

Differential Diagnosis

Andrew T. Raftery BSc MD CI Biol MI Biol FRCS

Consultant Surgeon, Sheffield Kidney Institute, Northern General Hospital NHS Trust, Sheffield, UK;

Member (formerly Chairman) of the Court of Examiners, Royal College of Surgeons of England;

Member of Panel of Examiners, Intercollegiate Speciality Board in General Surgery;

Honorary Clinical Lecturer in Surgery, University of Sheffield

Eric Lim MB ChB MRCS

Specialist Senior House Officer in Cardiothoracic Surgery, Papworth Hospital, Cambridge University Teaching Hospitals NHS Trust, Cambridge, UK



**CHURCHILL
LIVINGSTONE**

Churchill's Pocketbook of

Э.Т.Рэфтэри, Э.Лим

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Перевод с английского

2-е издание



МОСКВА
«МЕДпресс-информ»
2008

ISBN

5-8229-1111-1

9 780582 291111

Обучение студентов клиническим дисциплинам и проверка их знаний нередко строятся по «проблемному принципу» (т.е. на решении основных задач), что нам представляется не совсем удачным. Вообще при обсуждении клинической ситуации, основанной на симптомах и признаках, мы предпочитаем термин «дифференциальный диагноз». Однако студенты медицинских вузов при выявлении во время беседы с больным того или иного признака или симптома непременно столкнутся с трудностью и должны будут прибегнуть к анализу данных анамнеза и результатов полного физикального обследования для того, чтобы определить, какое состояние (или состояния) более всего соответствует данной клинической картине. Далее им потребуется определить, какие необходимы общеклинические и специальные методы исследования, с помощью которых можно определить характер патологического процесса. Авторы считают, что это руководство, уместяющееся в кармане халата (второй карман пригодится для такого же карманного руководства Churchill's по хирургии!), станет довольно полезным справочником.

Мы выбрали несколько тем терапевтического и хирургического профиля, с которыми, по нашему мнению, чаще всего приходится сталкиваться студентам старших курсов медицинских институтов в своей практике. Каждая тема начинается с краткой характеристики патологического состояния и некоторых его отличительных признаков. Далее дается перечень наиболее частых (и некоторых довольно редких) причин возникновения этого состояния. В разделах, посвященных анамнезу и методам исследования, приводятся признаки и симптомы, позволяющие проводить дифференциальную диагностику различных состояний. И последнее, в тексте выделен раздел, в котором рассматривается перечень исследований (общепринятых в клинической практике и специальных), необходимых для подтверждения диагноза конкретного патологического состояния.

Несмотря на общую структуру руководства, предназначенного для врача общего профиля, включающего определение заболеваний, вопросы выяснения анамнеза, проведения физикального и инструментального исследований, форма изложения различных тем в каждом разделе отличается специфичностью. Мы надеемся, что это не запутает читателя, поскольку невозможно ограничить каждый симптом и признак того или иного заболевания стандартными рамками. Мы считаем, что в данном руководстве удалось охватить все наиболее важные признаки и симптомы, и в нем отсутствуют какие-либо явные упущения. Тем не менее, в случае если читатель обнаружит какие-либо упущения или укажет возможность тем или иным способом усовершенствовать данное руководство, мы рекомендуем ему связаться с нами. Мы надеемся, что небольшой объем книги поможет Вам при работе в палате, и особенно при подготовке к экзаменам.

Мы выражаем искреннюю благодарность за оказанную помощь, совет и критические замечания всем тем, кто доброжелательно прочел различные разделы этого руководства:

Dr Martin Wilkie, Consultant Nephrologist, Northern General Hospital, Sheffield; Dr David Throssell, Consultant Nephrologist, Northern General Hospital, Sheffield; Mr Peter Bull, Consultant ENT Surgeon, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield; Mr Nell Sheehan, General Dental Practitioner, STAN Dental Care, Sheffield; Miss Alison Payne, Specialist Registrar in General Surgery, Northern General Hospital, Sheffield; Mr Gavin Holt, Specialist Registrar in Orthopaedics, Northern General Hospital, Sheffield; Dr Jodhbir Mehta, Resident, Moorfields Eye Hospital, London; Mr Aris Papageorghiou, Research Fellow in Fetal Medicine, King's College Hospital, London. Любые ошибки и неточности, случайно оказавшиеся в тексте, мы считаем только своей, но не их виной. Мы выражаем особую благодарность нашим первым учителям, молодым сотрудникам и студентам, оказавшим большую помощь в написании этой книги. Мы также выражаем глубокую признательность нашим женам за терпение и моральную поддержку в течение всего периода работы над данным руководством. Мы также выражаем глубокую благодарность Louise Griffiths, секретарю Andrew Raftery, за большой труд и долгие часы, проведенные над печатанием и перепечатыванием рукописи.

АБТИ	— аспирационная биопсия тонкой иглой для цитологического исследования
АД	— артериальное давление
АДГ	— антидиуретический гормон
АКТГ	— адренокортикотропный гормон
АКФ	— ангиотензин-конвертирующий фермент
АНА	— антинуклеарные антитела
АНФ	— антинуклеарный фактор
АФП	— α -фетопротеин
АЧТВ	— активированное частичное тромбопластиновое время
β -ХГ	— β -человеческий хорионический гонадотропин
ВВБ	— врожденный вывих бедра
ВВУ	— внутривенная урография
ВДЯ (ЦВД)	— венозное давление в яремной вене (центральное венозное давление)
ВИ (PV)	— вагинальное исследование (<i>per vaginam</i>)
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВМП	— воспаление мочевыводящих путей
В/П	— вентиляционно-перфузионное отношение (коэффициент)
ГЛК	— газы артериальной крови
Гб	— гемоглобин
5-ГИУК	— 5-гидроксииндолуксусная кислота
Г6ФД	— глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
ДВС	— диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДГЭА	— дигидроэпиандростерон
ДМФ	— дистальный межфаланговый (сустав)
ДМЯК	— димеркаптоянтарная кислота
ДППГ	— доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
ЖКТ	— желудочно-кишечный
ИГ (Ig)	— иммуноглобулин
ИСПМ	— исследование средней порции мочи
КК	— креатинкиназа
КТ	— компьютерная томография
КЛ	— количество лейкоцитов
Л	— лейкоциты
ЛГ	— лютиенизирующий гормон
ЛДГ	— лактатдегидрогеназа
М и Эл	— мочевины и электролиты
МРТ	— магнитно-резонансная томография
МРХП	— магнитно-резонансная холангиопанкреатография
МФ	— межфаланговый (сустав)
МЭН	— множественная эндокринная неоплазия
НМК	— нарушение мозгового кровообращения
НПВ	— нижняя полая вена
НПВП	— нестероидные противовоспалительные препараты
ОРБП	— обзорная рентгеноскопия брюшной полости
ПАК	— полный анализ крови
ПАПД	— постоянный амбулаторный перитонеальный диализ

ПВ	– протромбиновое время
ПЗ	– переднезадний
ПИПК	– пальцевое исследование прямой кишки
ПММП	– почки, мочеточник, мочевого пузыря (простая рентгенография)
ПМФ	– проксимальное межфаланговое
ПСА	– простат-специфический антиген
ПФ	– пястнофаланговый (сустав)
ПЛФ	– плюснефаланговый (сустав)
ПТГ	– паратиреоидный гормон
ПиЧ	– посев и чувствительность к антибиотикам
РАСТ	– радиоаллергосорбентный тест
РГК	– рентгеноскопия грудной клетки
СКВ	– системная красная волчанка
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
СрОЭ	– средний объем эритроцитов
СОФЭ	– средний объем форменных элементов
СПИД	– синдром приобретенного иммунодефицита
ССГЭ	– среднее содержание гемоглобина в эритроците
T ₃	– трийодтиронин
T ₄	– тироксин
ТГВ	– тромбоз глубоких вен
ТИНМК	– транзиторное ишемическое нарушение мозгового кровообращения
ТИФА	– твердофазный иммуноферментный анализ
ТСГ	– тиреостимулирующий гормон
ТССЖ	– тотальная связывающая способность железа
УАМ	– утренний анализ мочи
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФДТ	– функциональные дыхательные тесты
ФЖЕЛ	– форсированная жизненная емкость
ФОЕ ₁	– форсированный объем выдоха в 1 с
ФП	– фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия)
ФПП	– функциональные печеночные пробы
ФПЩЖ	– функциональные пробы щитовидной железы
ФСГ	– фолликулостимулирующий гормон
ХОЗЛ	– хронические обструктивные заболевания легких
ЦВД	– центральное венозное давление
ЦМВ	– цитомегаловирус
ЦНС	– центральная нервная система
ЦСЖ	– цереброспинальная жидкость
ЧКЧПХ	– чрескожная чреспеченочная холангиография
ШКГ	– шкала комы Глазго
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭМГ	– электромиография
ЭРХП	– эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЭЭГ	– электроэнцефалограмма

Пальцевое	5
Беззубности	6
Сокращений	7

А	11
Артериальная гипертензия	16
Ахиллово сухожилие	20
Ахилловы мышцы	25

Грибчатые палочки	29
Гидроцеле	34
Гидроцеле в области лица	38
Гидроцеле в отек нижней челюсти	41
Гидроцеле в верхней конечности	46
Гидроцеле в пальце	50
Гидроцеле в грудной клетке	56
Гидроцеле в молочной железе	61
Гидроцеле в животе	64
Гидроцеле в спине (дорсалгия)	71
Гидроцеле в мошонке	79
Гидроцеле в нижней конечности	83
Гидроцеле в стопе	89

Выделения из носа	94
Выделения из соска молочной железы	100
Выделения из уретры	102

Жемчурная	106
Жемчужная	110
Жемчужная	113
Жемчужная	119
Жемчужная	122
Жемчужная	126
Жемчужная боль	129
Жемчужное окружение	134

Деформации кисти	138
Деформации стопы	143
Деформация	146
Деформация	152

Желтуха	157
---------------	-----

Заболевания кожи волосистой части головы	162
Заболевания глаз	166
Заболевания губ	170
Заболевания уха	175
Заболевания десен	179
Заболевания языка	182
Заболевания горла	187
Заболевания и нарушения функции пальцев	191
Заболевания суставов	194
Заболевания аноректальной зоны, сопровождающиеся болями	229
Заболевания полового члена	231
Задержка мочи	236
Запор	239
Зоб	243
Зуд	247
Зуд заднего прохода	250

Икота	253
Импотенция	257

Кашель	261
Кишечная непроходимость	265
Кома	269
Кровавая рвота	275
Кровотечение из прямой кишки	280
Кровохарканье	288

Лимфаденопатия	293
----------------------	-----

Мелена	297
--------------	-----

Нарушения зрения	302
Нарушения голоса	307
Нарушения потоотделения	310
Нарушения походки	314
Нарушения свертываемости крови	318
Недержание мочи	321
Недержание кала	325

О		Спленомегалия	409
Одышка	328	Спутанность сознания	415
Олигурия	335	Стеаторея	419
Опухоли шеи	339	Стридор	423
Опухоли молочной железы	344	Судороги	427
Опухоли подмышечной впадины	348	Т	
Опухоли почек	352	Тремор	431
Опухоли паховой области	355	У	
Опухоли мошонки	362	Увеличение живота	433
Опухоли подколенной ямки	368	Увеличение массы тела	450
Отек	373	Уменьшение массы тела	454
Отеки лица	377	Ц	
Отеки верхней конечности	383	Цианоз	458
Отеки нижних конечностей	385	Ш	
П		Шок	461
Повышение температуры неизвестной этиологии	389	Я	
Полиурия	393	Язвы лица	465
Поражения пальцев	396	Язвы полости рта	469
Р		Язвы нижних конечностей	473
Рвота	400	Язвы стопы	477
С		Алфавитный указатель	481
Синкопе	405		



▶ АНЕМИЯ

Анемию определяют как снижение уровня гемоглобина в крови больного ниже 13,5 г/дл у мужчин и 11,5 г/дл у женщин. Классификация вида анемии в соответствии с эритроцитарным индексом является удобной, поскольку исследования могут касаться характеристики типа клеток.

ПРИЧИНЫ

Микроцитарная – средний объем эритроцитов (СрОЭ) <80 п

Железодефицитная
Анемия при хронических заболеваниях
Талассемия

Нормоцитарная – СрОЭ 80-95 п

Острая кровопотеря
Гемолитическая анемия
– наследственный сфероцитоз
– серповидно-клеточная анемия
– дефицит ГбФД
– аутоиммунная гемолитическая анемия
Смешанный дефицит
Вторичная анемия (при заболеваниях печени и почек)
Недостаточная гемопоэтическая функция костного мозга

Макроцитарная – СрОЭ >95 п

Мегалобластическая анемия
– дефицит витамина В₁₂
– дефицит фолата
Алкоголизм
Заболевания печени
Гипотиреоз
Беременность
Инфильтрация костного мозга
Медикаментозная
– азатиоприн (в зависимости от дозы)

АНАМНЕЗ

При сборе анамнеза важно выяснить все симптомы анемии и на основании полученных данных попытаться установить основную причину анемии у больного.

Клинические признаки анемии

Клиническая картина анемии зависит в основном от скорости ее развития, возраста больного и наличия сопутствующих заболеваний. Хроническая анемия у здоровых во всех других отношениях лиц молодого возраста может протекать бессимптомно. Основные жалобы при анемии заключаются в появлении быстрой утомляемости, сонливости и одышки. При наличии окклюзионных поражений

периферических сосудов у больного могут развиваться сопутствующие симптомы в виде перемежающейся хромоты и стенокардии.

