

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Ответственный редактор член-корреспондент НАМН
Украины, лауреат Государственной премии Украины,
заслуженный деятель науки Украины, доктор
медицинских наук, профессор Е.Н. АМОСОВА

В трех томах

Том 2

Рекомендовано
Министерством здравоохранения Украины
как учебник для студентов
высших медицинских учебных заведений
III—IV уровней аккредитации

Киев
ВСИ «Медицина»
2010

УДК 615;616-085

ББК 54.1я73

В81

Авторы:

Свиницкий А.С., д-р мед. наук, проф.; *Коноплева Л.Ф.*, д-р мед. наук, проф.;
Фещенко Ю.И., акад. НАМН Украины; *Яременко О.Б.*, д-р мед. наук, проф.;
Яшина Л.А., д-р мед. наук, проф.; *Гаврисюк В.К.*, д-р мед. наук, проф.;
Мишалов В.Г., д-р мед. наук, проф.; *Пелешук А.П.*, д-р мед. наук, проф.;
Осадчий А.И., канд. мед. наук, доц.; *Полянская М.А.*, канд. мед. наук;
Моногарова Н.Е., канд. мед. наук, доц.; *Туманов А.Н.*, канд. мед. наук;
Сидун Г.В., канд. мед. наук; *Руденко Ю.В.*, канд. мед. наук

Рецензенты:

О.В. Коркушко, акад. НАМН Украины, чл.-кор. НАН Украины, чл.-кор. АМН
России, д-р мед. наук, проф.; *В.М. Коваленко*, чл.-кор. НАМН Украины,
д-р мед. наук, проф.; *Г.В. Дзяк*, акад. НАМН Украины, д-р мед. наук, проф.

Внутренняя медицина: учебник: В 3 Т. — Т. 2 / А.С. Свиницкий,
В81 Л.Ф. Коноплева, Ю.И. Фещенко и др.; Под ред. проф. Е.Н. Амосо-
вой. — К.: ВСИ «Медицина», 2010. — 1128 с. + 24 с. цв. вкл.

ISBN 978-617-505-075-0

Второй том учебника «Внутренняя медицина» содержит три раздела, в которых освещены болезни органов дыхания, почек и ревматические заболевания. В учебнике приведены современные представления об основных синдромах и заболеваниях, указанных разделов внутренней патологии, их этиопатогенезе и эпидемиологии, использованы наиболее известные и авторитетные отечественные и зарубежные классификации болезней. В простой и доступной форме рассмотрены вопросы клинической картины, диагностики и дифференциальной диагностики конкретных заболеваний, их профилактики и лечения на основании данных доказательной медицины и клинической эпидемиологии с учетом последних стандартов и рекомендаций американских, европейских и отечественных приказов и протоколов МЗ Украины об оказании медицинской помощи больным, а также личного опыта авторов.

Подана детальная фармакологическая характеристика основных групп лекарственных препаратов, используемых в практической деятельности современного врача, а глава «Медикаментозная болезнь» содержит описание возможных побочных действий этих препаратов, что позволяет наиболее адекватно и рационально лечить конкретного больного.

Впервые на современном уровне описаны хроническое обструктивное заболевание легких, хроническая болезнь почек, остеопороз и другие метаболические болезни костей, с которыми ежедневно сталкиваются врачи широкого профиля в своей практической деятельности.

Для студентов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации, врачей-интернов.

ББК 54.1я73

ISBN 978-966-8144-65-3

ISBN 978-617-505-075-0

- © Свиницкий А.С., Коноплева Л.Ф., Фещенко Ю.И., Яременко О.Б., Яшина Л.А., Гаврисюк В.К., Мишалов В.Г., Пелешук А.П., Осадчий А.И., Полянская М.А., Моногарова Н.Е., Туманов А.Н., Сидун Г.В., Руденко Ю.В., 2010
© ВСИ «Медицина», 2010

