

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Учебное пособие
для среднего медицинского персонала*

Под редакцией А. Н. Смирнова

Санкт-Петербург
СпецЛит
2014

УДК 616.1—616.4

В60

Авторы:

Смирнов Александр Николаевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры гематологии и интенсивной терапии Российской медицинской академии последипломного образования;

Грановская-Цветкова Александра Михайловна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии Российской медицинской академии последипломного образования;

Доскина Елена Валерьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии Российской медицинской академии последипломного образования;

Кочергина Ирина Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии Российской медицинской академии последипломного образования;

Погорельская Елена Петровна — доцент кафедры гематологии и трансфузиологии Российской медицинской академии последипломного образования;

Цаленчук Яков Павлович — доцент кафедры нефрологии и гемодиализа Российской медицинской академии последипломного образования

Рецензенты:

Коземасов Владимир Вячеславович — доктор медицинских наук, профессор Гематологического научного центра Минздрава РФ, Москва;

Бурдина Елена Григорьевна — доктор медицинских наук, заведующая отделением гастроэнтерологии и эндоскопических исследований Федерального государственного бюджетного учреждения «Поликлиника № 2» Управления делами Президента РФ

Внутренние болезни в амбулаторной практике : учебное
В60 пособие для среднего медицинского персонала / А. Н. Смирнов,
А. М. Грановская-Цветкова, Е. В. Доскина, И. И. Кочергина,
Е. П. Погорельская, Я. П. Цаленчук / под ред. А. Н. Смирно-
ва. — СПб. : СпецЛит, 2014. — 367 с. — ISBN 978-5-299-00555-4

В книге изложена диагностическая и дифференциально-диагностическая тактика среднего медработника на амбулаторном этапе обследования и лечения больных. Приведены современные критерии диагностики важнейших наиболее распространенных заболеваний, прежде всего на основе физикальных методов исследования, с акцентом на раннее выявление патологии (коронарной, опухолевой и иной); подчеркнута необходимость комплексной оценки диагностических признаков. Приведены клинические примеры из реальной практики средних медработников. Упомянут и необходимый минимум инструментальных и лабораторных методов диагностики. Освещены вопросы профилактики и амбулаторного лечения наиболее распространенных болезней, основы ухода за больными. Приведены данные по сравнительной эффективности современных лекарственных средств, применяемых в практике средних медработников, по совместимости и побочным действиям медикаментов. Изложены принципы оказания неотложной помощи в критических состояниях. В многочисленных приложениях — нормативы основных лабораторных показателей, перечень онкомаркеров, данные о побочном действии медикаментов.

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

Печатается в авторской редакции.

УДК 616.1—616.4

ISBN 978-5-299-00555-4

© А. Н. Смирнов, 2013

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	6
Предисловие ко 2-му изданию.	10
Глава 1. О методике непосредственного исследования терапевтического больного (А. Н. Смирнов)	12
1.1. Оценка жалоб и анамнеза	12
Глава 2. Болезни органов дыхания (А. Н. Смирнов)	21
2.1. Основные синдромы	21
2.2. Важнейшие заболевания.	24
2.2.1. Бронхиальная астма	24
2.2.2. Бронхиты и бронхоэктазы	27
2.2.3. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)	31
2.2.4. Плевриты	36
2.2.5. Пневмонии	40
2.2.6. Пневмосклероз.	50
2.2.7. Эмфизема легких, хронические обструктивные болезни легких	52
2.2.8. Опухоли легких	53
Глава 3. Заболевания сердечно-сосудистой системы (А. Н. Смирнов)	56
3.1. Основные синдромы	56
3.2. Принципы оценки электрокардиограммы в амбулаторной практике	63
3.3. Важнейшие заболевания.	65
3.3.1. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии.	65
3.3.2. Ишемическая болезнь сердца	78
3.3.3. Стенокардия	79
3.3.4. Инфаркт миокарда	85
3.3.5. Кардиалгии некоронарогенные	95
3.3.6. Дистонии нейроциркуляторные.	99
3.3.7. Аритмии сердца.	101
3.3.8. Недостаточность кровообращения.	108
3.3.9. Тромбоэмболия легочной артерии.	113
Глава 4. Болезни органов пищеварения (А. Н. Смирнов)	118
4.1. Основные синдромы	118
4.2. Важнейшие заболевания.	124
4.2.1. Гастриты	124
4.2.2. Хронические гепатиты	129
4.2.3. Циррозы печени	133
4.2.4. Хронические колонопатии	136
4.2.5. Опухоли системы пищеварения	142
4.2.6. Панкреатиты	146