Анамнез заболевания, являющегося причиной анемии

Основной причиной железодефицитной анемии является кровопотеря: при расспросе больного и выяснении анамнеза заболевания легко установить наличие кровотечения. Скрытое кровотечение обычно наблюдается из желудочно-кишечного тракта и является одной из важных причин хронической кровопотери. У больных в этом случае наблюдается мелена (стул обычно черный или дегтеобразный), при наличии пептической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, гастрита, желудочно-пищеводного рефлюкса или рака желудка они могут жаловаться на боли в эпигастральной области (см. с. 64). Причины кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта освещаются на с. 280. Врачу следует подробно фиксировать в истории болезни объем кровопотери при менструации. У больного необходимо активно выяснить наличие кровохарканья и гематурии. Нарушенное всасывание в желудочно-кишечном тракте может явиться причиной дефицита субстрата и коферментов, необходимых для синтеза гемоглобина. У больных с пернициозной анемией после гастрэктомии или наличия атрофического гастрита может нарушаться всасывание как железа, так и витамина B_{12} , вследствие изменений pH и влияния на внутренний фактор Касла соответственно. Нарушение всасывания витамина B_{12} может наблюдаться также в результате обширного поражения желудка или большого объема резекции, включая терминальный отдел подвздошной кишки, что способствует возникновению мегалобластной анемии.

Анамнез питания

Большое значение имеет выяснение у больного характера питания, поскольку наиболее частой причиной дефицита фолатов является неполноценное питание. Напротив, недостаточное содержание в пище только железа редко является причиной развития анемии, если только не сочетается с повышенной его утилизацией или сопутствующей кровопотерей. Благодаря значительным запасам в организме витамина B_{12} недостаточное содержание его в пище в течение до 2 лет может не вызывать каких-либо явных клинических нарушений. У больного следует также выяснить количество употребляемого алкоголя, поскольку избыточное его потребление может приводить к развитию макроцитарной анемии.

Перенесенные ранее заболевания и медикаментозная терапия

Некоторые хронические заболевания могут быть причиной развития анемии, но прежде чем относить анемию за счет первичного заболевания, необходимо исключить сопутствующие причины ее развития. Заболевания, способствующие развитию макроцитарной анемии,

представлены выше. Аплазия костного мозга, развивающаяся после перенесенного вирусного гепатита или воздействия ионизирующего излучения, приводит к апластической анемии. Лечение некоторыми химиотерапевтическими препаратами, хлорамфениколом, сульфаниламидами может способствовать угнетению функции костного мозга. Воспалительные заболевания дыхательных путей, вызываемые микоплазмами, инфекционный мононуклеоз, лимфома и заболевания соединительной ткани сопровождаются развитием у больного аутоиммунной гемолитической анемии.

Семейный анамнез

Гемоглобинопатии типа талассемии и серповидно-клеточной анемии могут носить наследственный характер. Точно так же наследственная патология фермента (Г6ФД) или дефект мембраны эритроцитов, которая становится избыточно проницаемой для ионов натрия (эритроциты становятся ломкими и подверженными спонтанному гемолизу), могут приводить к развитию внутрисосудистого гемолиза.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Обычно у больных с анемией отмечают бледность кожных складок ладонной поверхности кистей, конъюнктив; однако эти показатели не являются надежными критериями для установления диагноза. У больных с железодефицитной анемией часто отмечается вогнутость ногтевых пластинок (койлонихия); наряду с этим у больных можно обнаружить *ангулярный хейлит* (воспаление и трещины в углах рта) и глоссит. Желтуха может наблюдаться у больных с хроническими заболеваниями печени, вызывающими анемию; желтуха является осложнением гемолитической анемии.

Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга возникает в результате тяжелого дефицита витамина В₁₂. При неврологическом исследовании больного отмечается симметричная потеря тактильной чувствительности на легкое прикосновение, вибрацию и проприоцептивной чувствительности нижних конечностей вследствие поражения заднего столба спинного мозга. Кроме того, может отмечаться неустойчивость больного в позе Ромберга. Реже отмечают периферическую нейропатию, атрофия зрительного нерва и деменция.

У больных с анемией нередко наблюдаются признаки гипердинемии кровообращения с наличием тахикардии, скачущим пульсом и сосудистым систолическим шумом.

У больных с наследственным сфероцитозом, талассемией и серповидно-клеточной анемией отмечается спленомегалия.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Микроцитарная анемия

• ОАК и развернутая формула крови

У больных с микроцитозом отмечается низкое содержание гемоглобина (СОФЭ <80 fl) и (ССГЭ <27 пг). У больного с анемией

в результате кровотечения в крови может выявляться повышенное количество тромбоцитов. В развернутой формуле крови можно обнаружить наличие микроцитарных, гипохромных эритроцитов наряду с карандашеобразными клетками.

- **Содержание железа в сыворотке крови и ЖСС**

У больного с дефицитом железа в организме отмечается сниженное содержание железа в крови и повышенная ЖСС. У больных с хроническими заболеваниями наблюдается снижение этих показателей, а при талассемии оба эти показателя остаются нормальными.

- **Уровень сывороточного ферритина**

При железодефицитной анемии содержание сывороточного ферритина, железо-белкового комплекса, как правило, низкое. Уровень ферритина не изменяется у больных с хроническими заболеваниями или при талассемии.

- **Исследование кала на скрытую кровь**

Позволяет выявить кровотечение из желудочно-кишечного тракта.

- **Свободный эритроцитарный протопорфирин**

Производное порфирина, которое, соединяясь с железом, образует гем гемоглобина; поэтому у больных с железодефицитной анемией отмечается повышение уровня протопорфирина. Эта реакция является чувствительным показателем дефицита железа в организме; содержание протопорфирина не изменяется у больных с хроническими заболеваниями и при талассемии.

- **Электрофоретическое исследование гемоглобина**

Позволяет установить специфический диагноз и форму талассемии и серповидно-клеточной анемии.

Нормоцитарная анемия

- **ОАК и мазок периферической крови**

Низкий уровень гемоглобина при этой форме анемии сочетается с нормальным эритроцитарным индексом (СрОЭр 80–95 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците – ССГЭ>27 пг) и может также наблюдаться у больных с сопутствующей микро- и макроцитарной анемией (смешанный дефицит), хотя это обычно выявляется при оценке развернутого анализа крови. В некоторых гематологических лабораториях для оценки анизоцитоза (вариабельности размеров эритроцитов) представляют данные разброса размеров эритроцитов (эритроцитометрическая кривая), который увеличивается при дифференциации размеров эритроцитов. Количество ретикулоцитов увеличивается при гемолитической анемии, и исследование мазка периферической крови позволяет выявить поврежденные эритроциты.

- **Пробы на наличие гемолиза**

При гемолизе различной этиологии отмечается повышение уровня непрямого билирубина, уробилиногена в моче и стеркобилиногена в кале, отсутствие гаптоглобинов в сыворотке крови. Специфическим признаком внутрисосудистого гемолиза является нали-

чие в плазме свободного гемоглобина. Специфические тесты, характерные для определенных гемолитических нарушений, можно найти в соответствующих руководствах по гематологии.

- **Анализ мочи**

Характерным признаком внутрисосудистого гемолиза является появление в моче гемоглобина и гемосидерина (начиная с 7 сут.).

- **Пункционная биопсия костного мозга**

При исследовании пунктата костного мозга у больных с гемолитической анемией обнаруживают эритроидную гиперплазию; при апластической анемии выявляется гипоплазия костного мозга с замещением его жировой тканью.

Макроцитарная анемия

- **ОАК и мазок**

Низкий уровень гемоглобина сопровождается макроцитозом ($CrOЭp > 95$ фл). Сниженное количество ретикулоцитов в сочетании с тромбоцитопенией и лейкопенией является характерным для мегалобластической анемии. При исследовании мазков периферической крови обычно выявляются гиперсегментированные (полиморфно-ядерные лейкоциты с пятью и более ядерными сегментами).

- **Определение содержания витамина В₁₂ в сыворотке крови**

Дефицит витамина В₁₂ легко выявляется при исследовании содержания его в сыворотке крови. В случае неясной этиологии дефицита витамина В₁₂ с целью уточнения диагноза выполняют пробу Шиллинга (для диагностики пернициозной анемии). Выполнение этой пробы позволяет определить наличие этиологического фактора в желудке или терминальном отделе подвздошной кишки, или эта патология носит врожденный характер.

- **Антиэритроцитарные антитела и аутоиммунные антитела**

Причиной развития пернициозной анемии является отсутствие эндогенного фактора образования или блокирования антител.

- **Содержание фолата в эритроцитах и сыворотке крови**

Ценность этих тестов при дефиците фолатов является довольно низкой; однако при наличии у больного дефицита витамина В₁₂ диагностическая ценность определения содержания фолатов в эритроцитах значительно возрастает.

- **Аспирационная биопсия костного мозга**

При исследовании пунктата костного мозга у больных с дефицитом витамина В₁₂ или фолатов выявляются мегалобласты.

- **Дополнительные исследования**

В зависимости от клинической картины для дифференциальной диагностики отдельных заболеваний, при которых наблюдается макроцитоз или вторичная анемия, может потребоваться проведение дополнительных исследований.

▶ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериальная гипертензия — повышение артериального давления. Гипертензию определяют как повышение АД более 140/90 мм рт.ст. с колебаниями на 3 или более единиц по крайней мере в течение недели. Большая часть больных страдает эссенциальной гипертензией, основную причину заболевания выявляют лишь менее чем в 10% случаев.

ПРИЧИНЫ

Почечные

Заболевания паренхимы почек, например гломерулонефрит
 Стеноз почечной артерии
 Хронический пиелонефрит
 Поликистоз почек
 Заболевания соединительной ткани (особенно прогрессирующий системный склероз)
 Диабетическая нефропатия

Эндокринные

Надпочечниковая
 – синдром Кона
 – феохромоцитомы
 Синдром Кушинга
 Акромегалия

Медикаментозная

Эстрогенсодержащие оральные контрацептивы
 Глюкокортикоиды – кортикостероиды
 Минералокортикоиды – лакричник обыкновенный
 Ингибиторы моноаминоксидазы и тирамин
 Симпатомиметические – ингаляционный сальбутамол

Сердечно-сосудистые

Коарктация аорты

АНАМНЕЗ

У больных с неосложненной эссенциальной гипертензией заболевание протекает бессимптомно и обнаруживается во время диспансеризации или обращения к врачу с какой-либо другой патологией; однако больные с вторичной гипертензией нередко обращаются с жалобами, касающимися основного заболевания.

У больных с хроническим пиелонефритом часто отмечают рецидивы воспалительного процесса мочевыводящих путей с наличием болей в поясничной области, повышением температуры и ознобами или наличием в детстве воспалительных процессов мочеполовых путей или длительного энуреза. Гипертензия может наблюдаться у больных с поражением клубочкового аппарата почек; в частности,

повышение АД часто наблюдается при остром нефротическом синдроме, сопровождающемся появлением у больного усталости, недомогания, гематурии, олигурии и отеков.

Больные с синдромом Кона жалуются на мышечную слабость и усталость вследствие развивающейся у них гипокалиемии и полиурии и нарушения концентрационной способности почек. Классически, у больных с феохромоцитомой отмечаются характерные приступы резкого повышения АД, сопровождающиеся потливостью, сердцебиением и покраснением лица; в большинстве случаев у больных удерживается стойкая гипертензия.

Снижение массы тела, рост волос, появление угрей, атрофических полос на коже живота, мышечная слабость, боли в поясничной области и депрессия — далеко не полный перечень симптомов, наблюдаемых у больных с синдромом Кушинга. Больные с акромегалией жалуются на головные боли, галакторею, снижение тембра голоса, мышечную слабость и боли в суставах. Приходят в негодность головные уборы и кольца вследствие увеличения размеров черепа и кистей рук.

Подробное выяснение принимаемых больным препаратов позволит идентифицировать какой-либо из запрещенных препаратов, способствующих развитию гипертензии.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

При осмотре у больных с акромегалией отмечают толстая, сальная кожа, большие кисти рук, стопы и язык. При осмотре лица обращают на себя внимание выступающие надбровные дуги с большим носом, выступающая вперед нижняя челюсть и широкие промежутки между зубами. При исследовании полей зрения можно выявить битемпоральную гемианопсию, которая также характерна для больных с синдромом Кушинга, вследствие сдавления зрительного перекреста аденомой гипофиза. Дополнительными характерными признаками болезни Кушинга служат ожирение туловища, угри, лунообразное лицо, кровоподтеки, атрофические полосы на коже живота, кифоз и слабость проксимальных мышц.

Пальпация и аускультация

У больных с коарктацией аорты отмечается более позднее появление пульса при одновременной пальпации бедренной и лучевой артерий; при аускультации по ходу подмышечной артерии, на грудной стенке и в области лопатки иногда выслушиваются шумы прохождения крови по коллатеральным сосудам. Систолический шум нередко прослушивается в четвертом межреберье слева и сзади. При измерении АД отмечается большая разница между величиной давления на руках и ногах.

При пальпации живота иногда с обеих сторон удается пальпировать опухолевидные образования с наличием баллотирования,

являющиеся увеличенными поликистозными почками, а при аускультации иногда удается прослушать шум в проекции стенозированных почечных артерий.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Анализ мочи**

Экспресс-метод позволяет обнаружить наличие в моче эритроцитов и белка. Данные экспресс-метода о наличии эритроцитов и цилиндров в моче необходимо подтвердить микроскопическим исследованием осадка.

- **М и Эл**

У больных с синдромом Кона может отмечаться снижение уровня калия в крови вследствие гиперальдостеронизма. Высокий уровень креатинина и мочевины наблюдается у больных с почечной недостаточностью.

- **Глюкоза крови**

У больных с распространенным атеросклерозом, реноваскулярной гипертензией и нейропатией нередко развивается сопутствующий сахарный диабет. Все эти факторы способствуют развитию гипертензии. Более того, у больных с синдромом Кушинга, акромегалией и феохромоцитомой нередко отмечается сопутствующая гипергликемия.

- **Холестерин сыворотки**

Содержание холестерина в плазме крови определяют с целью выявления факторов риска у больных с атеросклерозом и проведения соответствующей терапии для профилактики ишемической болезни и поражения брахиоцефальных артерий.

- **ЭКГ**

Всем больным необходимо регистрировать ЭКГ в 12 отведениях с целью выявления гипертрофии левого желудочка, являющейся осложнением гипертензии.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Аутоантитела**

Анти-GBM и ANCA могут быть положительными у больных с гломерулонефритом.

- **Катехоламины плазмы**

Повышенные у больных с феохромоцитомой.

- **Катехоламины, метанефрины и ванилилминдальная кислота в моче**

Содержание их в моче повышается у больных с феохромоцитомой.

