболизма

Ожирение — заболевание, при котором накапливается избыточная жировая ткань в организме.

О патологии можно говорить тогда, когда идеальная масса тела человека превышена на 20% и больше. Ожирением разной степени выраженности страдает более миллиарда человек на планете.

Жировая ткань откладывается в области подкожно-жировой клетчатки или внутри брюшной полости (висцеральный жир).

Ожирение бывает двух видов:

первичное связано с алиментарным (пищевым) фактором,

вторичное возникает вследствие различных поражений центральной нервной системы и желез внутренней секреции.

При повышении нормального веса на 20%
жизнь сокращается на 45%.

Вторичные формы ожирения являются проявлением некоторых заболеваний: эндокринных болезней, болезней головного мозга (опухоли и т. д.), наследственных генетических синдромов (редко), вызываются приемом некоторых лекарств (гормональные контрацептивы, стероидные гормоны и др.).

Лечение ожирения сводится к лечению основного заболевания, коррекции пищевых привычек и пищевого поведения, а также изменению образа жизни.



Подагра - это заболевание суставов, которое обусловлено отложением солей мочевой кислоты (уратов).

Подагра поражает любые суставы: пальцев, кистей, локтей, коленей, ступней. Заболевание проявляется внезапной и интенсивной болью, покраснением и "жаром" в суставе. Приступы подагры случаются, как правило, ночью. Острая боль в пораженном суставе может быть вызвана даже весом простыни.

Повторному приступу подагры обычно предшествует ощущение покалывания в пораженном суставе. Если подагру не лечить, приступы становятся чаще, а периоды обострения продолжительнее. Артрит обживает все новые суставы, нередко поражаются почки и мочевыводящие пути.

Лечение: коррекция питания, противовоспалительная терапия, средства, тормозящие образование мочевой кислоты. Значительно облегчает самочувствие физиотерапия. Применяются и хирургические методы удаления отложений мочевой кислоты в мягких тканях.

Все методы лечения включают коррекцию массы тела и лечение всех обменных заболеваний (атеросклероза, диабета), являющихся спутниками подагры.

Витаминная недостаточность - заболевание, возникающее при дефиците витаминов.

Авитаминоз - практически полное отсутствие какого-либо витамина или целой витаминной группы в организме человека. **Гиповитаминоз** - недостаточное содержание витаминов - распространен гораздо больше.

При авитаминозе, **нарушения** носят выраженный характер: сонливость, головокружение, вялость, снижение работоспособности, излишняя раздражительность, депрессия, ухудшение состояния кожи (излишняя сухость, потрескавшаяся и покрасневшая кожа в уголках губ), общее снижение иммунитета.

Терапия – заместительная.



Сахарный диабет — хроническое заболевание эндокринной системы, которое появляется из-за дефицита гормона поджелудочной железы — инсулина.

Самая распространённая эндокринная болезнь.

Инсулин — это гормон поджелудочной железы, который обеспечивает поступление глюкозы во все клетки организма, отвечает за регуляцию обмена белков, катализируя их синтез из аминокислот, и переносит полученные белки в клетки. или нарушения его взаимодействия с клетками организма, из-за чего появляется гипергликемия — стойкое увеличение содержания глюкозы (сахара) в крови.

У здорового человека поджелудочная железа вырабатывает гормон инсулин, который доставляет внутрь клеток глюкозу, растворенную в крови. При сахарном диабете глюкоза не может самостоятельно проникнуть в клетку и остается в крови как ненужный элемент.

Первый тип диабета связан с дефицитом инсулина: его вырабатывается мало или совсем нет. Встречается в 10-15% случаев. Поджелудочная не справляется со своими функциями: количество синтезирующегося гормона не перерабатывает поступающий объем глюкозы, и уровень сахара в крови повышается.

Инсулинотерапия требуется всегда. Чаще встречается у людей молодого возраста (до 30 лет). Чаще всего его появление связывают с наследственной предрасположенностью. Вирусные инфекции, аутоиммунные заболевания, стрессовые ситуации, факторы окружающей среды, погрешности питания провоцируют начало болезни.

Инсулиновая недостаточность развивается резко. При этом появляются постоянная слабость, полиурия (обильное выделение мочи), полидипсия (неутолимая жажда), повышенный аппетит (полифагия) и при этом похудание.

При *втором типе* диабета инсулина вырабатывается достаточное количество, бывает даже больше нормы. Но гормон оказывается практически бесполезен, потому что ткани организма теряют к нему чувствительность. В этом случае инсулин используется только при тяжелом течении. Характерен для пациентов старшего возраста. Этот тип развивается постепенно и зачастую незаметно. Факторы развития: ожирение, малоподвижный образ жизни, неправильное питание (в частности, злоупотребление сладким и алкоголем), наследственность. Как и при первом типе, беспокоят жажда, слабость, частое и обильное мочеиспускание, кожный зуд. Нередко больные страдают от частых гнойничковых заболеваний кожи и слизистых оболочек.

Выделяют также так называемый *"скрытый диабет"*, который можно выявить только с помощью специального анализа, и потенциальный, когда к нему есть предрасположенность. Подобное случается при ожирении, неблагоприятной наследственности и при избыточной массе тела при рождении (от 4 кг и выше).

Диабет - «ускоренная версия старения», сопровождается нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого.

Гипертиреоз - повышение функции щитовидной железы, в результате дисбаланса в системе гипоталамус-гипофиз. Кроме того причиной тиреотоксикоза может стать токсический зоб или тиреоидит.

