**Основы терапии**

**Лекция 3 Заболевания органов дыхания.**

К основным жалобам или проблемам больных с заболеваниями дыхательной системы относятся одышка, кашель, выделение мокроты, кровохарканье и боль в грудной клетке. Одышка (dyspnoe) - нарушение частоты, ритма и глубины дыхания, сопровождающееся чувством нехватки воздуха. Одышка может быть физиологической и патологической. Физиологическая одышка возникает как компенсаторно-приспособительная реакция при физической нагрузке, в условиях гипертермии, а также при психоэмоциональном возбуждении. Патологическая одышка возникает при ряде заболеваний. В зависимости от происхождения различают 4 вида такой одышки: легочную, сердечную, гематогенную, неврогенную. Причины легочной одышки могут быть различными: 1) наличие препятствия для прохождения воздуха по верхним дыхательным путям - гортани и трахеи (попадание инородных тел, воспаление, новообразования и пр.); 2) сужение бронхов и бронхиол в результате их спазма или воспаления; 3) поражение легочной ткани - воспаление, уменьшение эластичности; 4) сдавление легких извне при гидро- и пневмотораксе, асците; 5) затруднение расправления и спадения легких при фиброзе и за- ращении плевральной полости; 6) нарушение подвижности грудной клетки при окостенении реберных хрящей; 7) нарушение функции дыхательных мышц - слабость мускулатуры, паралич или спазм диафрагмы. В конечном итоге все эти патологические состояния приводят к нарушению легочной вентиляции, уменьшению оксигенации крови, накоплению в крови углекислоты и недоокисленных продуктов межуточного обмена. Углекислота и другие метаболиты раздражают дыхательный центр, что сопровождается учащением и углублением дыхания. По своему характеру одышка может быть инспираторной, экспираторной и смешанной. Инспираторная одышка характеризуется за- труднением и удлинением вдоха и наблюдается при нарушении рас- правления легочной ткани, а также при возникновении механического препятствия в верхних дыхательных путях - в носоглотке, гортани и трахее. Экспираторная одышка - затруднение выдоха на- блюдается при сужении мелких бронхов (спазм или отек) и при уменьшении эластичности легочной ткани - эмфиземе. Смешанная одышка, при которой затруднены обе фазы дыхательных движений, характерна для уменьшения дыхательной поверхности легких, чем бы оно ни было вызвано. Крайняя, очень сильная степень одышки называется удушьем. Удушье, наступающее приступами, называется астмой. Кашель (tussis)- внезапный резкий форсированный выдох, которому предшествует глубокий вдох. Кашлевой толчок фактически представляет собой воздушный выстрел через суженную голосовую щель. Это наиболее частая жалоба больных с патологией дыхательной сис- темы. Кашель представляет собой сложный рефлекторный акт в ответ на раздражение воздухоносных частей - гортани, трахеи, бронхов инородными телами, слизью или мокротой. В норме никаких выделений из дыхательных пу- тей не бывает, поэтому мокрота - всегда явление патологическое. При оценке мокроты определяют следующие ее свойства: количество, консистенция, характер, цвет, запах, примеси. Количество мокроты может варьировать в широком диапазоне - от 1 мл до 1-2 литров. Большое количество мокроты указывает на наличие полостей в легком. Консистенция мокроты зависит от со- держания слизи, чем ее больше, тем мокрота более плотная и вязкая, чем ее меньше, тем она более жидкая. По характеру выделяют мокроту слизистую, серозную, гнойную, слизисто-гнойную, серозно- гнойную и кровянистую. Цвет мокроты может быть очень разнообразным: бесцветная или беловатым (слизистая мокрота), зеленоватая (гнойная мокрота), желтая (при желтухе), коричневая, "ржавая" (при крупозной пневмонии), розовая (при отеке легких), малинового цвета (при опухолях легких), черного цвета (при инфарктах легких). Запах у мокроты в большинстве случаев отсутствует или незначительный. Однако при нагноительных процессах в легких она приобретает гнилостный, зловонный запах, а при гангрене легкого он становится нестерпимо отвратительным. Кровотечение - выделение алой крови из дыхательных путей. Обычно оно начинается внезапно и наблюдается при опухолях, туберкулезе, в первые сутки инфаркта легкого. Боли. Ткань легкого лишена болевых рецепторов, поэтому боли при заболеваниях органов дыхания наблюдаются главным образом при поражении плевры: сухом плеврите, опухолях плевры, пневмотораксе и при заболеваниях легких с вовлечением плевры (пневмонии и пр.). Характерным признаком плевральных болей является их усиление при вдохе и, особенно, при глубоком. Больные при этом стараются занять вынужденное положение лежа на больном боку, что ограничивает дыхательную экскурсию легких и уменьшает боль. Повышение температуры. Лихорадка - характерный симптом большинства заболеваний легких и плевры. Например, при крупозной пневмонии температура внезапно повышается до 39-40 градусов, держится на этом уровне с небольшими колебаниями в течение 5-7 дней и затем очень быстро или критически падает до нормы. При очаговой пневмонии и плеврите температура медленно нарастает и медленно или литически падает. Для нагноительных заболеваний легких характерны большие колебания температуры в течение суток - до 1-2 градусов. При туберкулезе могут быть разные типы температурной кривой, однако даже самую высокую температуру такие больные переносят хорошо. При общем осмотре следует обратить внимание на положение больного. При плевритах больные лежат на больном боку. Во время приступа бронхиальной астмы они сидят с опущенными ногами и упором на руки (положение ортопноэ). Нужно обратить внимание на цвет кожных покровов. Частота дыхания в норме в состоянии покоя составляет от 12 до 20 в 1 минуту. Над легочными полями в норме выслушивается так называемое везикулярное дыхание. К побочным дыхательным шумам, которые в норме не выслушиваются, относятся хрипы, крепитация и шум трения плевры.