- **Содержание кортизола в суточной моче**

Избыточное содержание кортизола у больных с синдромом Кушинга.

- **Проба с подавляющим действием небольших доз дексаметазона**

Недостаточное подавление секреции кортизола наблюдается у больных с синдромом Кушинга.

- **Проба на толерантность к глюкозе**
Недостаточное подавление секреции гормона роста в сыворотке крови наблюдается у больных с акромегалией.
- **Ренин и альдостерон плазмы крови**
Повышение секреции альдостерона при наличии низкого содержания в плазме ренина подтверждает автономную секрецию альдостерона у больных с синдромом Конна.
- **УЗИ брюшной полости**
Поликистоз почек. Дуплексное доплеровское сканирование позволяет выявить стеноз почечных артерий.
- **Ангиография почек**
Стеноз почечной артерии.
- **Биопсия почки**
Почечные причины гипертензии.
- **МРТ**
Позволяет точно диагностировать стеноз почечных артерий, что позволяет избежать использования потенциально токсичного рентгеноконтрастного препарата.
- **Катетеризация сердца**
Коарктация аорты.

▶ АСЦИТЫ

Асцит представляет собой чрезмерное скопление серозной жидкости в брюшной полости.

ПРИЧИНЫ

Заболевания печени

Цирроз
Опухоли

Злокачественные заболевания

Карциноматоз
Опухоль брюшины/таза (первичная или вторичная)
Псевдомиксома брюшины
Первичная мезотелиома

Заболевания сердца

Сердечная недостаточность
Сдавливающий перикардит
Недостаточность трехстворчатого клапана

Заболевания почек

Нефротический синдром

Перитонит

Туберкулезный
Спонтанный бактериальный

Непроходимость вен

Синдром Бадда—Киари
Окклюзионные заболевания вен
Непроходимость воротной вены печени
Непроходимость нижней полой вены

Заболевания желудочно-кишечного тракта

Нарушение всасывания
Панкреатит
Желчный перитонит

АНАМНЕЗ

Симптомы

Больные с асцитом часто жалуются на неприятные ощущения в животе, увеличение его в окружности, увеличение массы тела и отечность суставов.

Развитие заболевания

Внезапное появление асцита наблюдается при быстро развившейся декомпенсации цирроза печени, при злокачественном обсеменении

принципы, тромбозе воротной или селезеночной вены и синдроме Билла Киари.

Перенесенные заболевания

Большое значение для установления правильного диагноза имеет наличие перенесенных ранее больным злокачественных заболеваний брюшной полости или малого таза; однако метастазирование злокачественных опухолей в органы брюшной полости также может быть причиной асцита, особенно при опухолях молочных желез, простаты, предстательной железы и гематологических злокачественных новообразованиях. Причиной цирроза печени могут быть алкоголизм, ранее перенесенный гепатит, болезнь Вильсона и гемохроматоз.

Отсутствующие симптомы

У больного отмечается одышка вследствие ограниченной подвижности диафрагмы, вызванной напряженным асцитом, или сердечной недостаточности, явившейся причиной возникновения асцита.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Классическим клиническим признаком асцита является смещение приглушения при перкуссии живота и наличие «баллотирования» жидкости. Поскольку в 90% случаев причиной асцита являются заболевания печени и карциноматоз, необходимо провести детальное клиническое обследование всех систем и органов больного. К двум другим причинам развития асцита относятся сердечная недостаточность и нефротический синдром.

Осмотр

У больного с поражением печени при осмотре отмечаются желтушность кожных покровов, паукообразные невусы, отсутствие волос на теле, гинекомастия, покраснение ладоней, «голова Медузы» (варикозно-расширенные вены вокруг пупка). У больных с сердечной недостаточностью обычно отмечается повышение центрального венозного давления, при регургитации в области трехстворчатого клапана прослеживается выраженная v-волна, парадоксальное увеличение растяжения вен (особенно заметное на шее) и повышение ЦВД во время вдоха (симптом Куссмауля); наблюдается у больных с выпотным перикардитом и тампонадой сердца.

Пальпация

Гепато- и спленомегалия, обнаруженные у больного пальпаторно, могут наблюдаться при портальной гипертензии, злокачественных новообразованиях печени и гематологических опухолях. Смещение верхушечного толчка сердца наблюдается при кардиомегалии в результате сердечной недостаточности. Отек в области стоп встречается при циррозе печени, сердечной недостаточности, нарушении

всасывания в желудочно-кишечном тракте, нарушении оттока лимфы при внутрибрюшных опухолях и опухолях малого таза и нефротическом синдроме.

Аускультация

При аускультации у больного с сердечной недостаточностью можно прослушать третий сердечный тон, систолический шум (функциональная регургитация на трикуспидальном и митральном клапанах), а в легких прослушиваются крепитирующие хрипы (отек легких). Сердечные тоны у больного с выпотным перикардитом приглушены. У больных с перикардитом иногда прослушиваются шум трения перикарда или шелканье.

Перкуссия

У больных с отеком легких и наличии выпота в плевральной полости при перкуссии выявляется притупление в нижних отделах легких (которое может быть вторичным наряду с асцитом).

Внутреннее исследование

При исследовании прямой кишки можно обнаружить изъязвление слизистой оболочки или новообразование, указывающее на наличие рака прямой кишки. Опухолевидное образование, обнаруживаемое у женщин при влагалишном исследовании, может явиться первым указанием на наличие опухоли малого таза.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Исследование мочи с помощью диагностических пластинок

При наличии резко положительной реакции на белок у больного с подозрением на нефротический синдром необходимо провести исследование суточной мочи на содержание белка; содержание белка в суточной моче свыше 3,5 г подтверждает диагноз нефротического синдрома.

• ОАК

Наличие лейкоцитоза в крови больного указывает на инфекционную этиологию заболевания, но исследование формулы белой крови является более специфичным.

• М и Эл

Повышенный уровень креатинина и мочевины может указывать на почечную этиологию заболевания; однако это может быть компонентом гепаторенального синдрома, при котором нарушение функции почек является вторичным и развивается вследствие печеночной недостаточности.

• ФПП

У больного с поражением печени возможны изменения функциональных печеночных проб. Снижение уровня альбумина в крови указывает на возможную гипоальбуминурию, но при этом необходимо выяснить основную причину снижения уровня альбумина.

- **РГК**

При рентгеноскопии грудной клетки можно обнаружить кардиомегалию, указывающую на наличие у больного сердечной недостаточности, перераспределение венозной крови в верхние отделы, наличие линий Керли (выявляемые при рентгенографии грудной клетки тонкие горизонтальные линии, располагающиеся выше реберно-диафрагмального угла на несколько сантиметров; полагают, что они обусловлены расширением междолевых лимфатических сосудов с отечной жидкостью), отек легких и наличие плеврального выпота. Обнаруживаемое иногда опухолевидное образование позволяет предположить наличие у больного рака легкого.

- **УЗИ брюшной полости**

Выполнение УЗИ брюшной полости не только подтвердит наличие асцита, но и позволит выявить любое новообразование органов брюшной полости, не выявленное при пальпации и клиническом обследовании больного. При этом исследовании у больного с циррозом печени удастся обнаружить наличие в ней жировых отложений. С помощью этого исследования удастся выявить расширенную сеть венозных коллатералей, наблюдающуюся при состояниях, вызывающих нарушение оттока венозной крови от печени, включая цирроз печени и синдром Бадда—Киари.

- **Парацентез брюшной полости (абдоминальный парацентез)**

Аспирация асцитической жидкости является очень полезной манипуляцией, поскольку при необходимости позволяет установить причину его возникновения. Полученную жидкость следует отправить в лабораторию для микробиологического, биохимического и цитологического исследования.

Асцитическая жидкость

Внешний вид

Хилезная. Хилезный асцит, имеющий характерный молочно-белый вид, развивается в результате непроходимости лимфатических протоков.

Асцитическая жидкость, окрашенная желчью, указывает на наличие у больного желчного перитонита.

Геморрагическая. Причиной развития этого асцита являются злокачественные новообразования, травма и туберкулез.

Соломенного цвета. Этот обычный для асцита вид развивается от многих других причин.

Биохимический состав

Белок. Содержание белка в асцитической жидкости часто служит отличительным признаком транссудата от экссудата; однако этот показатель не всегда является надежным. Транссудатом следует считать и асцитическую жидкость с содержанием в ней белка менее 25 г/л, что на 11 г/л ниже, чем содержание белка в плазме крови, в то время как для экссудата характерны противоположные показатели.

Амилаза. Уровень амилазы обычно повышен в асцитической жидкости при поражении поджелудочной железы.

Глюкоза. Концентрация ее в асцитической жидкости при бактериальной инфекции обычно низкая.

Триглицериды. Повышенное содержание триглицеридов при хилезном асците является показателем возможной непроходимости грудного лимфатического протока.

Билирубин. Уровень билирубина при асцитах, обусловленных желчным перитонитом, будет повышенным.

Данные микробиологического исследования

При окрашивании высеянной флоры по Граму и Цилю—Нильсену у больных с асцитом бактериальной этиологии можно получить положительный результат.

Данные цитологического исследования

Нейтрофилия, выявляемая при микроскопии осадка асцитической жидкости, указывает на наличие у больного бактериального перитонита, тогда как в случае туберкулезного перитонита отмечается лимфоцитоз. Цитологическое исследование позволяет идентифицировать клетки злокачественной опухоли и определить источник их происхождения.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Эхокардиография

Эхокардиография позволяет распознать большую часть сердечной патологии, которая может быть причиной развития асцита. У больного с сердечной недостаточностью отмечается плохая сократимость левого желудочка с существенным снижением фракции изгнания. В случае выпотного перикардита обнаруживается свободное от эхосигнала пространство между левым желудочком и перикардом. Допплерэхокардиография позволяет подтвердить диагноз и при цветном изображении потока крови определить степень трикуспидальной регургитации.

• Биопсия печени

Биопсия печени дает возможность подтвердить диагноз цирроза печени и установить основную причину его развития.

• Биопсия почек

Биопсия почек позволяет установить причину развития нефротического синдрома.

• Венография воротной вены

Венографию портальной вены выполняют при подозрении на нарушение венозного оттока из печени, а также с целью подтверждения диагноза синдрома Бадда—Киари и окклюзионных заболеваний венозной системы.

▶ АТРОФИЯ МЫШЦ

Атрофия мышц может быть проявлением кахексии организма и развивается при поражениях нижнего двигательного нейрона. При поражении верхнего двигательного нейрона также может наблюдаться определенная степень атрофии мышц в результате бездействия.

ПРИЧИНЫ

Локальные

- Повреждения периферических нервов
 - сдавление периферического нерва
 - пересечение периферического нерва
 - моторная нейропатия
- Поражение клеток переднего рога
 - после полиомиелита
- Атрофия в результате бездействия

Общие

- Недостаточное питание
- Системные заболевания
 - злокачественные
 - сердечная кахексия
 - тиреотоксикоз
 - болезнь Кушинга
- Поражения мышцы и двигательной концевой пластинки
 - болезнь двигательного нейрона
 - тяжелая миастения
 - мышечные дистрофии
 - myasthenia gravis
 - полимиозит
- Лекарственные средства и токсины
 - алкоголь
 - статины
 - стероиды

АНАМНЕЗ

Развитие

Атрофия мышц, наблюдаемая у детей, в большинстве случаев обусловлена врожденными заболеваниями, такими, как наследственные мышечные дистрофии (например, мышечная дистрофия Дюшенна). У больного необходимо выяснить наличие сходного заболевания у ближайших родственников. Первые признаки заболевания при многонической дистрофии появляются в возрасте 15–30 лет, тогда как при болезни двигательного нейрона картина поражения развивается в возрасте после 40 лет.

Локализация

Распределение мышечных групп, подверженных атрофии, позволяет определить характер заболевания. Атрофия может ограничиваться мышцей, иннервируемой одним двигательным нервом, такой, как возвышение большого пальца при поражении срединного нерва в результате запястного синдрома. Нередко наблюдается атрофия группы мышц, например атрофия мышц нижней конечности при полиомиелите. И последнее, атрофия может носить генерализованный характер, как это наблюдается при болезни двигательного нейрона.

Способствующие факторы

Таким фактором может быть травма, сопровождающаяся пересечением периферического нерва, например локтевого, обычно в области запястья.

Анамнез заболевания

У больного со злокачественным заболеванием или тяжелым хроническим поражением сердечно-сосудистой и дыхательной систем может развиваться атрофия мышц в результате кахексии. Большое значение имеет ранее перенесенная инфекция при полиомиелите, поскольку лишь у небольшого процента пораженных наступает дегенерация клеток передних рогов спинного мозга с последующим развитием паралича и атрофией мышц. Атрофия мышц в результате бездействия может быть локальной или генерализованной. Состояния, приводящие к вынужденной иммобилизации больного, такие, как перелом длинных трубчатых костей, могут сопровождаться атрофией окружающих мышц; это часто наблюдается при снятии гипсовых повязок. Локальная атрофия мышц в результате бездействия может наблюдаться при болях в суставе, например атрофия четырехглавой мышцы бедра при поражении коленного сустава, сопровождающемся болевым синдромом. Длительный постельный режим больного может сопровождаться развитием атрофии всех мышц тела. Мышечная атрофия может наблюдаться у больных с сахарным диабетом и почечной недостаточностью, которые сопровождаются нейропатией.

Сопутствующие симптомы

У больных с мышечной атрофией в большинстве случаев отмечается слабость пораженных мышц. Больной с тяжелой миастенией жалуется на диплопию, птоз и быструю утомляемость. Пациенты с болезнью двигательного нейрона поступают в клинику с прогрессирующей слабостью, атрофией мышц верхней или нижней конечности, дизартрией и дисфазией. При болезни Кушинга отмечаются увеличение массы тела, появление угрей, атрофических полос на коже живота, мышечная слабость, боли в спине и психические нарушения.