4.2.7. Холецистопатии	150
4.2.8. Язва желудка	153
4.2.9. Язва двенадцатиперстной кишки	156
Глава 5. Болезни почек (Я. П. Цалензук)	158
5.1. Основные синдромы	158
5.2. Оценка анализа мочи в амбулаторной практике	161
5.3. Важнейшие заболевания	164
5.3.1. Амилоидоз почек	164
5.3.2. Гломерулонефриты	165
5.3.3. Опухоли почек	172
5.3.4. Пиелонефриты	174
5.3.5. Поликистоз почек	180
5.3.6. Хроническая почечная недостаточность	181
5.3.7. Туберкулез почек	185
Глава 6. Болезни суставов (А. Н. Смирнов)	187
6.1. Основные синдромы	187
6.2. Важнейшие заболевания	191
6.2.1. Артриты инфекционные	191
6.2.2. Артрит ревматоидный	193
6.2.3. Артропатии	195
6.2.4. Остеоартроз деформирующий	196
6.2.5. Остеохондроз межпозвонковый	199
6.2.6. Подагра	200
6.2.7. Спондилоартрит анкилозирующий	202
Глава 7. Болезни системы крови (А. Н. Смирнов)	204
7.1. Основные синдромы	204
7.2. Принципы оценки анализа крови в амбулаторной практике	209
7.3. Важнейшие заболевания	212
7.3.1. Агранулоцитозы	212
7.3.2. Анемия	216
7.3.3. Геморрагические диатезы	229
7.3.4. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови	236
7.3.5. Опухоли системы крови	237
7.3.6. Лимфоаденопатии	251
7.3.7. Инфекционный мононуклеоз	253
7.3.8. Тромботические синдромы	255
Глава 8. Принципы диагностики и лечения лучевой болезни (А. Н. Смирнов)	260
8.1. Острая лучевая болезнь	260
8.2. Хроническая лучевая болезнь	268
8.3. Диспансеризация ликвидаторов аварии на Чернобыльской атомной электростанции	269
8.4. Радиация и плод	270
Глава 9. Принципы диагностики и профилактики нарушений иммунитета (А. Н. Смирнов)	271
9.1. Иммунитет в норме	271

9.2. Иммунодефициты	273
9.3. Иммунокомплексная патология	279
9.4. О сохранении иммунитета	285
Глава 10. Лихорадочные состояния. Сепсис и его неотложная терапия (А. Н. Смирнов).	287
Глава 11. Эндокринные и обменные заболевания (А. М. Грановская-Цветкова, Е. В. Доскина, И. И. Козгергина)	296
11.1. Основные эндокринные синдромы.	296
11.2. Важнейшие заболевания	298
11.2.1. Акромегалия	298
11.2.2. Гинекомастия	299
11.2.3. Гипотиреоз	300
11.2.4. Диабет несахарный	303
11.2.5. Сахарный диабет	304
11.2.6. Зоб диффузный токсический.	329
11.2.7. Зоб узловой	333
11.2.8. Зоб эндемический	336
11.2.9. Болезнь Иценко — Кушинга	337
11.2.10. Кору надпочечников хроническая недостаточность	341
11.2.11. Ожирение	342
11.2.12. Опухоли эндокринных органов	346
11.2.13. Тиреоидит аутоиммунный	349
11.2.14. Тиреоидит подострый	350
Приложения	351
<i>Приложение 1. Нормальные величины некоторых лабораторных показателей и коэффициенты пересчета (А. Н. Смирнов)</i>	<i>351</i>
<i>Приложение 2. Основные онкомаркеры (Е. П. Погорельская).</i>	<i>355</i>
<i>Приложение 3. Чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам (Е. П. Погорельская)</i>	<i>356</i>
<i>Приложение 4. Несовместимость некоторых лекарственных средств (Е. П. Погорельская)</i>	<i>361</i>
<i>Приложение 5. Побочное действие некоторых медикаментов (Е. П. Погорельская)</i>	<i>362</i>
<i>Приложение 6. Патогенное влияние медикаментов на эмбрион, плод, новорожденного при вскармливании грудью (Е. П. Погорельская)</i>	<i>365</i>
Литература	366