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	5
Список сокращений	6
Острый бронхит (Л.Ф. Коноплева)	8
Пневмония (Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, М.А. Полянская, А.Н. Туманов).....	15
Госпитальная пневмония	32
Идиопатическая интерстициальная пневмония (В.К. Гаврисюк, Н.Е. Моногарова)	52
Бронхиальная астма (Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Н. Туманов).....	60
Хроническое обструктивное заболевание легких (Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Н. Туманов)	79
Плеврит (Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, Г.В. Сидун).....	93
Нагноительные болезни легких (В.Г. Мишалов, А.И. Осадчий).....	110
Острые нагноения легких.....	110
Хронические нагноения легких.....	118
Тромбоэмболия легочной артерии (Л.Ф. Коноплева, А.И. Осадчий).....	131
Легочная недостаточность (Л.Ф. Коноплева).....	148
Легочное сердце (Л.Ф. Коноплева, Ю.В. Руденко).....	163
Тестовые вопросы к разделу 1.....	184
РАЗДЕЛ 2. БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	198
Список сокращений	199
Гломерулонефрит (А.С. Свиницкий, А.П. Пелешук)	200
Острый гломерулонефрит	200
Быстро прогрессирующий гломерулонефрит	224
Хронический гломерулонефрит.....	235
Пиелонефрит (А.С. Свиницкий).....	266
Интерстициальный нефрит. Хронические тубулопатии (А.С. Свиницкий).....	295
Тубулоинтерстициальные заболевания	310
Мочекаменная болезнь (А.С. Свиницкий)	321
Обструктивная нефропатия (А.С. Свиницкий).....	352
Сосудистые заболевания почек (А.С. Свиницкий).....	362
Токсическая нефропатия (А.С. Свиницкий).....	377
Амилоидоз почек (А.С. Свиницкий)	391
Наследственные нефропатии (А.С. Свиницкий).....	417
Семейный идиопатический нефронофтиз (семейное юношеское истощение нефрона).....	427
Доброкачественная семейная гематурия.....	431
Болезнь Фабри	431
Врожденный нефротический синдром	434
Опухоли почек (А.С. Свиницкий)	437

Содержание

Острая почечная недостаточность (А.С. Свиницкий)	460
Хроническая почечная недостаточность. Гемодиализ и трансплантация почки (А.С. Свиницкий, А.П. Пелешук)	486
Тестовые вопросы к разделу 2.....	531
РАЗДЕЛ 3. РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	559
Список сокращений	560
Ревматическая лихорадка (А.С. Свиницкий)	562
Острая ревматическая лихорадка	563
Хроническая ревматическая болезнь сердца	599
Ревматоидный артрит (О.Б. Яременко)	600
Серонегативный спондилоартрит (А.С. Свиницкий)	657
Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).....	658
Псориатический артрит.....	680
Подагра и другие микрокристаллические артриты (А.С. Свиницкий)	697
Гидроксиапатитовая артропатия.....	731
Инфекционный артрит (А.С. Свиницкий)	734
Бруцеллезный артрит.....	741
Гонорейный артрит.....	748
Туберкулезный артрит	753
Сифилитический артрит.....	761
Лаймская болезнь	767
Вирусный артрит.....	778
Грибковый артрит.....	783
Реактивный артрит (А.С. Свиницкий)	785
Остеоартроз (А.С. Свиницкий)	813
Системная красная волчанка (А.С. Свиницкий)	847
Системная склеродермия (А.С. Свиницкий)	878
Болезнь и синдром Шегрена (О.Б. Яременко)	902
Дерматомиозит и полимиозит (О.Б. Яременко)	916
Смешанное заболевание соединительной ткани (О.Б. Яременко)	932
Системные васкулиты (О.Б. Яременко)	938
Узелковый полиартериит	951
Гранулематоз Вегенера	959
Васкулит Шенлейна—Геноха (геморрагический васкулит)	967
Гиперсенситивный васкулит.....	973
Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу)	974
Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона)	983
Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера—Бюргера)	989
Болезнь Кавасаки.....	996
Болезнь Бехчета	997
Эссенциальный криоглобулинемический васкулит.....	999
Синдром Чарга—Стросс	1000
Микроскопический полиангиит	1001
Остеопороз и другие метаболические заболевания костей (А.С. Свиницкий)	1003
Злокачественные опухоли костей.....	1048
Медикаментозная болезнь (А.С. Свиницкий)	1051
Тестовые вопросы к разделу 3.....	1104
Предметный указатель	1122