ИССЛЕДОВАНИЕ

При осмотре больного определите участки атрофированных групп мышц. Общее ожирение, сопровождающееся атрофией конечностей, характерно при болезни Кушинга. При равномерной атрофии тела следует провести тщательное обследование больного на выявление злокачественного образования или органной недостаточности (сердечная недостаточность в стадии декомпенсации). Болезненность мышц наблюдается у больных с полимиозитом. Мышечная слабость у больного облысения, птоза, атрофии височных и лицевых мышц — характерные признаки *myasthenia gravis*. При осмотре глаз можно выявить катаракту. Птоз может быть также признаком тяжелого миастении. При этом у больного отмечаются диплопия, слабость лицевых мышц (без атрофии) и тонкий носовой голос. Атрофия лица, сопровождающаяся фасцикуляциями (непроизвольными подергиваниями или сокращениями групп мышечных волокон), наблюдается у больного с болезнью двигательного нейрона. При этом не выявляется никаких нарушений чувствительности, могут быть признаки поражения верхнего и нижнего двигательных нейронов.

У больного с подозрением на поражение верхнего или нижнего двигательных нейронов определите тонус мышц, наличие рефлексов и характер мышечной слабости. Замедленное расслабление мышц после сокращения наблюдается при миотонической дистрофии, а слабость проксимальной группы мышц — у пациента с болезнью Кушинга. В случае атрофии отдельной мышцы или группы мышц исследование каждой мышцы позволит дифференцировать поражение одного периферического нерва или нервного корешка.

При атрофии мышц вокруг того или иного сустава необходимо провести исследование сустава, определить наличие деформации или болезненность, приводящую к ограничению движений в этом суставе. Измерение окружности конечности позволит объективно оценить асимметричную атрофию мышц конечности.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ОАК
Анемия при нарушениях питания и хронических заболеваниях.
- СОЭ
↑ злокачественное новообразование, полимиозит.
- М и Эл
↑ мочевины и ↑ креатинина при почечной недостаточности.
- Глюкоза крови
↑ при сахарном диабете.
- ФПП
↓ альбумин при неполноценном питании.
- Креатининфосфокиназа
↑ при миопатиях.

- **ФПЩЖ**
↓ ТСГ ↑ T₄ при тиреотоксикозе.
- **ЭМГ**
Денервация мышц, миопатия, миотоническая дистрофия, поражение двигательного нейрона.
- **Исследование нервной проводимости**
Радикулопатия, периферическая нейропатия, сдавление периферического нерва.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Проба с напряжением**
Введение эдрофония (ингибитор ацетилхолинэстеразы) снимает проявления тяжелой миастении.
- **Биопсия мышцы**
С целью диагностики мышечной атрофии.

▶ БАРАБАННЫЕ ПАЛОЧКИ

Барабанные палочки — увеличение кончиков пальцев рук и ног в результате пролиферации соединительной ткани.

ПРИЧИНЫ

Легочные

Бронхогенный рак легкого
 Хронические нагноительные заболевания легких
 — бронхоэктазы
 — абсцесс легкого
 — эмпиема плевры
 — кистозный фиброз
 Фиброзный альвеолит

Сердечно-сосудистые

Инфекционный эндокардит
 Врожденные пороки сердца синего типа

Желудочно-кишечные

Циррозы
 Язвенный колит
 Болезнь Крона
 Болезнь глютеновой недостаточности (энтеропатия)

Прочие

Наследственные
 Болезнь Грейвса (гипертиреоз)

Признаком барабанных палочек является исчезновение нормально-го угла между основанием пальца и пальцевой складкой. У больного с барабанными палочками при сопоставлении вместе ногтей каждой руки между ними наблюдается исчезновение щели. Этот признак получил название симптома Шамрота. К другим признакам заболевания относятся увеличение кривизны ногтевых лож (во всех направлениях), губчатость или повышенная подвижность и увеличение кончика пальца, имеющее сходство с барабанной палочкой.

АНАМНЕЗ

Для определения причины возникновения барабанных палочек требуется тщательное изучение анамнеза. С целью выяснения истинной причины развития этой патологии следует провести тщательное исследование дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем больного. Детальное обсуждение вопросов диагностики врожденных пороков синего типа (тетрада Фалло, транспозиция крупных сосудов, полное аномальное впадение легочных вен) — см. в соответствующих руководствах.

Продолжительность

Продолжительность сохранения у больного барабанных палочек зависит от характера основного заболевания. Появление барабанных палочек у больного с самого раннего детства указывает на наследственный характер патологии или наличие у ребенка порока сердца синего типа. Кроме того, развитие барабанных палочек может быть проявлением таких наследственных заболеваний, как болезнь глютеновой недостаточности (энтеропатия) или кистозный фиброз.

Клинические проявления со стороны органов дыхания

Жалобы больного, злостного курильщика, на кашель, кровохарканье, одышку и потерю массы тела должны насторожить клинициста в отношении наличия у такого больного рака легкого. Врачу необходимо также выяснить наличие у больного клинических признаков метастазирования (боли в костях, желтуха) и нарушений, связанных со злокачественным новообразованием (нейропатия, жажда или полиурия в результате гиперкальциемии). Развитие барабанных палочек у больного раком легкого может быть одним из проявлений генерализованного поражения суставов при гипертрофической легочной остеоартропатии.

Кашель с обильным отхождением гнойной мокроты — обычно основная жалоба больных с бронхоэктазами. Клиническая картина и жалобы больных с абсцессом или эмпиемой легкого менее выражены; больные часто отмечают наличие в анамнезе перенесенной пневмонии или аспирации (на фоне неврологических расстройств, дисфагии или алкоголизма). Могут отмечаться стойкая субфебрильная температура, недомогание, потеря массы тела и кашель с мокротой.

Симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта

Наиболее частыми жалобами больных с воспалительными заболеваниями кишечника и поражением чревного ствола являются недомогание, поносы, боли в животе и потеря массы тела. Афтозные изъязвления, свищи, перианальный сепсис — характерные признаки болезни Крона. Поражение прямой кишки, сопровождающееся тенезмами, выделением слизи и крови, более характерно для язвенного колита; однако провести дифференциальный диагноз только на основании клинической картины и жалоб больного довольно трудно. Клиническая симптоматика при болезни глютеновой недостаточности многообразна и неспецифична, с наличием у больного поносов без примеси крови и стеатореи.

Тяжелый алкоголизм или ранее перенесенный гепатит В способствуют развитию цирроза печени. Больные нередко жалуются на наличие желтухи, увеличение живота в результате асцита (см. с. 213), кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, из варикозно-расширенных вен пищевода или возникновение кровоподтеков вследствие нарушенной свертываемости (см. с. 297).

У больных с далеко зашедшим процессом может наблюдаться энцефалопатия или даже кома (см. с. 269).

Наследственность

Наличие в анамнезе барабанных палочек или кистозного фиброза у ближайших родственников указывает на наследственную природу заболевания. Приблизительно у 15% больных с болезнью глютеновой недостаточности подобное заболевание отмечается у ближайших родственников.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

Психудание больного может быть обусловлено наличием у него злокачественного новообразования, хронического легочного или желудочно-кишечного заболевания. При осмотре больного следует обратить внимание на цвет слизистых оболочек, наличие центрального цианоза, являющегося признаком врожденного порока сердца синего типа. У больных с указанными выше тяжелыми заболеваниями легких также может отмечаться заметный цианоз. Выявленные при осмотре афтозные изъязвления наблюдаются при болезни Крона и глютеновой недостаточности. Увеличение шитовидной железы, экзофтальм, офтальмоплегия и тремор рук в покое — характерные признаки болезни Грейвса (токсического зоба, характеризующегося диффузной гиперплазией шитовидной железы).

У больных с инфекционным эндокардитом наряду с барабанными палочками могут наблюдаться небольшие кровотечения, узелки Ослера (возвышающиеся над кожей болезненные узелки на подушечках пальцев) и симптом Джейнуэя (небольшие безболезненные плоские пятна на ладонях и стопах).

Температура

Повышение температуры тела — характерный признак у больных с барабанными палочками, развившимися вследствие тяжелого воспалительного процесса в легких, инфекционного эндокардита, активного воспалительного поражения кишечника.

Исследование органов грудной клетки

При аускультации области сердца у больных с инфекционным эндокардитом можно обнаружить появление нового или изменение характера ранее прослушивавшегося шума. Грубые крепитирующие хрипы, выслушиваемые над всей поверхностью легких, возникают в результате скопления секрета в бронхоэктазах. Слабые крепитирующие хрипы, выслушиваемые в конце выдоха, указывают на наличие фиброзного альвеолита. Грубые крепитирующие хрипы на ограниченном участке и притупление в этой зоне при перкуссии можно выявить у больного с абсцессом легкого. Клинические признаки,

характерные для выпотного плеврита (ограниченная экскурсия легкого на пораженной стороне, притупление при перкуссии и отсутствие дыхательных шумов), могут быть обусловлены злокачественным новообразованием. Однако повышенная температура тела у больного с подобными клиническими признаками позволяет предположить наличие эмпиемы плевры.

Исследование живота

При исследовании живота можно выявить признаки хронического поражения печени (см. с. 113); при этом можно отметить несколько признаков, характерных для воспалительного поражения кишечника. При подозрении на подобную патологию необходимо провести ректороманоскопию. Иногда у пациента с болезнью Крона отмечается болезненность в правой подвздошной области или наличие опухолевидного образования. Выявленная у больного спленомегалия указывает на портальную гипертензию, обусловленную поражением печени или увеличением ее у больных с бактериальным эндокардитом.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК

Нв ↓ рак, поражение кишечника воспалительного характера, бактериальный эндокардит. Л ↑ абсцесс легкого, эмпиема плевры, поражение кишечника воспалительного характера.

• СОЭ

↑ рак, поражение кишечника воспалительного характера, инфекционный эндокардит.

• ФПП

Для распознавания поражений печени, например цирроза.

• РГК

У больного с клиническими проявлениями поражения органов дыхания следует выполнить РГК. Рак легкого определяется в виде затемнения в корне или на периферии легкого, полостного опухолевидного образования, ателектаза сегмента легкого вследствие закупорки просвета бронха опухолью, выпотного плеврита, подъема одного из куполов диафрагмы вследствие вовлечения в процесс диафрагмального нерва или деструкции близлежащего ребра при прорастании в него опухоли. Абсцесс легкого при рентгеноскопии грудной клетки определяется в виде тени округлой формы с просветлением в центре или с уровнем жидкости. У больных с бронхоэктатической болезнью определяются расширенный рисунок бронхов и множественные участки уплотнения легочной ткани. При фиброзном альвеолите отмечается затемнение базальных отделов легких в виде вуали, напоминающее по внешнему виду соты.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Известно о различных причинах возникновения барабанных палочек по-этому следует отметить, что при проведении дальнейших исследований следует руководствоваться данными анамнеза и клинического исследования.

- **Анализ мочи**

Следы крови при микроэмболии у больных с бактериальным эндокардитом.

- **Посев крови**

Бактериальный эндокардит.

- **Эхокардиография**

Эхокардиография – довольно информативный метод диагностики бактериального эндокардита, особенно при наличии больших вегетаций (разрастание ткани на клапанном аппарате или тромботических наложений на эндокарде, например при бородавчато-язвенном эндокардите).

- **Сигмоидоскопия**

Позволяет диагностировать воспалительные заболевания кишечника с характерными признаками в виде гиперемии слизистой оболочки, наличия в ней участков кровоизлияний, кровоточивости при небольшом прикосновении и изъязвлений.

- **Биопсия слизистой оболочки прямой и толстой кишки**

Позволяет подтвердить диагноз язвенного колита и болезни Крона.

- **Колоноскопия**

Воспалительные заболевания кишечника.

- **Бариевая клизма**

Воспалительные заболевания кишечника.

- **Бариевая клизма тонкого кишечника**

С целью диагностики болезни Крона.

- **Ангиретикулиновые и эндомизальные антитела**

Для диагностики глютеневой недостаточности (энтеропатии).

- **Биопсия тощей кишки**

С целью подтверждения диагноза энтеропатии, при которой выявляется субтотальная атрофия ворсинчатого эпителия слизистой оболочки кишки в результате недостаточности в рационе глютена.

- **КТ органов грудной клетки**

Выполняют с целью определения стадии рака легкого, для уточнения диагноза бронхоэктатической болезни. КТ – информативный метод диагностики фиброзного альвеолита.

▶ БОЛИ В ШЕЕ

Боли в шее — довольно частая жалоба больных. Причиной их развития в большинстве случаев является неудобное положение или спондилез шейного отдела позвоночника. У больного с травмой в анамнезе крайне осторожно следует проводить исследования, связанные с какими-либо физическими нагрузками, а любое рентгенологическое исследование нужно осуществлять под строгим контролем врача.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Кривошея
Синдром Клиппеля—Фейля

Приобретенные

Травматические	Переломы Вывихи Травма от резкого движения конечности (как от удара хлыстом)
Воспалительные	Травма Ревматоидный артрит
Инфекционные	Туберкулез
Дегенеративные	Спондилез шейного отдела позвоночника Поражение межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника
Неопластические	Метастазы
Прочие	Постуральные (зависящие от положения) Пребывание на холоде Менингит Субарахноидальное кровоизлияние

АНАМНЕЗ

Врожденные

Кривошея может иметь врожденный характер и определяется уже при рождении младенца вследствие грудино-сосцевидной «опухоли». Эта редкая патология наблюдается обычно при родах в тазовом предлежании. Синдром Клиппеля—Фейля встречается редко и характеризуется наличием аномалий шейного отдела позвоночника в виде короткой шеи, обширным слиянием шейных позвонков и высоко поднятой лопаткой.

Приобретенные

Травматические

Больной отмечает перенесенную ранее травму. При его расспросе

травмы, например боли или слабости в руке, нарушения мочеиспускания. Травмы в результате резкого движения конечности встречаются довольно часто. Они, как правило, происходят при автокатастрофах с ударом машиной сзади. В этом случае в результате внезапно-го ускорения происходит резкое переразгибание головы и сгибание туловища вперед при внезапном торможении.

Неоспалительные

У больных с ревматоидным артритом часто наблюдается поражение шейного отдела позвоночника, особенно в атлантоосевом сочленении, в котором возможно развитие подвывиха. При этом обычно отмечается поражение и других суставов. Имеются жалобы на боли в шее, затруднения при ходьбе и прогрессирующее нарушение функции мочевого пузыря.

Инфекционные

Туберкулез шейного отдела позвоночника встречается редко. В этом случае можно выявить симптомы туберкулезного поражения других органов.