Клиника: повышенная раздражительность, склонность к немотивированному плохому настроению, нарушения сна. Возникает слабость, повышенная потливость, дрожание (тремор) рук.

Определяется диффузное увеличение щитовидной железы, увеличение глазных яблок (экзофтальм), ограничение двигательной активности глазных век. Поражение органов сердечнососудистой системы (мерцательная аритмия, тахикардия), увеличение систолического давления. В тяжелых случаях заболевание поражает печень, нарушает функции надпочечников. **Осложнения:** инфаркт миокарда, инсульт, острая почечная недостаточность и тиреотоксический криз (кома).

Лечение: назначается медикаментозная терапия. При отмене препаратов частота рецидивов достигает 50%. В таких случаях прибегают к хирургическим методам или радиоiodтерапии.

Гипотиреоз — синдром, вызванный длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне. Проявления гипотиреоза весьма разнообразны. При гипотиреозе поражаются практически все органы и системы.

Чаще первичный гипотиреоз развивается в исходе аутоиммунного тиреоидита, реже — после операции на щитовидной железе и терапии радиоактивным йодом.

Проявления гипотиреоза весьма разнообразны, поражаются практически все органы и системы.

Клиника: постепенное увеличение массы тела, сухость, утолщение кожи, изменение ее цвета («желтушный» цвет кожи), огрубение черт лица, увеличение размеров обуви, нечеткость речи. Периодически, могут появляться боли в правом подреберье, запоры, боли в грудной клетке, одышка при ходьбе. У женщин нередко нарушена менструальная функция. Больные признаются, что их интеллект существенно снизился, они с трудом анализируют происходящие события, прогрессивно снижается память.

При всех формах гипотиреоза показана **заместительная терапия** L-тироксином.

Акромегалия это заболевание вызванное нарушением функций передней доли гипофиза, приводящая к избыточной выработке гормона роста. В результате избытка гормона роста происходит аномальный рост костей скелета у взрослых и увеличение внутренних органов у детей. При акромегалии, развившейся в раннем возрасте, гормон роста, вырабатываемый в больших количествах, приводит к гигантизму.

Медикаментозное лечение акромегалии заключается в приеме препаратов, приостанавливающих выработку гормона роста гипофизом, и применяется при невозможности проведения нейрохирургической операции по удалению опухоли гипофиза.

Оперативное вмешательство является радикальным методом лечения заболевания. Как правило, после удаления опухоли, у больного достаточно быстро наступает улучшение общего состояния и исчезновение основных признаков болезни.



Синдром гиперкортицизма (Иценко-Кушинга) объединяет группу заболеваний, при которых происходит длительное хроническое воздействие на организм избыточного количества гормонов коры надпочечников, независимо от причины, которая вызвала повышение количества этих гормонов в крови.

Наиболее ранним признаком болезни является ожирение, с типичным отложением жировой клетчатки в области лица, шеи, груди, живота.

Лицо при этом выглядит округлым, лунообразным. На щеках появляется пурпурный румянец. Конечности наоборот становятся тонкими из-за уменьшения массы мышечной ткани. Кожа истончается, в области живота, плечевого пояса, ягодиц и бедер появляются стрии.

Характерно повышение артериального давления. Постепенно развивается остеопороз. Избыток глюкокортикоидов вызывает как нарушение образования белковой основы костей, так и усиливает выход кальция из костной ткани. Иногда у больных болезнью с гиперкортицизмом возникают нарушения психики. Появляются депрессия, различные нарушения сна, психозы.

Цель *лечения* — нормализация уровня гормонов коры надпочечников в крови.

Применяются препараты снижающие продукцию гормонов в коре надпочечников — низорал, мамомит — в течение длительного времени.

Проводится симптоматическое лечение, направленное на коррекцию нарушений белкового и углеводного обмена, нормализацию уровня артериального давления, лечение сердечной недостаточности.

При наличии у пациента кортикостеромы, производится одностороннее удаление надпочечника (односторонняя адреналэктомия).



Психосоматика - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

Проблема психосоматических соотношений - одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократ и Аристотеля.

Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных.

Психоцентрический подход: анализируется влияние острого и хронического психического стресса на возникновение, клинические проявления, течение и прогноз заболевания, а также разнообразных характеристик, связанных с психическим статусом пациента. Рассматриваются конституциональные особенности личности, а также коморбидные рассматриваемому заболеванию психические расстройства (аффективные, тревожно-фобические и др.).

Соматоцентрический подход: изучаются нозогенные реакции - влияние особенностей клинических проявлений и течения болезни на субъективное восприятие пациентом своего заболевания и особенности психических расстройств, манифестация которых связана с соматическим страданием (соматогении и психогенные состояния, обусловленные комплексом психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием).

Центром тяжести психосоматического страдания

оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. "Выбор органа" свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

При постановке психосоматического диагноза в распоряжении психотерапевта имеются две основные методики - *диагностическая беседа и психологическое тестирование.*

При выборе комплекса тестовых методик для исследования психосоматических пациентов должны быть учтены следующие принципы: относительная простота применяемых методик, быстрота их проведения, полнота изучения исследуемого явления, взаимная дополняемость применяемых методик, достаточная чувствительность к изменению наблюдаемого явления у здоровых и больных, а также к изменению показателей в течение лечения.

**Спасибо за внимание.
Будьте здоровы!**

