

18+

Джейхун Рагимли



ПОМОЩНИК СТУДЕНТА ПО ТЕРАПИИ

Медик

Джейхун Рагимли

**Помощник студента
по терапии. Медик**

«Издательские решения»

Рагимли Д.

Помощник студента по терапии. Медик / Д. Рагимли —
«Издательские решения»,

Данное учебно-методическое пособие представляет собой компактный и структурированный справочник по основным разделам внутренней медицины, созданный специально для студентов медицинских вузов и колледжей. Книга будет полезна студентам при подготовке к практическим занятиям, экзаменам и при работе с пациентами, а также тем, кто просто любит читать про медицинскую тематику.

Содержание

Введение	6
Диагноз	7
Пульмонология	8
Внебольничная пневмония	8
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких	11
БА — бронхиальная астма	13
Хронический бронхит	15
Конец ознакомительного фрагмента.	17

Помощник студента по терапии Медик

Джейхун Рагимли

© Джейхун Рагимли, 2026

ISBN 978-5-0071-3223-7

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Опросник: возраст не помеха:

2026

Введение

Данная книга не предназначена для того, чтобы вы используя эту литературу, занимались самодиагностикой и самолечением. «Требуется консультация специалиста». Данная книга предназначена студентам медам медицинских ВУЗОВ и колледжей, а также тем, кого интересуют медицинские тематики.

В данной книге описаны часто встречающиеся болезни: характерные жалобы для них, анамнез, данные физикального осмотра, синдромы, диагностика и методы лечения.

Разделы: пульмонология, кардиология, нефрология, инфекционные болезни, ревматология, гематология, хирургия и др.

Важно: Информация в данной книге не призвана заменить услуги врачей и рекомендации квалифицированных медицинских специалистов. Все утверждения носят информационный характер. Настоятельно рекомендуется по всем вопросам проконсультироваться со своим лечащим врачом. Имеются противопоказания.»

Диагноз

Для выявления правильного диагноза врачу необходимо выстроить правильный путь для рассуждения. Путь к диагнозу: симптомы — синдромы — диагноз.

Каждое заболевание имеет свои симптомы, которые можно объединить в синдромы, а синдромы помогут определить верный диагноз.

Синдромы бывают клинические, лабораторные и инструментальные.

Симптомы классифицируют по способу выявления на:

1 Вербальные (способ выявления — беседа с больным);

1 Визуальные (осмотр больного);

1 Перкуторные;

1 Аускультативные.

По степени специфичности:

1 Патогномоничные симптомы (характерны только для одного заболевания — встречаются редко);

1 Специфические (характерны для нескольких заболеваний, поражающих один орган или систему органов).

1 Неспецифические (характерны для многих заболеваний);

1 Нехарактерные (симптомы, которые не характерны для какого-то заболевания).

По времени появления:

1 Ранние (появляются в начале заболевания);

1 Поздние (появляются при длительном течении болезни).

Пульмонология

Внебольничная пневмония

Для разных возбудителей может быть разная клиника, что нужно учесть при изучении данного материала, которая является классикой!

Клинические симптомы:

Жалобы:

! **Неспецифические:** повышение температуры тела, общая слабость, мышечная боль.

! **Специфические:** кашель, мокрота без и с кровью, боль в грудной клетке, инспираторная одышка.

Анамнез заболевания

Остро возникшая лихорадка в начале заболевания ($t_{0} > 38,0^{\circ}\text{C}$), контакт с инфекционным больным.

Физикальный осмотр

При пальпации голосовое дрожание усилено над участком уплотнения легкого, при перкуссии над участком уплотнения легкого притупленный звук. При аускультации в стадии прилива ослабленное везикулярное или бронхиальное дыхание с крепитацией, в стадии опеченения бронхиальное дыхание и влажные хрипы. ЧДД, АД, сатурация кислорода по пульсоксиметрии, сознание, ИМТ изменяются в зависимости от степени тяжести заболевания.

Лабораторное исследование

ОАК: лейкоцитоз $> 10 \times 10^9 / \text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$). Также нужен общий анализ мокроты, анализ мокроты на выявления возбудителя и определения чувствительности на антибиотики.

Инструментальное исследование

Рентгенография ОГК: уплотнение легочной ткани.