Дегенеративные

Спондилез шейного отдела позвоночника — наиболее частая причина поражений и неприятных ощущений в шее. Отмечаются жалобы на боли в шее, иррадиирующие в затылок, плечо, верхние конечности и ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника. Больной может указывать на ослабление сжимающей функции кисти и атрофию мышц. При повреждении межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника возможны жалобы на острую боль в шее, иррадиирующую в руку, и появление слабости в верхней конечности. Выпячивание центрального диска может привести к нарушению функции мочевого пузыря и даже развитию параличей.

Неопластические

Первичные опухоли шейных позвонков встречаются крайне редко. У больных, страдающих раком молочной железы, легкого, предстательной железы и почек, могут развиваться метастазы в шейные позвонки. При опросе больной может указать на перенесенную ранее операцию на одном из этих органов. При отсутствии таких данных выясните у больного возможность травмы в прошлом. Больной нередко обращается к врачу с жалобами на боль в шее; при этом у него выявляется сплющивание тела позвонка, иногда с неврологическими нарушениями.

Прочие

Постуральные боли в шее встречаются часто и обусловлены изменением положения шеи. При этом больной может указать на то, что он

нередко засыпает в неудобном положении. Боль обычно появляется в шее и плечах. Пациент может отмечать повышенную чувствительность к холоду. Ригидность шеи в сочетании с болью наблюдается у больных с менингитом, а также при субарахноидальном кровоизлиянии. Диагноз этих состояний устанавливают на основании анализа данных анамнеза. Головная боль, иррадиирующая в шею, вызывает развитие ригидности ее мышц.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Врожденные

Кривошея — голова больного наклонена в пораженную сторону и часто ротирована в противоположную. У больного с синдромом Клиппеля—Фейля выявляются короткая шея и высоко расположенная лопатка.

Приобретенные

Травматические

Пострадавшему с травмой шеи проводите такие же лечебные мероприятия, как при повреждении спинного мозга, включая иммобилизацию шейного отдела позвоночника. Проведите полное неврологическое обследование. Любое рентгенологическое исследование следует выполнять под пристальным наблюдением опытного травматолога. У больных с травмами в результате резкого движения конечности (как удар хлыста) обычно отмечается повреждение только связочного аппарата и мягких тканей. Проверьте наличие боли и парестезии в руках.

Воспалительные

У больного с ревматоидным артритом отмечается поражение других суставов, например, деформация кистей рук, девиация в локтевую сторону. Проведите полное неврологическое обследование.

Инфекционные

Больной с туберкулезом жалуется на общее недомогание и спазм мышц шеи. У него могут наблюдаться признаки паравертебрального абсцесса. Проведите полное неврологическое обследование.

Дегенеративные

У больных с дегенеративными поражениями шейного отдела позвоночника часто отмечается ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника. Выполните полное неврологическое обследование. Нередко отмечается слабость мышц кисти (сжимание), атрофия мышц и снижение рефлексов. Острое поражение межпозвоночного диска сопровождается болью и спазмом мышц шеи. При этом могут наблюдаться слабость в руке и снижение сухожильных рефлексов. Такому больному проведите полное неврологическое обследование.

Неопластические

Проведите полное обследование больного с целью выявления первичного очага злокачественной опухоли (например, молочные железы, легкие, предстательная и щитовидная железы, почки). Выполните полное неврологическое обследование.

Прочие

У больных с болями в шее постурального характера и в результате охлаждения обычно не обнаруживается каких-либо объективных данных. При исследовании может определяться небольшая локальная болезненность при пальпации мышц. У больного с менингитом отмечаются общее недомогание, фотофобия, головная боль, ригидность мышц шеи и положительный симптом Кернига. Диагноз субарахноидального кровоизлияния устанавливается на основании жалоб больного и данных анамнеза.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **ОАК, СОЭ**

Н_б ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ ревматоидный артрит, туберкулез, злокачественное новообразование.

• **Ревматоидный фактор**

Ревматоидный артрит.

• **РГК**

Переломы (режим суперэкспозиции), спондилез шейного отдела позвоночника – сужение суставных щелей, остеопатия. Ревматоидный артрит – подвывих в атлanto-аксиальном сочленении. Метастазы в кости. Врожденные аномалии.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **КТ**

Поражение межпозвоночного диска. Туберкулез. Субарахноидальное кровоизлияние.

• **МРТ**

Повреждение межпозвоночного диска – сдавление спинного мозга.

• **Сканирование костей**

Метастазы. Острый артрит.

• **Люмбальная пункция**

Менингит, субарахноидальное кровоизлияние.

▶ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЛИЦА

Большинство больных понимает различие между болью в полости черепа, которая называется головной болью, и болью в лицевой части головы, которая рассматривается в этом разделе как лицевая боль.

ПРИЧИНЫ

Местные

Околоносовые пазухи	Синусит Рак
Ухо	Средний отит Наружный отит
Сосцевидный отросток	Мастоидит
Зубы	Дентальный абсцесс
Кожа	Опоясывающий лишай
Околоушная железа	Эпидемический паротит Паротит Опухоль

Общие

Невралгия тройничного нерва
Височный артериит
Опухоль
— рак носоглотки

АНАМНЕЗ

Боли в области лица возникают, как правило, в результате поражения местных анатомических образований. Поэтому при проведении дифференциального диагноза следует рассматривать состояния, оказывающие влияние на эти образования.

Локализация

Локализация боли — наиболее информативный показатель при выяснении ее причины. Несмотря на то что локальная болезненность при пальпации может указывать на пораженный участок, не забывайте о боли, иррадиирующей из близлежащих анатомических образований. Боль в области уха может быть иррадиирующей при поражении кожи, зубов, миндалин, глотки, гортани или шеи. Болезненность при пальпации в области верхней челюсти может наблюдаться при синусите, дентальном абсцессе или раке.

Характер боли

Больные с невралгией тройничного нерва часто жалуются на при-

нерва или в зонах его основного деления. Боли, наблюдающиеся при воспалительных процессах различных образований лица, таких, как зубная, сосцевидный отросток и ухо, часто носят тупой характер.

Факторы, способствующие возникновению боли

Боли, возникающие при приеме пищи или жевании, могут наблюдаться у больных с дентальным абсцессом, заболеванием слюнной железы, поражением слюнного протока, нарушением функции височно нижнечелюстного сустава или возникают периодически при височном артериите. Боль, связанная с поражением большинства анатомических образований лица, усиливается при пальпации; однако при невралгии тройничного нерва даже легкое поглаживание кожи лица рукой вызывает интенсивную боль.

Отсутствующие симптомы

Слеяотечение может наблюдаться при закупорке слезного протока носоглоточной опухолью. Жалобы больного на выделения из уха и потерю слуха подсказывают клиницисту на наличие у больного воспалительного процесса в ухе или сосцевидном отростке. Заложенность и выделения из носа наблюдаются у больных гайморитом и раком верхнечелюстной пазухи. При этом может отмечаться кровотечение из одной половины носа. Отек щеки возможен при дентальном абсцессе и раке верхней челюсти. Слабость проксимальных мышц и боли обычно наблюдаются у больных с височным артериитом и ревматической полимиалгией. Наличие парестезии в зоне иннервации тройничного нерва часто предшествует появлению пузырьковоидной сыпи при опоясывающем лишае.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

При всестороннем осмотре всей поверхности лица, слюнных желез, ушей, носа и горла можно получить обширную информацию. Для этого требуется специальное оборудование, в том числе отоскоп и посовое зеркало. Гиперемия и высыпания пузырьков в зоне иннервации тройничного нерва на одной стороне лица больного может иметь большое сходство с опоясывающим лишаем, но эти признаки могут отсутствовать в ранней стадии заболевания. Гиперемия и отек на отдельных участках лица также могут указывать на воспалительный процесс в околоносовых пазухах, ушах, сосцевидном отростке и околоушной железе. Отек тканей позади ушной раковины и смещение ее вниз встречается при мастоидите. Отек и гиперемия в области верхней челюсти могут наблюдаться у больных с дентальным абсцессом или раком верхней челюсти. У больного со средним отитом при отоскопии можно обнаружить гиперемию или перфорацию барабанной перепонки. Рак носоглотки можно выявить при прямом осмотре полости носа и глотки. Признаки паралича лицевого нерва возможны при инфильтрации лицевого нерва опухолью околоушной железы.

Пальпация

Легкое поглаживание по коже лица больного с невралгией тройничного нерва вызывает сильные боли. Болезненность, возникающая при надавливании на лобную кость или верхнюю челюсть, указывает на наличие у больного воспаления лобных (фронтит) или верхнечелюстных (гайморит) пазух соответственно. При дентальных абсцессах боль локализуется над верхней или нижней челюстью. Болезненность при надавливании на сосцевидный отросток отмечается у больных с мастоидитом или средним отитом, а болезненность при пальпации области околоушной железы — при паротите, в том числе эпидемическом. Болезненность по ходу поверхностной височной артерии позволяет заподозрить височный артериит. Болезненность при движении ушной раковины наблюдается при наружном отите.

При пальпации шеи можно обнаружить увеличение поверхностных лимфатических узлов соответственно распределению лимфатического дренажа из анатомических образований, вовлеченных в воспалительный или неопластический процесс.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК

Н \downarrow злокачественное новообразование. Л \uparrow воспалительный процесс.

• СОЭ

\uparrow злокачественное новообразование и височный артериит.

• Рентгенография

При рентгенографии околоносовых пазух отмечается утолщение слизистой оболочки с наличием уровня жидкости в синусах. Иногда при синусите и мастоидите на рентгенограммах сосцевидного отростка наблюдается полное отсутствие прозрачности. При раке околоносовых пазух на рентгенограммах нередко наблюдаются их полное затемнение и деструкция прилежащей кости. С помощью КТ определяют протяженность процесса.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• КТ

Рак околоносовых пазух, рак носоглотки, заболевания околоушной железы. Позволяет установить размер и степень распространения опухолевого процесса.

• МРТ

Опухоли — размер и степень распространения.

• Сиалография

Заболевания околоушных желез, например, наличие камней в протоках, расширение протока слюнных желез.

• АБТИ

Опухоли околоушной железы.

▶ БОЛЬ И ОТЕК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Боль и/или отек нижней челюсти чаще всего наблюдаются при заболеваниях зубов. Боли в верхней челюсти часто возникают при воспалительных процессах в околоносовых пазухах. Эти состояния рассматриваются в разделе Отеки лица (см. с. 377)

ПРИЧИНЫ

Травматические

Инфекционные

Абсцесс зуба
Острый остеомиелит
Актиномикоз

Нижнечелюстной сустав

Боль в суставе при дисфункциональном синдроме
Ревматоидный артрит
Остеоартрит
Вывих

Киста

Кисты зубов
Одонтогенные кисты

Новообразования

Доброкачественные Гигантоклеточная гранулема

Прорастающие Амелобластома

Злокачественные Остеогенная саркома
Лимфома Беркитта
Метастазы

Прочие

Постгерпетическая невралгия
Иррадирующая боль (например при ишемии миокарда)

АНАМНЕЗ

Травматические

Из анамнеза можно выяснить наличие у больного травмы, например борьба, автомобильная катастрофа. При этом довольно часто встречаются переломы нижней челюсти.

Инфекционные

Больной с дентальным абсцессом жалуется на тупую боль в нижней челюсти, которая постепенно усиливается и принимает пульсирующий характер. Больной отмечает недомогание, снижение аппетита. Он нередко указывает на наличие у него кариеса зубов. Острый

остеомиелит нижней челюсти встречается редко. Остеомиелит иногда развивается после инфицирования или удаления зуба. В анамнезе у больного могут отмечаться переломы, лучевая терапия, лейкоз, сахарный диабет, некачественное питание, алкоголизм или снижение иммунитета. При этом больной жалуется на сильную, пульсирующую боль где-то глубоко в челюсти, затруднения при открывании рта и глотании вследствие отека мышц. Актиномикоз сопровождается отеком нижней челюсти и клинической картиной вялотекущего воспалительного процесса.

Височно-нижнечелюстной сустав

Дисфункционально-болевого синдром височно-нижнечелюстного сустава развивается у больных после шлифования и фиксации зубов. У больного уже может отмечаться наличие заболевания, связанного со стрессом. Он жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава или ухе, иногда сопровождающиеся шелкающим звуком и усиливающиеся при широком открывании рта, как при зевании, так и жевании. Ревматоидный артрит височно-нижнечелюстного сустава встречается редко. Кроме того, у больного наблюдаются другие симптомы ревматоидного артрита. При остеоартрите больные обычно жалуются на боли, отечность и ограничение движений в суставе. Вывих височно-нижнечелюстного сустава может быть рецидивирующим, привычным или случайным. При вывихе происходит смещение мыщелка в височной ямке вперед и вверх. Больной после открывания рта во время зевания, при удалении зуба или во время общей анестезии не может его закрыть и остается с открытым ртом. Вывих может быть одно- или двусторонним. Больной обращается к врачу с открытым ртом, который невозможно закрыть, и болью в челюсти вследствие мышечного спазма.

Киста

Кисты часто обнаруживают при рентгенографии нижней челюсти в виде бессимптомных просвечивающихся образований. Иначе говоря, они выявляются в виде безболезненных, опухолевидных образований, которые могут достигать больших размеров. При инфицировании кисты пациент обращается с жалобами на боли, отек челюсти и наличие выделений. Иногда в области расположения кисты возникают патологические переломы нижней челюсти. Околозубная киста располагается в корне нормально прорезавшегося, но поверженного кариесу зуба; отмечается медленное развитие отека челюсти. Одонтогенные (связанные с зубами) кисты содержат непро-

Новообразования

Больной обращается к врачу с жалобами на отек нижней челюсти, который постепенно увеличивается и часто является безболезненным. Биопсия клеточная гранулома может раздражать кость, прорастать

и мягкие ткани, вызывая багрово-синюшный отек десны. Амелобластома обычно возникает в возрасте 30—50 лет и остается бессимптомной до появления выраженного отека. Остеогенная саркома нижней челюсти встречается крайне редко. Безболезненная вначале, она по мере роста становится болезненной. Зубы могут становиться подвижными. При вовлечении в процесс подбородочного нерва больной может жаловаться на появление парестезии. При метастазировании в легкие возможно появление кашля. Опухоль (лимфома) Беркитта характеризуется наличием в ней вируса Эпштейна—Барр. Это злокачественная опухоль, образующаяся из В-лимфоцитов. Она носит эндемический характер и встречается главным образом в определенных районах Африки и Новой Гвинеи, развивается преимущественно у детей в возрасте младше 12 лет. Дети поступают с жалобами на наличие быстро растущей, безболезненной опухоли нижней челюсти. Метастазирование в нижнюю челюсть встречается сравнительно редко, чаще образуются метастазы в легких, молочных железах, щитовидной и предстательной железах или почках.