Раздел 1

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Острый бронхит



Пневмония



Идиопатическая интерстициальная пневмония



Бронхиальная астма



Хроническое обструктивное заболевание легких



Плеврит



Нагноительные болезни легких



Тромбоэмболия легочной артерии



Легочная недостаточность



Легочное сердце

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АИК	— аппарат искусственного кровообращения	ИЛГ	— идиопатическая легочная гипертензия
АК	— антагонисты кальция	ИФА	— идиопатический фиброзирующий альвеолит
АПГ	— ангиопульмонография	КОЕ/мл	— колониеобразующие единицы в 1 мл
АПФ	— ангиотензинпреобразующий фермент	КОП	— криптогенная организующая пневмония
А _д Т	— аланинтрансаминаза	КТ	— компьютерная томография
А _с Т	— аспараттрансаминаза	КТВР	— компьютерная томография высокого разрешения
АЧТВ	— активированное частичное тромбопластиновое время	ЛА	— легочная артерия
БА	— бронхиальная астма	ЛАГ	— легочная артериальная гипертензия
БАЛ	— бронхоальвеолярный лаваж	ЛГ	— легочная гипертензия
ВАП	— вентиляторассоциированная пневмония	ЛДГ	— лактатдегидрогеназа
ГКС	— глюкокортикостероиды	ЛН	— легочная недостаточность
ГП	— госпитальная пневмония	ЛС	— легочное сердце
ДАИ	— дозированный аэрозольный ингалятор	ЛСС	— легочное сосудистое сопротивление
ДАП	— диффузное альвеолярное повреждение	МНО	— международное нормализационное отношение
ДЖЕЛ	— должная жизненная емкость легких	МОД	— минутный объем дыхания
ДКТ	— длительная кислородная терапия	МОС _{выд}	25, 50, 75 — мгновенная объемная скорость выдоха на разных уровнях определения ФЖЕЛ
ДСЛ	— диффузионная способность легких	МРТ	— магнитно-резонансная томография
ДО	— дыхательный объем	НК	— недостаточность кровообращения
Е _{вд}	— емкость вдоха	НП	— негоспитальная пневмония
ЕОК	— Европейское общество кардиологов	НПВП	— нестероидные противовоспалительные препараты
ЖЕЛ	— жизненная емкость легких	НИСП	— неспецифическая интерстициальная пневмония
ИБС	— ишемическая болезнь сердца	ОБ	— острый бронхит
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких	ОЕЛ	— общая емкость легких
ИИП	— идиопатическая интерстициальная пневмония	ОИП	— острая интерстициальная пневмония
ИКС	— ингаляционные кортикостероиды	ОКС	— оральные кортикостероиды
ИКТ	— ингаляционная кислородная терапия		

Список сокращений

ОЛЖН	— острая левожелудочковая недостаточность	ЦВД	— центральное венозное давление
ОЛН	— острая легочная недостаточность	ЧД	— частота дыхания
ОЛС	— острое легочное сердце	ЧМТ	— черепно-мозговая травма
ООЛ	— остаточный объем легких	ЧСС	— частота сердечных сокращений
ОРВИ	— острая респираторная вирусная инфекция	ЭКГ	— электрокардиография
ОРЗ	— острое респираторное заболевание	ЭТА	— эндотрахеальная аспирация
ОРИТ	— отделение реанимации и интенсивной терапии	ЭхоКГ	— эхокардиография
ОФВ ₁	— объем форсированного выдоха за первую секунду	АТS	— Американское торакальное общество
ПОС _{выд}	— пиковая объемная скорость выдоха	CD	— кластер дифференцировки
ПСЛ	— перфузионная сцинтиграфия легких	ERS	— Европейское респираторное общество
РААС	— ренин-ангиотензин-альдостероновая система	ESBL	— Extended Spectrum β -lactamase — расширенного спектра β -лактамаза
PO _{вд}	— резервный объем вдоха	FEV ₁	— Forced expiratory volume in one second — объем форсированного выдоха за первую секунду
PO _{выд}	— резервный объем выдоха	GINA	— Global Initiative for Asthma — Глобальная стратегия по ведению и предупреждению астмы
САД	— систолическое артериальное давление	GICOLD	— Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease — Глобальная инициатива по хроническим обструктивным заболеваниям легких
СВ	— сердечный выброс	LE-клетки	— клетки красной волчанки
СДК	— селективная деконтаминация	MMPs	— матриксметаллопротеиназа
СДЛА	— систолическое давление в легочной артерии	MRSA	— метициллинрезистентный <i>Staphylococcus aureus</i>
СКВ	— системная красная волчанка	MSSA	— метициллинчувствительный <i>Staphylococcus aureus</i>
СН	— сердечная недостаточность	NYHA	— Нью-Йоркская Ассоциация сердца
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов	p _a CO ₂	— напряжение углекислого газа в артериальной крови
ТАП	— тканевые активаторы плазминогена	p _a O ₂	— напряжение кислорода в артериальной крови
ТИА	— транзиторная ишемическая атака	p _{A-a} O ₂	— альвеолярно-артериальная разница напряжения кислорода
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии	PPORT	— Pneumonia Patient Outcomes Research Team — балльная оценка факторов риска летального исхода
УЗИ	— ультразвуковое исследование	R _{tot}	— общее бронхиальное сопротивление
ФВ	— фракция выброса	S _a O ₂	— насыщенность (сатурация) кислородом артериальной крови
ФВД	— функции внешнего дыхания	TNF α	— фактор некроза опухоли α
ФДЭ-5	— фосфодиэстераза 5-го типа	V/Q	— соотношение вентиляция/перфузия
ФЖЕЛ	— форсированная жизненная емкость легких	VIP	— вазоактивный интестинальный пептид
ФК	— функциональный класс	WHO	— Всемирная организация здравоохранения
ФОЕЛ	— функциональная остаточная емкость легких		
ХЛН	— хроническая легочная недостаточность		
ХЛС	— хроническое легочное сердце		
ХОЗЛ	— хроническое обструктивное заболевание легких		
ХПН	— хроническая почечная недостаточность		
ХПЭЛГ	— хроническая посттромбоэмболическая легочная гипертензия		