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

А	—	агранулоцитоз
АА	—	анемия апластическая
АБ	—	антибиотики
АГГ	—	антигемофильный глобулин
АД	—	артериальное давление
АДГ	—	антидиуретический гормон
АИГА	—	аутоиммунная гемолитическая анемия
АИТП	—	аутоиммунная тромбоцитопения
АКТГ	—	адренокортикотропный гормон
АМ	—	акромегалия
АНД	—	антикоагулянты непрямого действия
АП	—	амилоидоз почек
АС	—	аритмия сердца
АСК	—	ацетилсалициловая кислота
АТФ	—	аденозинтрифосфат
АЧТВ	—	активированное частичное тромбопластиновое время
БА	—	бронхиальная астма
БАТ	—	биологически активная точка
БИК	—	Иценко — Кушинга болезнь
БП	—	бронхопневмония
БСИ	—	белково-связанный йод
БХ	—	бронхит хронический
БЭ	—	бронхоэктаз
в/в	—	внутривенно
ВГ	—	васкулит геморрагический
в/м	—	внутримышечно
ВСК	—	время свертывания крови
ГД	—	геморрагический диатез
ГИП	—	глюкозозависимый инсулилотропный полипептид
ГК	—	гипертонический криз
ГКС	—	глюкокортикостероиды
ГлН	—	гликемия натощак
ГМ	—	гинекомастия
ГН	—	гломерулонефрит
ГПОД	—	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ГПП-1	—	глюкагоноподобный пептид 1
ГС	—	гипертензия симптоматическая
ГСД	—	гестационный сахарный диабет
ГТ	—	гипотиреоз
ГТБ	—	гипертоническая болезнь
ГФА	—	гемофилия А
ГХ	—	гастрит хронический
ГХГС	—	гастрит хронический с сохраненной или повышенной секрецией (гипер-секреторный)
ГХСН	—	гастрит хронический с секреторной недостаточностью
ГШС	—	Гужеро — Шегрена синдром
ДВС	—	диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДД	—	дифференциальная диагностика

ДН	— дыхательная недостаточность
ДОА	— деформирующий остеоартроз
ДПК	— двенадцатиперстная кишка
ДТЗ	— зуб диффузный токсический
ЖДА	— железодефицитная анемия
ЖЕЛ	— жизненная емкость легких
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИД	— искусственное дыхание
ИК	— иммунокомплексный
ИКП	— иммунокомплексная патология
ИМ	— инфаркт миокарда
ИМТ	— индекс массы тела
ИП	— интерстициальная пневмония
ИР	— инсулинорезистентность
К	— кардиалгия
КМ	— костный мозг
КНХН	— коры надпочечников хроническая недостаточность
КОС	— кислотно-основное состояние
КП	— колонопатии
КТ	— компьютерная томография
Л	— лихорадка
ЛГ	— люпоидный гепатит
ЛГМ	— лимфогранулематоз
ЛДГ	— лактатдегидрогеназа
ЛУ	— лимфатические узлы
ЛФК	— лечебная физическая культура
МА	— мерцательная аритмия
МАУ	— микроальбуминурия
МБТ	— микобактерия туберкулеза
МДП	— маниакально-депрессивный психоз
МНО	— международное нормализованное отношение
МРТ	— магнитно-резонансная томография
МСЧ	— медико-санитарная часть
МТ	— масса тела
МУЗ	— многоузловой зуб
НГлН	— нарушение гликемии натощак
НК	— недостаточность кровообращения
НМГ	— низкомолекулярные гепарины
НПВС	— нестероидные противовоспалительные средства
НСД	— несхарный диабет
НТГ	— нарушение толерантности к глюкозе
НЦД	— нейрорегуляторная дистония
НЯК	— неспецифический язвенный колит
ОАК	— общий анализ крови
ОАМ	— общий анализ мочи
ОБ	— окружности бедер
ОЖ	— ожирение
ОЖСС	— общая железосвязывающая способность сыворотки
ОИМ	— острый инфаркт миокарда
ОЛ	— острый лейкоз