Прочие

У больных с постгерпетической невралгией в анамнезе обычно имеются указания на недавно перенесенный опоясывающий лишай. Боли локализируются в зоне иннервации тройничного нерва, но нередко они не ограничиваются областью нижней челюсти, распространяются на большую поверхность лица. Иррадиирующие боли в нижнюю челюсть часто наблюдаются при стенокардии. Обычно при этом имеются жалобы на сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Травматические

Проверьте у больного состояние прикуса. При исследовании нижней челюсти выясните наличие кровоподтека, ее отечности, крепитации и болезненности при пальпации. При осмотре полости рта обратите внимание на наличие слюны с примесью крови, других закрытых деформаций.

Инфекционные

У больного с дентальным абсцессом отмечаются гиперемия слизистой оболочки и наличие в этой области плотного, резко болезненного при пальпации, рыхлого опухолевидного образования. Дентальный абсцесс может распространяться на наружную поверхность нижней челюсти. У больного обнаруживаются кариес зубов и гингивит, увеличение шейных лимфатических узлов. При остром остеомиелите имеются жалобы на затруднения при открывании рта и глотании вследствие отека мышц. При исследовании отмечаются болезненность нижней челюсти, гиперемия кожных покровов, боль при глотании на соответствующей стороне. При актиномикозе

обнаруживаются множественные ходы, располагающиеся обычно в области угла нижней челюсти, с наличием в отделяемом характерных зеленовато-желтых гранул.

Височно-нижнечелюстной сустав

Наличие синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава устанавливают обычно на основании жалоб больного и данных анамнеза. У больного отмечается тризм (плотное смыкание челюстей), обусловленный спазмом жевательных мышц. У больного ревматоидным артритом отмечают болезненность при пальпации и отек в области сустава; при остеоартрите — отечность и ограничение подвижности сустава. У больного с вывихом височно-нижнечелюстного сустава при исследовании удастся пропальпировать мышелки, сместившиеся кпереди от суставного возвышения; рот больного остается открытым.

Киста

При исследовании полости рта нередко удается обнаружить лишь отечность в области кисты. В некоторых случаях происходит такое истончение кости, что она ломается при легком прикосновении подобно разбитой яичной скорлупе. При одонтогенной кисте зуб не прорезывается и поэтому в дальнейшем отсутствует.

Новообразования

Нередко единственной находкой при обследовании больного с опухолью нижней челюсти является припухлость кости, которая постепенно увеличивается и остается вначале безболезненной. Гигантоклеточная гранулема иногда вызывает эрозию и разрушение кости, прорастая в окружающие мягкие ткани с появлением на десне багрового, с синюшным оттенком опухолевидного образования. Остеогенная саркома вначале остается безболезненной, но по мере увеличения она приводит к расшатыванию зубов. При осмотре полости рта проверьте наличие подвижных зубов и парестезии в зоне иннервации подбородочного нерва. Проведите рентгеноскопию грудной клетки с целью выявления метастазов в легких. При лимфоме Баркитта отмечается прогрессиивно увеличивающееся, безболезненное опухолевидное образование. Нередко опухоль вызывает смещение ушной раковины и резкое ограничение открывания рта. Опухоль часто сопровождается развитием болезненных метастазов в костях. Выясните у больного наличие в анамнезе злокачественных новообразований и проведите тщательное обследование с целью выявления первичной опухоли в легких, молочной и предстательной железах, почках и щитовидной железе.

Прочие

Диагноз постгерпетической невралгии обычно устанавливают на основании данных анамнеза; кроме того, иррадиация болей в нижнюю челюсть наблюдается у пациентов с ишемией миокарда.

ОБЩИЕ ПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Гистология**
Доброкачественное новообразование. Л ↑ воспалительный процесс (острый остеомиелит).
- **Иммунология**
Аутоиммунизм (часто развивается острый остеомиелит).
- **Анализ крови**
Сахарный диабет (острый остеомиелит).
- **Биопсия**
ПитВ Воспалительные процессы зубов. Актиномикоз.
- **Рентгенография височно-нижнечелюстного сустава**
ПитВх Остеоартрит. Ревматоидный артрит.
- **Рентгенография черепа в специальной проекции**
Переломы, кисты, опухоли.
- **РГК**
Метастазы.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев крови**
Остеомиелит.
- **ЭКГ**
Ишемия миокарда.
- **Серологическое исследование**
Шимфома Беркитта.
- **Биопсия**
С целью дифференциации злокачественного и доброкачественного характера опухоли.

▶ БОЛИ В ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

В этом разделе обсуждаются причины и диагностика болей в верхней конечности, за исключением суставных болей. Наиболее частыми причинами болей в верхних конечностях являются неврологические нарушения или поражение сосудов.

ПРИЧИНЫ

Поражение шейного отдела позвоночника

- Поражение межпозвоночного диска
- Спондилез шейного отдела позвоночника
- Сирингомиелия
- Воспалительный процесс, например, остит, туберкулез
- Опухоли
 - спинного мозга
 - мозговых оболочек
 - нервов
 - тел позвонков

Плечевое сплетение

- Шейное ребро
- Распространение злокачественной опухоли, например опухоль Панкоста
- Синдром сдавления плечевого сплетения и подключичной артерии мышцами, прикрепляющимися в области I ребра и ключицы

Поражение сосудов

- Стеноз подключичной артерии
- Эмболия
- Тромбоз артерии
- Тромбоз подмышечной вены
- Ишемия миокарда (левая рука)

Другие

- Повторяющиеся механические повреждения и нагрузки
- Периферическая нейропатия
- Запястный синдром
- Опухоли костей
- Купейный синдром
 - острый, например повреждения в результате раздавливания
 - хронический, например при длительном напряжении

АНАМНЕЗ

Если больной предъявляет жалобы на боли в шее, иррадиирующие в дистальную часть верхней конечности, и ограничение движений головы, это указывает на повреждение структур шейного отдела. При этом возможно сдавление шейного отдела спинного мозга.

Спондилез шейного отдела позвоночника довольно часто развивается в возрасте старше 60 лет. Острое повреждение межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника встречается у больных более молодого возраста. При тщательном расспросе больного необходимо исключить перенесенную ранее травму.

Поражение плечевого сплетения с болью, иррадиирующей в кисть, может возникать в результате местной причины, например, сдавления его шейным ребром с появлением симптоматики на уровне Th₁, развитием слабости и атрофии мелких мышц кисти и парестезии в соответствующем дерматоме, т.е. на внутренней поверхности верхней конечности.

При стенозе подключичной артерии больные часто жалуются на слабость и онемение в руке (типа перемежающейся хромоты при окклюзионных поражениях сосудов нижних конечностей), боли, возникающие при физической нагрузке и проходящие в покое, вследствие неадекватного кровоснабжения конечности. Развитие у больного эмболии или тромбоза может указывать на наличие у него заболеваний сердца, например, фибрилляции предсердий или часто встречающегося поражения артерий. Жалобы на внезапное появление болей в руке, ее отека и цианоза укажут на развившийся тромбоз подмышечной вены. Появление болей за грудиной при физической нагрузке, иррадиирующих в левую руку или шею, указывает на развитие приступа стенокардии и ишемии миокарда. Боли, развивающиеся при специфической работе, например, письме, работе с клавиатурой, позволяют предположить связь их с повторяющейся травмой в результате перенапряжения. При выявлении в анамнезе у больного сахарного диабета, почечной или печеночной недостаточности, злоупотребления алкоголем, дефицита витамина B₁₂ выясняется причина периферической нейропатии.

Жалобы на боль, парестезию в большом, указательном и среднем пальцах руки, усиливающиеся в ночное время и уменьшающиеся при опущенном положении руки после вставания с кровати, позволяют предположить наличие у него запястного туннельного синдрома¹. Эта патология встречается у женщин во время беременности, у больных ревматоидным артритом, микседемой, при подвывихе ладьевидной кости кпереди, подагре, акромегалии, амилоидозе и у больных с артериовенозным соустьем, накладываемым в области запястья для проведения гемодиализа.

Причиной локальной боли в кости может быть злокачественная опухоль или метастазы в кость. Наиболее частыми причинами являются метастазы в кость при злокачественных опухолях молочных желез, бронхогенном раке легкого, раке щитовидной железы, предстательной железы и почек. У больных с метастазами в кости могут наблюдаться патологические переломы. В анамнезе у больного

¹ Боль и парестезии в руке в области разветвления срединного нерва; вызывается сдавлением срединного нерва волокнами удерживателя сухожилий мышц-сгибателей. — *Ишмен, ред.*

с купейным синдромом могут быть раздавленные травмы с осколочными переломами, повреждение сосудов или перенесенные операции на сосудах. Хронический купейный синдром может развиваться в результате выполнения необычных усилий и движений, например у лиц, занимающихся тяжелой атлетикой.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Пациенту необходимо провести всестороннее неврологическое обследование с целью выявления повреждения шейных структур, плечевого сплетения или запястного синдрома. При этом может быть обнаружено ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника. При осмотре конечностей необходимо отметить отсутствие или наличие отека, например, при тромбозе подмышечной вены отмечаются цианоз и расширение вен верхней конечности. Необходимо обратить внимание на отсутствие ишемии конечности, проверить наличие пульса на всех доступных уровнях конечности. При ишемии конечности выявляются все классические ее признаки, например, боль в конечности, бледность кожных покровов, отсутствие пульса, парестезия, конечность холодная на ощупь и в далеко зашедших случаях нарушение движений. Выяснение профессии больного подскажет вероятность травматических повреждений в результате длительно повторяющихся механических воздействий, растяжений. При обследовании не удастся выявить каких-либо существенных признаков поражения. Выявление у больного синдрома Горнера (птоз, миоз, энофтальм и ангидроз) позволяет предположить наличие у него опухоли Панкоста. При опухоли кости у больного отмечаются локальный отек и болезненность при пальпации. При обследовании больного с подозрением на купейный синдром в средней части предплечья отмечаются припухлость, болезненность при пальпации, ослабление или отсутствие пульса дистальнее припухлости, парестезия, нарушение движений.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ОАК, СОЭ

Л ↑ воспалительный процесс, например, остеомиелит или туберкулез шейного отдела позвоночника. СОЭ ↑ воспалительный процесс или злокачественное новообразование.

- Рентгенография шейного отдела позвоночника

Спондилез шейного отдела позвоночника, метастазирование в кости, перелом шейного отдела позвоночника.

- Рентгенография грудной клетки (РГК)

Рак легкого с метастазированием в кости. Опухоль Панкоста (опухоль верхушки легкого с вовлечением в процесс плечевого сплетения). Шейное ребро (XIII ребро).

- ЭКГ

Ишемия миокарда.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **КТ**
Повреждения межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника, опухоли.
- **МРТ**
Повреждения межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника, опухоли.
- **Исследование нервной проводимости**
Повреждения плечевого сплетения, периферическая нейропатия, запястный туннельный синдром.
- **Дуплексная доплерография**
Поражение артерий и вен.
- **Ангиография**
Поражение артерий.
- **Венография**
Поражения вен, например тромбоз подмышечной вены.

▶ БОЛИ В ПАЛЬЦЕ

Болезненность в пальце — довольно часто встречающийся симптом. Причиной болей может быть локальная травма, либо она является симптомом системного заболевания, например ревматоидного артрита. Утрата функции даже одного пальца может сопровождаться существенным нарушением функции всей кисти.

ПРИЧИНЫ

Травматические

Переломы
Подногтевая гематома

Воспалительные/инфекционные

Паронихия
Панариций
Воспаление влагалища сухожилия

Неопластические

Гломусная опухоль
Опухоль кости
Метастазы в кость (редко)

Дегенеративные

Ревматоидный артрит

Сосудистые

Отморожения
Заболевания периферических сосудов
— болезнь Рейно
— болезнь Бюргера
— сахарный диабет
— тромбоз эмболии

Метаболические

Подагра

Аутоиммунные

Склеродермия

Иррадиирующие

Повреждения шеи

АНАМНЕЗ

Травматические

Больные с этим типом болей обращаются, как правило, после травмы, часто раздавливающего характера. Подногтевая гематома образуется в результате придавливания ногтевой фаланги или удара по

тию. Эта травма чрезвычайно болезненна, поскольку кровоподтек распространяется между ногтем и ногтевым ложем.

Воспалительные/инфекционные

Паронихия

Паронихия проявляется в виде болезненного гиперемированного участка, располагающегося около ногтевого ложа. Боль носит пульсирующий характер и может причинять больному значительное беспокойство. Он может указывать на перенесенное ранее повреждение кожи вокруг ногтя. При осмотре можно наблюдать выделение из-под ногтя капелек гноя.

Воспаление мягких тканей (панариций)

Воспалительный процесс развивается в пульпозном пространстве кончика пальца. Больные часто указывают на проникающие ранения пальца, например укол острым предметом. Больной жалуется на пульсирующую боль, покраснение и отечность пальца.

Воспаление влагалища сухожилия

В этом случае в анамнезе отмечается наличие колотой раны или перенесенного панариция, распространившегося затем на сухожильное влагалище. Больной обращается к врачу с жалобой на покраснение и болезненность в пальце, который он удерживает в слегка согнутом положении в МФ и ПФ суставах.

Неопластические

Гломусная опухоль

Это редко встречающееся, но очень болезненное поражение пальца. Больной жалуется на сильные боли при каждом прикосновении к ногтю. Чаще всего опухоль располагается ниже ногтя.