ОСТРЫЙ БРОНХИТ

Острый бронхит (ОБ) — воспаление слизистой оболочки бронхов, характеризующееся увеличением выше нормы объема бронхиальной секреции, приводящим к отделению мокроты и кашлю, а при поражении мелких бронхов — к одышке, которое продолжается не более 3 нед.

Эпидемиология. Одной из наиболее частых причин, обуславливающих обращение пациентов за медицинской помощью на амбулаторном этапе, является остро возникший кашель, а самым распространенным диагнозом в этих случаях оказывается острый бронхит.

По данным различных статистических отчетов, уровень заболеваемости ОБ колеблется от 13,2 до 34 % среди заболеваемости другими болезнями органов дыхания. Об истинных масштабах распространенности ОБ у взрослых можно судить по данным американской статистики (R. Gonzales и соавт., 2000): около 5 % американцев в возрасте старше 18 лет хотя бы один раз в течение года переносят ОБ. В 1997 г. в США острый бронхит был поводом для более 10 млн посещений врача. На уровень заболеваемости острым бронхитом оказывают влияние эпидемические вспышки гриппа и других ОРВИ, погодные факторы, возраст, условия труда. Так, ОБ примерно в 2 раза чаще встречается в зимние месяцы.

Этиология. Среди этиологических факторов острого бронхита основное значение имеет инфекционный фактор, а именно две разновидности респираторных вирусов, поражающих преимущественно нижние (вирусы гриппа типов А и В, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, человеческий метапневмовирус) или преимущественно верхние дыхательные пути (коронавирусы, аденовирусы, риновирусы). Вне сезонных эпидемических вспышек ОРВИ в 5—10 % случаев ОБ возбудителями бывают *Bordetella pertussis* и *Bordetella parapertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. В настоящее время концепция острого бактериального бронхита признается ошибочной (исключения составляют отдельные случаи заболевания у пациентов с трахеостомой или эндотрахеальной интубацией). Однако это не исключает возможности развития у отдельных пациентов бактериальной суперинфекции.

Другие этиологические факторы, такие как физические (холодный, горячий, сухой воздух) и химические (вдыхание паров кислот, щелочей, других химических веществ), крайне редко являются причиной развития ОБ.

К предрасполагающим факторам развития ОБ, снижающим общую реактивность организма, относятся: 1) климато-погодные факторы и условия труда, в частности переохлаждение и сырость; 2) курение табака; 3) злоупотребление крепкими алкогольными напитками; 4) очаговая инфекция носовой части глотки; 5) нарушение носового дыхания; 6) застойные изменения в легких при сердечной недостаточности; 7) генетическая неполноценность бронхолегочной системы.

Патогенез. Воспалительный процесс, возникающий при остром бронхите независимо от причины, начинается с носовой части глотки и распространяется на нижележащие дыхательные пути — гортань, трахею, бронхи, бронхиолы. К воспалительным изменениям присоединяются сосудистые, нервно-трофические и функциональные нарушения.

Попавший в дыхательные пути вирус внедряется в клетки эпителия, нарушая в них обменные процессы, что приводит к гибели клеток. Это и определяет дальнейшее течение возникшего воспаления, которому способствуют нарушения микроциркуляции.