Синдромы

- ! Синдром интоксикации;
- ! Синдром уплотнения легочной ткани;
- ! Синдром дыхательной недостаточности;
- ! Болевой синдром в области грудной клетки.

Критерии установления диагноза/состояния

Диагноз ВП является определенным при наличии у пациента рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических симптомов и признаков из числа следующих:

1. остро возникшая лихорадка в начале заболевания ($t_{0} > 38,0^{\circ}\text{C}$);
2. кашель с мокротой;
3. физические признаки (фокус крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
4. лейкоцитоз $> 10 \times 10^9 / \text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$).

Алгоритм оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при ВП определяется по шкале CRB-65!

Среди амбулаторных пациентов с ВП выделяют 2 группы:

1. В первую группу включены пациенты без хронических сопутствующих заболеваний, не принимавшие за последние 3 мес. АБП системного действия ≥ 2 дней и не имеющие других факторов риска инфицирования редкими и/или ПРВ: пребывание в доме престарелых или других учреждениях длительного ухода, наличие госпитализаций по любому поводу в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней, в/в инфузионная терапия, наличие сеансов диализа или лечение ран в домашних условиях в предшествующие 30 дней.

2. Во вторую группу включены пациенты с ВП с сопутствующими заболеваниями (ХОБЛ, СД, ХСН, хроническая болезнь почек (ХБП) с снижением скорости клубочковой фильтрации, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение) и/или принимавшие за последние 3 мес АБП системного действия ≥ 2 дней и/или имеющие другие факторы риска инфицирования редкими и/или ПРВ, которые указаны выше.

Лечение

Постельный режим, обильное питье. Если пациент относится:

1. К первой группе по риску: амоксициллин 7—10 дней, альтернатива кларитромицин 7—10 дней.

2. Ко второй группе по риску: амоксиклав 7—10 дней#альтернатива левофлоксацин 5—7 дней.

Эффект от эмпирической АБТ определяют по снижению температуры тела, снижению лейкоцитов в ОАК, снижению ЧДД до 20 и менее/минуту.

При сухом кашле противокашлевые препараты внутрь 3 дня#после переход на АЦЦ;
Жаропонижающие препараты — при высокой температуре тела 38.5 и более

Формулировка диагноза#

1. Нозология.
2. Этиологический вариант.
3. Распространенность (очаговая, долевая, интерстициальная).
4. Степень тяжести.
5. Фаза заболевания (разгар, разрешение, затяжное течение).
6. Осложнения.



Шкала CRB-65

Всем пациентам с ВП через 48—72 ч после начала лечения рекомендуется оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ:

1. снижение температуры;
2. уменьшение выраженности интоксикационного синдрома;
3. уменьшение выраженности основных клинических симптомов ВП, в первую очередь одышки.

Если у пациента сохраняются лихорадка и интоксикационный синдром либо прогрессируют симптомы и признаки ВП или развиваются осложнения, АБТ следует расценивать как неэффективную. В этом случае, а также при появлении нежелательных лекарственных реакций, требующих отмены АБП, необходимо пересмотреть тактику лечения и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента.

При решении вопроса об отмене АБП при ВП рекомендуется руководствоваться критериями достаточности АБТ (должны присутствовать все нижеперечисленные):

1. стойкое снижение температуры тела $< 37,2$ °C в течение не менее 48 ч;
2. отсутствие интоксикационного синдрома;
3. частота дыхания < 20 в минуту (у пациентов без хронической дыхательной недостаточности);
4. отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией);
5. количество лейкоцитов в крови $< 10 \times 10^9$ /л, нейтрофилов $< 80\%$, юных форм $< 6\%$.

ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких

Клинические симптомы

Жалобы:

1 **Специфические:** одышка экспираторная (вначале эпизодическая, после постоянная, прогрессирующая, усиливается при физических нагрузках, острых респираторных инфекциях), хроническая кашель (продуктивная, непродуктивная, в начале заболевания часто по утрам).

1 **Неспецифические:** Иногда могут быть жалобы на утомляемость при ходьбе, при котором приходится пациенту останавливаться на некоторое время, общая слабость, головокружение, сердцебиение. При обострении повышение температуры тела, миалгия, общая слабость.