Первичные опухоли и метастазы в кость

Опухоли этого типа редко развиваются в костной ткани фаланг пальцев. Больные жалуются на боли и отечность пальца и указывают на наличие первичной опухоли, например, молочной железы, легких, щитовидной железы, почек или предстательной железы.

Дегенеративные

Ревматоидный артрит

Этим заболеванием чаще страдают женщины, чем мужчины. Типичные жалобы: боли, отечность и ригидность пальцев; возможно общее недомогание. Нередко наблюдается деформация пальцев.

Сосудистые

Отморожения

Наиболее простым сосудистым нарушением является отморожение I степени. У женщин оно встречается чаще, чем у мужчин. Имеются

жалобы на отечность боковых поверхностей или тыла пальцев, появившуюся вскоре после воздействия холода. После отморожения отмечаются болезненность в пальцах и зуд. Обычно поражаются несколько пальцев, происходит это преимущественно в зимнее время.

Заболевания периферических сосудов

Ишемия сопровождается появлением болей, побледнением пораженного участка, образованием язвочек или развитием гангрены. Имеются жалобы на внезапное похолодание конечности, боли в пальце или развитие явной его гангрены. Возможно, что больной страдает болезнью Рейно, болезнью Бюргера, сахарным диабетом или склеродермией. Наличие сопутствующих заболеваний сердца, поражения периферических сосудов или шейного ребра позволяет заподозрить возможность тромбоэмболии. У страдающих болезнью Рейно часто отмечаются характерные изменения в виде внезапного побледнения пальцев под воздействием холода с последующим развитием цианоза вследствие быстрого расширения сосудов, что сопровождается появлением болей, пощипывания и покраснения пальца.

Метаболические

Подагра

При подагре обычно поражается ПФ сустав I пальца, но процесс может захватывать любой сустав. Больной отмечает появление внезапных болей, отек и покраснение в области пораженного сустава. При опросе он может указать на ранее наблюдавшиеся приступы подагры, наличие подобного заболевания у родственников. Развитию приступа подагры могут предшествовать травма, голодание, воспалительный процесс, применение мочегонных, цитотоксических препаратов или иммунодепрессантов. У больного могут выявляться подагрические отложения в других суставах.

Аутоиммунные

Склеродермия

Этим заболеванием чаще страдают женщины, чем мужчины. Отмечается утолщение пальцев, наличие признаков болезни Рейно, трещины и изъязвления кончиков пальцев. В некоторых случаях наблюдается изменение формы лица, больной может жаловаться на дисфагию.

Иррадиирующая боль

Повреждения шеи

Больной может жаловаться на боли или жжение в пальцах. Иногда он указывает на наличие у него спондилеза шейного отдела позвоночника или ранее перенесенных нарушений в шейном отделе спинного мозга.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Травматические

Выявление при осмотре больного деформации, покраснения и отечности пальца указывает на наличие перелома. Сдавление концевой фаланги пальца или удар по ней вызывает образование подногтевой гематомы. Диагноз легко установить на основании простого осмотра, данных анамнеза и жалоб больного на выраженную боль в ногтевой фаланге пальца.

Воспалительные/инфекционные

Паронихия

При осмотре у основания ногтевой пластинки и сбоку от нее видна инфильтрированная, блестящая и отечная кожа, нередко из-под ногтя выделяется капелька гноя.

Панариций

Наблюдается отечность и гиперемия в области подушечки пальца, иногда с наличием гнойного волдыря. При несвоевременном его вскрытии и ослаблении напряжения тканей воспалительный процесс может распространиться на сухожильное влагалище пальца или привести к некрозу тканей в результате их сдавления или остеомиелиту дистальной части концевой фаланги пальца.

Воспаление сухожильного влагалища

Больной жалуется на резкую боль в пальце, который удерживается в полусогнутом состоянии. При осмотре отмечаются гиперемия, отечность и резкая болезненность при пальпации по ходу сухожильного влагалища.

Неопластические

Гномусные опухоли

Эти опухоли встречаются редко и представляют собой ангионейромиомы. При прорастании опухоли под ноготь (наиболее частое место ее возникновения) определяется небольшое пурпурно-красное пятно.

Первичные и вторичные (метастатические) опухоли

Эти опухоли встречаются довольно редко. При пальпации пальца определяется болезненное или безболезненное опухолевидное образование костной плотности.

Дегенеративные

Ревматоидный артрит

При простом осмотре кистей рук отмечается характерное увеличение суставов пальцев, имеющих веретенообразную форму. В дальнейшем развивается деформация суставов с девиацией запястья в локтевую сторону и чрезмерным разгибанием в проксимальных межфаланговых суставах; наблюдается атрофия мышц кисти.

Сосудистые*Отморожение*

Обычно отморожению подвергаются дорсальная и боковая поверхности пальцев. При осмотре кожные покровы отечные, красновато-синюшного цвета. Затем на коже появляются пузыри, которые могут покрываться корочками с последующим изъязвлением.

Заболевания мелких сосудов

У больных с ишемией при осмотре отмечаются бледность, цианотичность или даже явная гангрена пальца. На кончиках пальцев могут быть ишемические язвы, атрофия подушечек пальцев. Пропальпируйте область шеи, с тем чтобы исключить наличие шейного ребра. Проверьте правильность ритма сердца для диагностики мерцательной аритмии (возможность развития тромбоза).

Метаболические*Подагра*

В период обострения подагры наблюдается острое воспаление сустава: кожа над ним становится напряженной, блестящей, горячей и гиперемированной. Диагноз подтверждает наличие подагрических узлов в области сустава и других участках тела, например в ушных раковинах.

Аутоиммунные*Склеродермия*

Кожа кистей у больных утолщена, белого цвета и приобретает характерный воскообразный вид. Пальцы за счет утолщенной кожи кажутся отечными, тогда как подушечки пальцев могут быть атрофичными. Под кожей иногда удается пальпировать плотные вследствие кальциноза узелки. При осмотре обратите внимание на наличие у больного других признаков склеродермии, например блестящей и плотной кожи лица с множеством морщин вокруг рта. Иногда на лице имеются многочисленные телеангиэктазии. Нередко больные выглядят похудевшими вследствие дисфагии.

Иррадирующая боль*Спондилез шейного отдела позвоночника*

При подозрении на иррадирующие боли проверьте наличие чувствительности в пальцах, характер и объем движений в шейном отделе позвоночника, а также рефлексы на верхних конечностях.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нб ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑, например воспаление сухожильного влагалища. СОЭ ↑ характерно у больных с ревматоидным артритом.

- **М и Эл**

Повышение уровня мочевины и креатинина в крови наблюдается при почечной недостаточности, которая иногда развивается у больных с подагрой или склеродермией.

- **Ревматоидный фактор**

Ревматоидный артрит.

- **Глюкоза крови**

Сахарный диабет.

- **ЭКГ**

Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия) – возможность развития тромбоэмболии.

- **Рентгенография кисти**

Ревматоидный артрит, повреждение костей. Панариций – некроз в результате сдавления мягких тканей с остеомиелитом дистальной части концевой фаланги пальца.

- **Рентгенография грудной клетки**

Шейное ребро – болезнь Рейно, тромбоэмболия.

- **Рентгенография шейного отдела позвоночника**

Спондилез шейного отдела позвоночника с наличием иррадиирующих болей.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Мочевая кислота крови**

Подагра.

- **Скрининг аутоантител**

Аутоиммунное заболевание.

- **Холодовые агглютинины**

Болезнь Рейно.

- **Эхокардиография**

Заболевания сердца – тромбоэмболия.

- **Ангиография**

Нарушение проходимости артерий. Наличие пристеночного тромбоза в аневризматическом мешке, приводящего к развитию тромбоэмболии. Поражение периферических сосудов.

▶ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Боли в грудной клетке являются чрезвычайно частым симптомом различных патологических состояний — от банальных до угрожающих жизни.

ПРИЧИНЫ

Сердечно-сосудистые

Стенокардия
Инфаркт миокарда
Острое расслоение аорты
Перикардит

Желудочно-кишечные

Желудочно-пищеводный рефлюкс
Спазм пищевода
Язвенная болезнь

Легочные

Пневмония
Эмболия легочной артерии
Пневмоторакс

Скелетно-мышечные

Травма грудной стенки
Хондрит реберный
Метастатическое поражение ребер
Опоясывающий лишай

Эмоциональные

Депрессия
Синдром д'Аюсты (нейроциркуляторная астеня)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Характерные особенности болей

Боль при ишемии миокарда может усиливаться и уменьшаться в отличие от боли при расслаивающей аневризме аорты. Боль, возникающая при перикардите, и боль легочного происхождения часто носят плевральный характер, т.е. усиливаются во время вдоха. Больные, страдающие пищеводным рефлюксом, испытывают жгучую боль, а больные с пептической язвой желудка или двенадцатиперстной кишки — постоянную ноющую боль, которая имеет тенденцию усиливаться.

Локализация боли

Боли, возникающие у больных с рефлюкс-эзофагитом, имеют неко-

грудиной, с иррадиацией в нижнюю челюсть и дистальные отделы левой руки. Боль, возникающая иногда у больных с перикардитом, иррадирует в плечо. Боли при расслаивающей аневризме аорты иррадируют в спину, тогда как боли, связанные с заболеваниями легких, могут возникать в любом месте грудной клетки.

Факторы, способствующие возникновению болей

Физическое или эмоциональное напряжение, полный желудок и холодная погода у больных с ишемической болезнью сердца могут вызвать приступ стенокардии. Приступ загрудинных болей, развившийся в покое и не купирующийся в течение свыше 30 мин, позволяет заподозрить инфаркт миокарда, окончательный диагноз которого можно установить после соответствующего обследования больного. Пищеводный рефлюкс (заброс кислого желудочного содержимого в результате недостаточности нижнего пищеводного сфинктера) часто появляется после приема пищи или при определенном положении тела, например согнутом или лежащем. Боли, усиливающиеся при дыхании, как правило, легочного происхождения, но могут быть реберно-мышечными вследствие движений грудной клетки.

Факторы, способствующие купированию болей

Боли, возникающие как при спазме пищевода, так и стенокардии, можно купировать приемом нитроглицерина, вызывающего релаксацию гладкой мускулатуры. Применение антацидов уменьшает боли у пациентов с пищеводным рефлюксом, но не в случае приступа стенокардии. Боли, возникающие при перикардите, уменьшаются в положении больного сидя с наклоном туловища вперед.

Травма

Причиной болезненности грудной стенки может быть наличие у больного в анамнезе тупой травмы или растяжения. Более тяжелые травмы могут сопровождаться переломом ребер и длительными болями в грудной клетке. Патологические переломы, обусловленные метастазами опухоли в кости или выраженным остеопорозом, возникают даже при незначительной травме.

Эмоции

Иногда боли в грудной клетке наблюдаются у пациентов, находясь в состоянии депрессии. Гипервентиляция в сочетании с сердцебиением и болями в грудной клетке наблюдается у больных с синдромом д'Акосы (нейроциркуляторная астения). У этих пациентов до окончательного решения о наличии у них депрессии или синдрома д'Акосы как единственной причины болей в грудной клетке необходимо исключить все возможные органические причины их жалоб, поскольку возможно сочетание серьезной патологии с эмоцио-

ИССЛЕДОВАНИЕ

Температура

У больных с пневмонией, инфарктом миокарда, перикардитом и опоясывающим лишаем нередко наблюдается повышение температуры тела.

Частота пульса

Частота пульса сама по себе не имеет особого значения. Боль любой этиологии, как правило, сопровождается тахикардией той или иной степени выраженности. Однако определение пульсации на артериях верхних и нижних конечностей в некоторых случаях имеет определенную диагностическую ценность, поскольку иногда у больных с острым расслоением аорты отсутствует пульсация на периферических артериях.

Центральное венозное давление (измеряемое во внутренней яремной вене)

Повышение ЦВД отмечается у больных с острой правожелудочковой недостаточностью. Правожелудочковая недостаточность может наблюдаться у больных с нижним инфарктом миокарда, тромбоэмболией легочной артерии с нарушением проходимости в более чем 60% ветвей.

Пальпация грудной стенки

Болезненность при пальпации грудной стенки может быть обусловлена заболеванием костно-мышечного аппарата; болезненность при пальпации с одной стороны грудной клетки, ограниченная одним или близлежащей группой дерматомов, позволяет предположить поражение позвоночника или спинного мозга. Резкая болезненность часто отмечается у больных с опоясывающим лишаем.

При напряженном пневмотораксе отмечается смещение трахеи в противоположную сторону, но ограничение экскурсии грудной клетки как у больных с пневмонией, так и пневмотораксом наблюдается на пораженной стороне.

Притупление при перкуссии выявляется у больных с пневмонией вследствие уплотнения легочной ткани. Выявленный при перкуссии грудной клетки гиперрезонанс над областью пневмоторакса бывает довольно трудно интерпретировать.

Аускультация грудной клетки

Отсутствие дыхательных шумов с одной стороны грудной клетки с определенностью указывает на наличие у больного пневмоторакса; локальное отсутствие дыхательных шумов (особенно в нижних отделах легких) наблюдается, как правило, при наличии выпота в плевральной полости. Над участком уплотнения легочной ткани, а иногда над уровнем жидкости в плевральной полости выслушивается бронхиальное дыхание. Определение крепитации на ограниченном

участке — признак долевой пневмонии, тогда как прослушивание крепитации над всеми участками грудной клетки указывает на диффузное поражение легких или наличие отека легких, вызванного сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда.

Шум трения можно прослушивать у больных с перикардитом и плевритом. Шум трения перикарда в отличие от шума трения плевры прослушивается и после того, как больной по просьбе врача задерживает дыхание.

НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ

Гемипарез может наблюдаться у больного с острым расслоением аорты. Выявление при обследовании горячей на ощупь, отечной и болезненной при пальпации голени или бедра с определенностью указывает на тромбоз глубоких вен. При измерении отмечается существенное увеличение окружности средней трети бедра или голени на стороне тромбоза глубоких вен (ТГВ). Менее надежным диагностическим признаком служит выявление болезненности икроножных мышц при дорсальной флексии стопы (симптом Гоманса).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК

У больных с пневмонией можно ожидать увеличения числа лейкоцитов в крови, в меньшей степени это возможно у больных с инфарктом миокарда.