ОЛБ — острая лучевая болезнь
ОМ — остеохондроз межпозвонковый
ОП — опухоль почек
ОПН — острая почечная недостаточность
ОПНф — острый пиелонефрит
ОРВИ — острые респираторные вирусные инфекции
ОТ — окружности талии
ОХП — остеохондропатия
ОХС — общий холестерин
ОЦК — объем циркулирующей крови
ОШСД — очень широкого спектра действия
П — протеинурия
ПА — плазмаферез
ПАСК — пара-аминосалициловая кислота
ПГН — гломерулонефрит подострый, экстракапиллярный
ПГТТ — пероральный глюкозотолерантный тест
ПЖ — правый желудочек
ПЖЖ — поджелудочная железа
п/к — подкожно
ПМА — пароксизм мерцательной аритмии
ПНМК — переходящее нарушение мозгового кровообращения
ПНф — пиелонефрит
ПО — пневмония острая
ПП — плевропневмония
ППГ — постпрандиальная гипергликемия
ПС — пневмосклероз
ПСМ — производные сульфаниламиды
ПССП — пероральные сахароснижающие препараты
ПТ — пароксизмальная тахикардия
ПТИ — протромбиновый индекс
ПХ — пневмония хроническая
РА — ревматоидный артрит
РГФ — рентгенография
РДТ — разгрузочно-диетическая терапия
РСК — рентгеноскопия
С — стенокардия
СAA — сульфаниламиды
САК — субарахноидальное кровоизлияние
СБ — синусовая брадикардия
СГ — сердечные гликозиды
СД — сахарный диабет
СЖК — свободные жирные кислоты
СЗП — свежемороженая плазма
СКВ — системная красная волчанка
СКК — стволовые кровяные клетки
СКЛ — санаторно-курортное лечение
СН — стенокардия напряжения
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
СП — стенокардия прогрессирующая
СРТК — синдром раздраженной толстой кишки
СС — сепсис

СТ	– синусовая тахикардия
СТГ	– секреция соматотропного гормона
СФМ	– система фагоцитирующих мононуклеаров
ТБК	– туберкулез
ТП	– туберкулез почек
ТПВ	– тромбоз подмышечной вены
ТПТ	– тромбоцитопатия
ТТГ	– тиреотропный гормон
ТЭЛА	– тромбоэмболия легочной артерии
УЗ	– зуб узловой
УЗИ	– ультразвуковое исследование
УП	– узелковый периартериит
УПМ	– удельная плотность мочи
ФАП	– фельдшерско-акушерский пункт
ФЖЕЛ	– форсированная жизненная емкость легких
ФП	– фибринозный плеврит
ХАГ	– хронический активный гепатит
ХГ	– хронический гепатит
ХГН	– хронический гломерулонефрит
ХЕ	– хлебная единица
ХИБС	– хроническая ишемическая болезнь сердца
ХЛБ	– хроническая лучевая болезнь
ХОБЛ	– хронические обструктивные болезни легких
ХПГ	– хронический персистирующий гепатит
ХПН	– хроническая почечная недостаточность
ХС	– хондроитинсульфаты
ХХГ	– хронический холестатический гепатит
ХЦХ	– холецистит хронический
ЦВД	– центральное венозное давление
ЦвП	– цветовой показатель
ЦИК	– циркулирующие иммунные комплексы
ЦНС	– центральная нервная система
ЦП	– цирроз печени
ЧД	– частота дыханий
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ШСД	– широкого спектра действия
ЩЖ	– щитовидная железа
ЭЗ	– зуб эндемический
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭЛ	– эмфизема легких
ЭП	– экссудативный плеврит
ЭР	– эритроцит
ЭС	– экстрасистолы
ЭхоКГ	– эхокардиография
ЯДК	– язва двенадцатиперстной кишки
ЯЖ	– язва желудка
ЯМР	– ядерный магнитный резонанс
Ig	– иммуноглобулин