Выраженность одышки оценить по шкале mMRC; для комплексной оценки симптомов использовать шкалу CAT.

Анамнез заболевания

Симптомы имели прогрессирующий характер. Обострение связано с острыми респираторными заболеваниями, переохлаждением.

Анамнез жизни

Курит больше 10 лет (ИКЧ = количество сигарет, выкуриваемых в день/20 * количество лет курения = больше 10). Родился недоношенным. В детстве перенес заболевание легких тяжелой степени тяжести, или имел врожденные заболевания легочной системы, включая недостаток альфа-1-антитрипсина.

Физикальный осмотр

При осмотре бочкообразная грудная клетка (эмфизематозная), положительные симптомы: симптом барабанных палочек и часовых стекол при осмотре пальцев рук. Перкуссия (коробочный звук). Аускультация (жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы). ЧДД, АД, сатурация кислорода по пульсоксиметрии, сознание изменяются в зависимости от степени тяжести течения заболевания.

Лабораторная диагностика

ОАК: при обострении лейкоцитоз, повышение СОЭ, может быть синдром полицитемии. Общий анализ мокроты. При обострении: бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю-Нильсену и Грамму), мокрота на чувствительность возбудителя на антибиотики, СРБ.

Инструментальная диагностика

Спирометрия (ОФВ меньше 80%, ОФВ/ФЖЕЛ меньше 0.7). Оценка обратимости обструкции (тест с сальбутамолом) — необратимая (меньше 12%).

При диагностики можно использовать опросник по выявлению ХОБЛ (принцип похож на оценку предтестовой вероятности ИБС, но в этом случае ХОБЛ).

Синдромы

- 1 Бронхообструктивный синдром;
- 1 Синдром дыхательной недостаточности;
- 1 При обострении инфекционного генеза: интоксикационный синдром.
- 1 Астенический синдром.

Лечение

При стабильном течении:

Медикаментозное#

1. Если пациент клинической группы А: ДДБА или ДДАХ: индакатерол (ДПИ, эффект через 5 минут, продолжительность 24 часа) или Гликопирроний бромид (ДПИ, эффект через 5 минут, продолжительность 24 часа).
2. Если пациент клинической группы В: ДДБА + ДДАХ (комбинация).
3. Если пациент клинической группы Е: ИГКС в комбинации с ДДБА и ДДАХ.

Клинические группы

1 Клиническая группа А: САТ меньше 10, mMRS меньше 2 (симптомы нетяжелого характера), обострений и госпитализаций не было за последний год, риск обострения минимален.

1 Клиническая группа В: САТ больше 10, mMRS больше 2, обострений 0 или 1 за последний год и госпитализаций за последний год не был. Риск обострения минимален.

1 Клиническая группа Е: независит от САТ и mMRS, 2 обострения умеренной степени тяжести или 1 госпитализация за последний год. Риск обострения высокий.

Немедикаментозное лечение

- Умеренные физические нагрузки (2 часа в неделю);
- Отказ от курения;
- Вакцинация от пневмококка и вируса гриппа;
- Кислородная терапия.
- Дыхательная гимнастика.
- Снижение массы тела при ожирении.

Немного о препаратах

Запомни:

По периферии легких больше в-адренергических рецепторов, а в центральной части холинергических (м — мускариновых рецепторов). Если при БА поражаются больше периферические глубокие структуры бронхиального дерева, то при ХОБЛ центральные неглубокие структуры бронхиального дерева, в связи с чем антихолинергические препараты являются выбором 1 линии при ХОБЛ.

При стимуляции в-адренорецепторов расслабляется гладкая мускулатура сосудов, бронхов, матки, усиливается проводимость и автоматизм сердца. При стимуляции альфа-адренорецепторов или холинорецепторов, наоборот, происходит спазм гладкой мускулатуры.

Преимущество антихолинергических препаратов перед в-адреномиметиками:

В-адреномиметики повышают ЧСС, возникает на фоне лечения тахифилаксия, расширяя бронхиальные сосуды и увеличивая тем самым отек слизистой бронхов нарушают дренажную функцию бронхов, могут вызвать гипокалиемию. Этими минусами не обладают антихолинергические препараты.