В патогенезе ОБ важную роль играет снижение эффективности факторов защиты, прежде всего способности верхних дыхательных путей фильтровать вдыхаемый воздух и освобождать его от грубых механических частиц, от влияния физических факторов. Защита зависит от терморегуляции и увлажнения воздуха до его проникновения в последующие отделы дыхательных путей. Кроме того, при ОБ наблюдаются нарушения мукоцилиарного транспорта в дыхательных путях, изменение бронхиального секрета.

Большое патогенетическое значение при ОБ имеют клеточные защитные механизмы дистальных отделов дыхательных путей, где осуществляется фагоцитоз альвеолярными макрофагами и нейтрофильными гранулоцитами.

В большинстве случаев острого бронхита слизистая оболочка дыхательных путей полностью восстанавливается. Вместе с тем возможен затяжной бронхит, развитие которого связывают с вирусно-бактериальной инфекцией и нарушением бронхиальной проходимости вследствие вовлечения в воспалительный процесс мелких бронхов и бронхиол.

Патоморфология. Респираторные вирусы вызывают очаговую или генерализованную дегенерацию и слущивание клеток реснитчатого эпителия. Наряду с этим происходит увеличение количества и прогрессирующее растяжение бокаловидных клеток. Если повреждается только поверхностный слой слизистой оболочки, то в течение двух недель ее эпителий регенерирует. Более глубокое поражение характеризуется дегенерацией подслизистого слоя. При бактериальном инфицировании он инфильтрируется нейтрофильными гранулоцитами и лимфоцитами. Аллергический механизм воспаления при ОБ проявляется вазомоторным отеком слизистой оболочки, преобладанием в бронхиальном смыве эозинофильных гранулоцитов. Полное восстановле-

ние эпителиального покрова в неосложненных случаях острого бронхита происходит в течение месяца при отсутствии осложнений.

Классификация. По этиологии различают *острый бронхит: инфекционный: вирусный, вирусно-бактериальный; обусловленный физическими и химическими вредностями; смешанный; неутонченной природы.*

По патогенезу выделяют *первичный бронхит*, являющийся самостоятельным заболеванием, и *вторичный*, осложняющий другие патологические процессы (корь, коклюш и др.).

По уровню поражения органов дыхания различают: *трахеобронхит; бронхит с преимущественным поражением бронхов среднего калибра; бронхиолит.*

По характеру воспалительного процесса *острый бронхит* может быть *катаральным* и *гнойным*.

В зависимости от состояния проходимости бронхов различают *обструктивный* (с нарушением проходимости) и *необструктивный бронхит*.

По вариантам течения *острый бронхит* делят на *остротекущий* (обычно не более двух недель) и *затяжной* (до 1 мес. и более).

Клиника. ОБ обычно возникает после перенесенного гриппа, ОРВИ, реже одновременно с ними. Его симптоматика нередко наслаивается на клинику ОРВИ или сочетается с острым трахеитом.

Синдром интоксикации бывает разной продолжительности — от одного до семи дней и может проявляться ознобом, слабостью, головной болью, лихорадкой, ломотой и чувством разбитости. Изредка встречается тяжелая интоксикация, но чаще наблюдается легкое течение болезни, иногда и без повышения температуры тела.

Основной жалобой больных ОБ является *кашель*. В начале заболевания он сухой, часто носит приступообразный характер. Если одновременно поражается гортань, кашель приобретает характер лающего. Механизм кашля связан с раздражением чувствительных нервных окончаний вследствие воспаления слизистой оболочки трахеи и крупных бронхов. Через несколько дней болезни кашель становится влажным, начинает отделяться слизистая, реже слизисто-гнойная или гнойная мокрота. Кашель сопровождается *ощущением сдавления за грудиной, а также болью в области, соответствующей расположению диафрагмы*. Если вовлекаются мелкие бронхи, появляется одышка. Повышение температуры тела может быть обусловлено ОРВИ. При ОБ она нормальная или повышается только в первые 2—3 дня, как правило, до субфебрильных цифр.

Осмотр, пальпация, перкуссия грудной клетки дают мало диагностической информации. Перкуторный звук над легочными полями обычно не меняется. Голосовое дрожание не изменено. При выслушивании у всех больных отмечается усиленное жесткое дыхание. Хрипы в начале заболевания могут не выслушиваться. При поражении крупных бронхов определяются сухие жужжащие хрипы. Если в процесс вовлечены мелкие бронхи, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы. В периоде разрешения и накопления мокроты в бронхах могут определяться влажные хрипы. В зависимости от калибра бронхов они могут быть крупно- или мелкопузырчатыми, исчезающими после кашля.