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

ПРЕДИСЛОВИЕ КО 2-МУ ИЗДАНИЮ

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

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

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

Первые издания нашего пособия, вышедшие в 1987 и в 1990 гг., — «Амбулаторная диагностика важнейших внутренних заболеваний» и «Профилактика и лечение внутренних болезней в поликлинике» — были одобрительно встречены читателями. Однако в после-

дующие годы появились новые актуальные патологии: СПИД, иммунные нарушения, радиационные поражения; чаще наблюдаются тромботические осложнения. Стала явью излечимость многих прежде летальных лейкозов (острого промиелоцитарного лейкоза, хронического миелолейкоза и др.), лимфогранулематоза, лимфосарком (Волкова М. А., 2010). Самостоятельно работающие фельдшеры, акушерки и медсестры должны иметь представление и об этих патологиях. В связи с этим во 2-е издание книги добавлены соответствующие разделы.

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

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

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

Ф. П. Гааз

1.1. Оценка жалоб и анамнеза

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

Слабость, утомляемость, сохраняющиеся более двух недель (тем более прогрессирующие), требуют исключения анемий, туберкулеза (ТБК), пиелонефрита (ПНФ) и других инфекций, гепатита, опухолей, пневмонии хронической (ПХ), миокардитов, гипотиреоза, иммунокомплексной патологии, случайного облучения, СПИДа и др. Характерно, что на слабость активнее жалуются мужчины; женщинам и подросткам свойственно недооценивать повышенную утомляемость (см. подразд. 3.1; 4.1; 7.1). Между тем такие эквиваленты слабости, как непривычная утомляемость к вечеру, потребность прилечь среди рабочего дня, должны также рассматриваться фельдшером как ранние симптомы возможных инфекций, малокровия, гемобластозов и др.

Астения, депрессия требуют исключения и шизофрении. В то же время преувеличенные жалобы на слабость типичны для больных неврозами, соматогенной депрессией, аггравантов. **Потливость** — почти обязательный спутник слабости; ночная потливость

требует исключения хронического пиелонефрита, туберкулеза, хронической пневмонии. Постоянная потливость наблюдается при лимфатических опухолях.

Головная боль — одна из самых частых жалоб больных, а иногда (при гипертонической болезни, НЦД, опухолях мозга, менингите) является ведущим симптомом. Острая головная боль с тошнотой и возбуждением нередко указывает на кровоизлияние в головной мозг. Фельдшеру необходимо выяснить локализацию боли, связь с временем суток, физической нагрузкой, зрением и слухом, эффективность принимаемых лекарств. Так, головная боль при неврозах нередко усиливается к вечеру, носит стягивающий характер («обруч на голове»), сопровождается болезненностью волосистой части головы, гипергидрозом ладоней, нередко сердцебиением, чувством нехватки воздуха. Приступообразная боль в какой-либо половине головы, нередко с преходящим нарушением зрения, провоцируемая волнением, непереносимостью запахов пищи и др., является мигренозной. Пульсирующая головная боль, тяжесть в затылочной зоне по утрам характерны для гипертонической болезни; давящая головная боль, усиливающаяся при наклонах, указывает на венозное полнокровие (правожелудочковая недостаточность, эритремия и др.). Напомним, что выраженная головная боль с тошнотой, рвотой по утрам и/или ночью — симптом застоя ликвора (внутричерепная гипертензия). Приступообразные стреляющие боли в голове, лице, провоцируемые охлаждением, жеванием, разговором, обычно вызваны невралгией тройничного нерва. При сочетании головной боли с лихорадкой фельдшер, в первую очередь, обязан исключить менингит, острый отит и другие инфекции. Разнообразные головные боли, прогрессирующее снижение интеллекта могут быть проявлением нейроСПИДа. Если состояние пациента тяжелое, а причина головных болей не ясна, он должен быть обследован невропатологом, окулистом, ЛОР-врачом; необходимы рентгеновские, электрофизиологические, ангиографические исследования.