Формулировка диагноза

1. Нозология.
2. Степень тяжести бронхиальной обструкции по спирометрии.
3. Выраженность клинических симптомов по опроснику САТ и mMRC.
4. Стадия болезни (ремиссия обострение).
5. Частота обострений.
6. Фенотип (эмфизематозный бронхитический).
7. Осложнения.

БА — бронхиальная астма

Клинические симптомы

Жалобы:

Специфические: одышка (экспираторная), удушье, свистящее дыхание, заложенность в груди, приступообразный кашель непродуктивный или малопродуктивный. Также слезотечение, ринорея сезонная при контакте с аллергенами.

Анамнез заболевания

Начало с молодого возраста. Триггерами являются: физические нагрузки или холод или резкие запахи или пыльца растений или шерсть животных или пыль домашняя или другие аллергены)

Анамнез жизни

Имеются атопические заболевания: аллергически ринит, конъюнктивит, дерматит, на НПВС аллергии, пищевая аллергия.

Запомни: оценка степени тяжести БА, получающих лечение, оценивается по объему терапии, а контроль лечения по опроснику GINA.

Физикальный осмотр

Аускультация (ослабленное дыхание, хрипы только при форсированном выдохе, рассеянные сухие свистящие хрипы при обострении). При осмотре: ринорея, кожный зуд, сыпь, слезотечение, затруднение носового дыхания, гиперемия конъюнктивы? ЧДД, сознание, АД, сатурация кислорода по пульсоксиметрии изменяются в зависимости от степени тяжести течения БА.

Лабораторное исследование

ОАК (эозинофилия). Б/х (уровень общего IgE, при терапии ГКС — уровень глюкозы крови). Исследование мокроты (эозинофилия, кристаллы Шарко — Ляйдена). Аллергологическое обследование (уровень аллерген-специфических IgE антител, кожные тесты с аллергенами). Уровень эозинофилов и IgE могут быть в норме при БА или повышены, но не из-за БА, а при паразитарных инфекциях, что нужно иметь в виду и не ставить или не исключать диагноз БА, только основываясь на результаты анализов.

Инструментальная диагностика

Спирометрия с оценкой обратимости бронхиальной обструкции с КДБА (обтурация обратимая — больше 12%). Обязательно всем пациентам пульмонологическим необходимо сделать рентгенографию или КТ ОГК, общий анализ мокроты.

Синдромы

- ! Бронхообструктивный синдром.
- ! Синдром дыхательной недостаточности.
- ! Аллергический синдром.

Лечение

Пробная терапия ИГКС-формотерол по потребности месяц:

- Эффект есть — БА;
- Эффекта нет — исключаем БА.

Ступенчатая терапия#

1. 1 степень: низкие дозы ИГКС/КДБА по потребности (ДПИ будесонид/формотерол (от 12 лет) 160/4.5 мкг: рекомендуется не больше 6 инг./сутки — максимум 12 инг./сутки по потребности; 1 степень всегда с Симбикорта начинаем.

2. 2 степень: ежедневно низкие дозы ИГКС (будесонид — пульмикорт, ДАИ или ДПИ 100 мкг по 2 ингаляции в сутки или однократно утром или вечером; или беклометазон в ДАИ 100 мкг по 2 инг./сутки) + будесонид+формотерол при необходимости.

3. 3 степень#ежедневно низкие дозы ИГКС/ДДБА.

4. 4 степень: ежедневно средние дозы ИГКС/ДДБА (будосенид/формотерол 160/4.5 мкг 1 ингаляция утром и одна вечером#при потребности можно еще одну ингаляцию).

Неконтролируемая БА, несмотря на терапию средними дозами ИГКС в комбинации с ДДБА и наличие одного и более обострения за последний год — предпочтительно тройная комбинация: беклометазон + гликопироний бромид + формотерол 100/10/6 мкг регулярно по 2 инг. 2 р/сутки или гликопироний бромид + индакатерол + мометазон 50/150/80 (160) мкг по 1 инг. 1 р/сутки регулярно.

5. 5 степень#высокие дозы ИГКС/ДДБА (будосенид/формотерол 320/9 мкг 1 ингаляция утром и одна вечером#при потребности можно еще одну ингаляцию). Можно добавить в лечение, исходя из фенотипа, другие группы препаратов#используемых для лечения БА.

Таргетная терапия БА — для лечения тяжёлой неконтролируемой БА существует несколько ГИБП и один из них: дупилумаб (дупиксент). Механизм действия препарата: рекомбинантное моноклональное антитело, идентичное человеческому, которое блокирует альфа-субъединицу рецептора ИЛ-4, общую для рецепторов ИЛ-4 и ИЛ-13. Как следствие — нарушается передача сигнала по пути JAK/STAT и приостанавливается экспрессия большинства генов, вовлеченных в патогенез АтД и БА.

При неаллергических формах ИГКС малоэффективны, поэтому лучше назначать ингибиторы лейкотриенов: монтелукаст.

Формулировка диагноза

1. Нозология#этиология — если установлена.
2. Фенотип.
3. Тяжесть (у впервые выявленной мы не пишем, после назначения терапии мы тяжесть по ступени терапии пишем. У впервые выявленной мы пишем БА, впервые выявленная).
4. Уровень контроля (оценивается на основании *теста по контролю над астмой — АСТ (Asthma control test)*).
5. Обострение — при наличии и его степень тяжести.
6. Осложнения.

Запомни: чем больше скорость распыления, тем хуже распределяется по всему бронхиальному дереву, а если скорость потока меньше, то распределяется больше на верхних отделах бронхиального дерева (эти при ХОБЛ используются). Респираторы — скорость потока меньше, свободное дыхание — без синхронизации дышим.

Если впервые при беременности выявлена БА, то назначаем из ИГКС будесонид, а если до беременности была БА и назначение лечение с хорошим контролем (эффектом), то оставляем тот же ИГКС.

Хронический бронхит

Клинические симптомы

Жалобы:

1 **Специфические:** кашель (сначала малопродуктивный или продуктивный — часто по утрам, при прогрессировании заболевания кашель становится постоянным), одышка (при обструктивном типе), которая усиливается при физической нагрузке.

1 **Неспецифические:** при обострении в связи с ОРЗ: повышение температуры тела, миалгия, общая слабость.

Анамнез заболевания

Имеется кашель, даже когда нет простуды, кашель беспокоит большинство дней в течение 3 месяцев уже 2 и более лет.

Физикальный осмотр

Аускультация: жесткое дыхание и иногда рассеянные сухие и хрипы на вдохе — без обструкции. экспираторная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, свистящее дыхание, аускультация — рассеянные свистящие сухие и жужжащие хрипы на удлинённом выдохе — с обструкцией. ЧДД, ЧСС, АД, сатурация кислорода при пульсоксиметрии изменяются в зависимости от тяжести течения заболевания. .

Лабораторное исследование

1. ОАК — без патологии.

2. Исследование мокроты.

При обострении: ОАК; СРБ; общий анализ мокроты и бактериоскопия мокроты, выявление чувствительности возбудителя к антибиотикам.

Инструментальное исследование

При подозрении на обструктивный тип — спирометрия или пикфлоуметрия.

Лабораторные и инструментальные методы важны для дифференциальной диагностики и исключения других причин клиники: Рентгенография или КТ ОГК для исключения пневмонии. При затяжном течении исключить коклюш#аллергии#БА#ХОБЛ#ГЭРБ.

Синдромы

1 Бронхообструктивный синдром;

1 Синдром дыхательной недостаточности;

1 При обострении — интоксикационный синдром.

ХБ — заболевание для которого характерен бронхообструктивный синдром (БОС) с симптомом хронического кашля, в связи с чем нужно обязательно исключить другие заболевания органов дыхания, для которых характерен БОС с хроническим кашлем (БА, ХОБЛ и прочее).

Критерии установления диагноза

1. **Кашлевой анамнез»** (кашель малопродуктивный или с выделением мокроты в течение 3 месяцев не менее 2-х лет);

2. **Отсутствие другой патологии бронхолегочного аппарата** (туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмония, бронхиальная астма, рак легкого и др.), обуславливающей «кашлевой анамнез»;

3. Выявление обструкции дыхательных путей (ее обратимого и необратимого компонента) при дифференциальной диагностике ХОБЛ.

Лечение

· Отказ от курения;

1. Постельный режим при интоксикационном синдроме#

2. Обильное питье#

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

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

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