Повышенная температура. Лихорадка — симптом многих воспалительных и опухолевых болезней (см. главу 10); для оценки лихорадки необходима почасовая термометрия. **Зуд кожи** свойственен уремии, эритремии, лимфогранулематозу, механической желтухе. При анемиях больные иногда отмечают парестезии («ползание мурашек»). **Желтуха** кожи, склер, потемнение мочи требуют исключения многих болезней ЖКТ, кроветворения, инфекционных болезней (см. главы 4, 7). Клонотонические **судороги** наблюдаются при гипогликемии, алкалозе, снижении уровня кальция крови (гиперпаратиреозидизм), гипохлоремии, гипомagneзиемии у детей, менингитах, столбняке, лептоспирозе, уремии, нарушениях мозгового кровообращения,

объемных процессах в черепе (опухоли, абсцессы, эхинококк и др.) и наследственной патологии нервной системы; при передозировке кофеина, атропина и их производных, отравлении стрихнином. Профессиональные судороги обусловлены переутомлением мышц (у доярок, машинисток, музыкантов и др.). При эпилепсии наблюдаются как генерализованные судороги, так и кивательная судорога *spasmus nutans*. Известны и истерические судороги (при них зрачковые реакции сохранены, отсутствует амнезия после судорог). Мышечные фибрилляции, иногда судороги икроножных мышц, в сочетании с онемением (главным образом ночью) — признак полинейропатии (чаще алкогольной), никотиновой интоксикации. Тики (многократные непроизвольные сокращения мышц лица, шеи) наблюдаются при переутомлении, неврозах. **Мышечная дрожь** (тремор), невольные ритмичные колебания тела или его частей, наблюдается при паркинсонизме, рассеянном склерозе, болезни Коновалова — Вильсона, при передозировке бета-адреноблокаторов.

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

Собирая **анамнез жизни**, фельдшер устанавливает перенесенные заболевания и травмы; у женщин надо выяснить количество родов, здоровье детей, объем месячных кровопотерь, сроки последней менструации. Разумеется, для пожилого человека перенесенные в раннем детстве инфекции не имеют существенного значения, но во всех случаях следует фиксировать наличие в анамнезе рецидивирующих пневмоний и ангин, тяжелой скарлатины, токсического гриппа, туберкулеза, аллергий, венерических заболеваний. Повторные

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

Объективное исследование начинают с общего осмотра. Порой уже первого взгляда достаточно для предположения о характере заболевания. Так, для больного опухолью желудка типичны истощение, землистый цвет кожи; при активном ревматизме — цианотический румянец щек; при СКВ наблюдается бледно-цианотическая «бабочка» на лице, инфантильность телосложения; при раке головки ПЖЖ — ярко-шафранная желтуха. При коарктации грудной аорты наблюдаются гипертрофия мышц плечевого пояса и недоразвитие мышц ног. О многом фельдшеру говорит положение больного в постели. Болезненные ощущения нередко заставляют пациента принимать вынужденное положение: сидя в постели с опорой на руки при сердечной и бронхиальной астме; лежа на спине с подтянутыми к животу ногами при «остром животе»; лежа на боку с приведенными ногами и запрокинутой головой («поза легавой собаки») — при цереброспинальном менингите. Вынужденное коленно-локтевое положение («поза молящегося магометанина») характерно для выпотного перикардита, беспокойное состояние — для почечной колики. Неподвижность в суставах из-за болей типична для суставной атаки ревматизма, подагрического приступа.

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

**ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

*Учебное пособие
для среднего медицинского персонала*

Под редакцией А. Н. Смирнова

Редактор *Лызлова Л. В.*

Корректор *Русанова Е. С.*

Дизайн и компьютерная верстка *Илюхиной И. Ю.*

Подписано в печать 10.12.2013. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ. л. 23. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>

Первая Академическая типография «Наука».
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12/28.

ISBN 978-5-299-00555-4



9 785299 005554