• Сердечные ферменты

Через 4–8 ч после возникновения инфаркта миокарда отмечается повышение уровня креатинкиназы (КК), сохраняющееся в течение 2–3 дней. Более чувствительными и специфичными показателями является определение изофермента КК-МВ и сердечного тропонина.

• ЭКГ

У больных с приступом стенокардии или развившимся инфарктом миокарда выявляются изменения на ЭКГ соответственно анатомической зоне нарушения коронарного кровообращения. Таким образом, у больного с нарушением проходимости ствола левой коронарной артерии развивается ишемия или инфаркт миокарда в передних (V3–4) и левых боковых (V4–6) грудных отведениях. При поражении левой передней нисходящей артерии изменения выявляются только в переднем отведении, а окклюзия задней нисходящей артерии сопровождается изменениями в нижних отведениях (II, III, aVF). У больного с развившейся ишемией миокарда (приступ стенокардии) на ЭКГ отмечаются снижение сегмента ST и инверсия зубца T. В случае усугубления ишемии и развития инфаркта миокарда выявляется подъем сегмента ST и появление в соответствующих отведениях зубца Q. Изменения на ЭКГ, на-

специфического характера и проявляются тахикардией, смещением оси сердца вправо, перегрузкой правого желудочка и развитием мерцательной аритмии. Иногда отмечаются изменения в виде $S_1Q_3T_3$ (зубца S в I отведении, зубца Q и инверсия зубца T в III отведении), указывающие на перегрузку правых отделов сердца.

- **РГК**

У больного с развившимся пневмотораксом выявляется линия плевры, дистальнее которой отсутствует легочный рисунок. Участки уплотнения в легких, обнаруживаемые на рентгенограмме, могут располагаться в той или иной доле или распространяться на всю долю легкого при бронхопневмонии. Классическая картина затемнения клиновидной формы (с основанием, обращенным в дистальном направлении) редко наблюдается при эмболии легочной артерии. Подобная картина выявляется лишь у больных с развившимся инфарктом легкого. При расслаивании аорты может наблюдаться расширение ее просвета, приводящее к деформации правого края средостения. На обзорной рентгенограмме грудной клетки можно выявить перелом ребер или метастазы опухоли в ребра.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Вентиляционно-перфузионное отношение (В/П)**

У большинства больных с эмболией легочной артерии отмечается нарушение В/П.

- **Ангиография легочной артерии**

Позволяет подтвердить диагноз тромбоэмболии легочной артерии, определить место и протяженность эмболии и в некоторых случаях произвести катетерную эмболэктомию.

- **КТ-аортография**

Позволяет подтвердить и определить протяженность и место расслоения аорты.

- **Эндоскопия верхнего отдела желудочно-кишечного тракта**

Подтверждает диагноз эзофагита.

- **Пищеводная манометрия**

Изменение пищевоного давления наблюдается при распространенном спазме пищевода.

▶ БОЛИ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Боль в молочной железе является частой жалобой в общехирургической практике. В большинстве случаев боли наблюдаются при доброкачественных заболеваниях, причиной которых является циклическая масталгия, но в некоторых случаях боль — симптом злокачественного новообразования.

ПРИЧИНЫ

- Рак (15% опухолей сопровождаются болями)
- Циклическая масталгия (фиброаденоз, кистозный мастит)
- Эктазия протоков
- Жировой некроз
- Абсцесс молочной железы
- Беременность
- Лактация
- Мастит
- Болезнь Титце
- Болезнь Мондора
- Метастатическое поражение ребра
- Опоясывающий лишай

АНАМНЕЗ

Циклическая масталгия проявляется болезненностью, часто локализуемой в верхнем и наружном квадрантах молочной железы и появляющейся за неделю до начала менструации. После завершения менструального цикла боль обычно прекращается и в течение 2 нед. не беспокоит больную, а возобновляется с началом очередного цикла. Клинические признаки этой патологии развиваются у женщин преимущественно в возрасте 20–45 лет. Эктазия протоков появляется, как правило, у женщин 40–50 лет. Боль обычно локализуется за соском и сопровождается покраснением кожи вокруг ареолы и густыми коричневатого цвета выделениями из соска. В случаях с подозрением на жировой некроз следует выяснить наличие в анамнезе травмы железы, которую иногда больная скрывает (зубы партнера!). Наличие у женщины мастита или абсцесса молочной железы становится очевидным уже при простом осмотре. Они обычно развиваются во время беременности или лактации, но возможно развитие ретроареолярного абсцесса у больной с эктазией протоков. Припухлость и болезненность молочных желез — признаки беременности ранних сроков. Иногда, отмечая появление болей в груди, больные указывают, что они локализируются не в функционирующей части молочной железы, а позади нее. Ощущения боли у женщин при болезни Титце (остеохондрит реберных хрящей) связывают с молочной железой. Болезнь Мондора (тромбофлебит поверхностных подкожных вен грудной стенки) также сопровождается ощущением болей в груди. Основной причиной болей может быть рак молочной железы.

Метастазы в ребра также могут сопровождаться болями за молочной железой. При опоясывающем лишае могут отмечаться боли, иррадиирующие вокруг молочной железы, которые на 2–3 дня предшествуют появлению везикулярных высыпаний.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Плотные, неправильной формы опухолевидные образования позволяют предположить наличие рака (этот вопрос рассматривается в разделе, посвященном опухолям молочной железы). Выявление у женщины гладкого, подвижного и болезненного при пальпации опухолевидного образования (киста) позволяют предположить наличие у нее циклической масталгии. Опухоль и болезненность при пальпации чаще всего обнаруживаются в верхнем и наружном квадрантах молочной железы. В ранней стадии формирования жирового некроза при обследовании женщины нередко выявляется кровоподтек на молочной железе и имеется болезненность при пальпации. Позднее это образование становится плотным, приобретает неправильную форму и спаивается с кожей. При абсцессе молочной железы, который проявляется, как правило, во время беременности или (чаще) в периоде лактации, отмечаются отек и локальная припухлость, болезненность, гиперемия кожи и повышение местной температуры. Припухлость может быть флюктуирующей, при этом у больной повышается температура тела. При эктазии протоков отмечается гиперемия кожи вокруг ареолы, болезненность при пальпации и иногда опухолевидное образование под ареолой. В длительно протекающих случаях заболевание может сопровождаться втяжением соска и густыми, коричневого цвета выделениями из него. У беременных женщин наблюдаются набухание молочных желез и повышенная пигментация вокруг ареолы. У пациенток с болезнью Титце выявляются болезненность и иногда выбухание над областью II, III и IV реберных хрящей. У женщин с болезнью Мандора обращают на себя внимание вены грудной стенки – красные, болезненные жгуты, часто распространяющиеся до передней подмышечной складки. Тщательно обследуйте молочные железы для исключения каких-либо опухолевидных образований, поскольку это состояние может сочетаться с раком молочной железы. Опоясывающий лишай легко диагностируется по наличию характерного пузырькового высыпания, появляющегося через несколько дней после возникновения болей.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ОАК, СОЭ

Л ↑ мастит и абсцесс молочной железы. СОЭ ↑ запущенная стадия рака.

- ФПП

Повышение уровня щелочной фосфатазы может наблюдаться при метастазах в печень и кости.

- **Уровень кальция в крови**
Повышение его в крови наблюдается при метастазах в кости.
- **Взятие мазка**
При любом отделяемом из абсцесса или из соска необходимо взять мазок и произвести ПИЧ.
- **РГК**
Позволяет диагностировать метастазы в легком и ребрах, а при раке — выпотной плеврит.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **β -ЧХГ**
Положительный результат при беременности.
- **АБТИ**
Для дифференциальной диагностики доброкачественной и злокачественной опухоли.
- **Маммография**
Для диагностики рака молочной железы, эктазии протоков.
- **Биопсия молочной железы**
Для дифференциальной диагностики доброкачественного и злокачественного новообразования.
- **Сканирование костей**
Для выявления метастазов в костях, диагностики миеломы.

▶ **БОЛИ В ЖИВОТЕ**

Боль в животе – довольно частый симптом различных заболеваний органов брюшной полости. Она может носить острый (внезапное начало) или хронический (продолжается в течение нескольких дней или более либо возникает периодически) характер. При осмотре больного с жалобами на боли в животе врачу необходимо выяснить ее причины и дифференцировать заболевания, требующие экстренного хирургического вмешательства (например, разрыв аневризмы аорты, перфорацию дивертикула), от заболеваний, при которых проводится консервативная терапия (например, желчная или почечная колика, острый панкреатит). Боли в животе могут наблюдаться при различных патологических состояниях. Наиболее часто встречающиеся причины болей в животе представлены в перечне, который, впрочем, не претендует на всеобъемлющую информацию.

ПРИЧИНЫ**Кишечник***Желудок и двенадцатиперстная кишка*

Пептическая язва
Гастрит
Заворот желудка
Злокачественное новообразование

Кишечник

Аппендицит
Непроходимость
Дивертикулит
Гастроэнтерит
Воспалительные заболевания кишечника
Мезентериальный аденит
Ущемленная грыжа
Инвагинация
Заворот
Туберкулез

Печень и желчные пути

Острый холецистит
Хронический холецистит
Холангит
Гепатит

Поджелудочная железа

Острый панкреатит
Хронический панкреатит
Злокачественные новообразования

Селезенка

Инфаркт
Спонтанный разрыв

Мочевые пути

Цистит
Острая задержка мочи
Острый пиелонефрит
Почечная колика
Гидронефроз

Пионефроз
Поликистоз почки
Опухоль

Гинекологические

Внематочная беременность
Перекрут кисты яичника
Разрыв кисты яичника
Сальпингит
Тяжелая дисменорея
Межменструальная боль
Эндометриоз
Красная дегенерация лейомиомы матки

Сосудистые

Брюшная ангина (перемежающаяся)
Аневризма аорты
Эмболия брыжеечных сосудов
Тромбоз брыжеечных вен
Ишемический колит
Острое расслоение аорты

Брюшина

Первичный перитонит (редко)
Вторичный перитонит

Брюшная стенка

Гематома влагалища прямой мышцы живота

Внутрибрюшинное пространство

Кровотечение в забрюшинное пространство (например при применении антикоагулянтов)

Отраженная боль

Опоясывающий лишай
Долевая пневмония
Заболевания грудного отдела позвоночника, например опухоль
Плеврит
Инфаркт миокарда
Перикардит
Перекрут яичка

«Медицинские» причины

Гиперкальциемия
Уремия
Диабетический кетоацидоз
Серповидно-клеточная анемия
Болезнь Аддисона
Острая перемежающаяся порфирия
Пурпура Шенлейна—Геноха
Сухотка спинного мозга

АНАМНЕЗ

Возраст

Некоторые заболевания чаще встречаются в определенных возрастных группах, например, мезентериальные адениты — преимущественно у детей, дивертикулиты — у лиц пожилого возраста.

Боль

- Время и форма возникновения боли, т.е. внезапное, постепенное.
- Характер боли, например, тупая, неопределенная, рвущая, острая, жгучая.
- Тяжесть.
- Постоянство, например постоянная (при перитоните); периодически возникающая (боль при кишечной колике).
- Локализация: в каком участке она начинается? имеет ли тенденцию к перемещению?
- Иррадиация, например, распространение боли из поясничной области в паховую при почечной колике.
- Влияние на характер боли дыхания, движения, приема пищи, дефекации, мочеиспускания и менструации.
- Рвота.
- Временная последовательность рвоты, до и после появления боли.
- Частота.
- Характер, например, желчным содержимым, кишечным, с примесью крови, кофейной гущи.

Дефекация

- Запор: полное отсутствие стула с наличием коликообразных болей в животе, вздутием, рвотой позволяет предположить наличие у больного кишечной непроходимости.
- Понос: частота, консистенция стула, наличие в нем крови, слизи, гноя.

Повышение температуры тела

- Озноб.

Перенесенные ранее заболевания

- Перенесенные операции, например образование спаек в брюшной полости, могут явиться причиной кишечной непроходимости.
- Недавно перенесенные травмы, например отсроченный разрыв селезенки.
- Время последней менструации, например возможность внематочной беременности.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Общее

При осмотре необходимо отметить положение больного: лежит ли он спокойно, нет ли болей даже в положении лежа, например при

линии перитонита? Не корчится ли от мучительных болей, например, как при почечной или печеночной колике; не красный ли больной, что указывало бы на наличие у него повышенной температуры?

Пuls, температура, дыхание

При воспалительных процессах, как правило, отмечаются повышение температуры тела и учащение пульса, что может также наблюдаться при угрожающем инфаркте кишечника. Учащенное дыхание может свидетельствовать о воспалительном процессе в легких, при котором вовлекается верхняя часть живота.

Увеличение шейных лимфатических узлов (шейная лимфаденопатия)

Обычно наблюдается при мезентериальном адените.

Трудная клетка

Иррадирующая боль при долевой пневмонии.

Живот

- Осмотр. При осмотре отметьте, свободно ли движется брюшная стенка при дыхании, определите наличие на передней брюшной стенке послеоперационных рубцов, а также вздутия живота, видимой перистальтики (обычно наблюдаемой при хронической непроходимости у больного с очень тонкой передней брюшной стенкой). Осмотрите области грыжевых отверстий. Обратите внимание на наличие или отсутствие какого-либо выпячивания на передней брюшной стенке, например видимого пульсирующего образования, позволяющего заподозрить аневризму брюшной аорты.
- Пальпация. Попросите больного лечь горизонтально с вытянутыми вдоль туловища руками и расслабиться. Пальпацию начинайте поверхностно и нежно вначале со здорового участка. Наиболее болезненную область пальпируйте в последнюю очередь. Определите наличие защитного рефлекса и ригидности мышц передней брюшной стенки. При более глубокой пальпации определите наличие или отсутствие опухолевидных образований, например аппендикулярного инфильтрата, пульсирующего, эластичного образования, указывающего на наличие аневризмы брюшной аорты. Проведите тщательное исследование грыжевых отверстий и яичек с целью исключения их перекрута.
- Перкуссия, например обнаружение тимпанического звука, указывает на растяжение петель кишечника, наблюдающееся при кишечной непроходимости; при острой задержке мочи обнаруживается притупление над мочевым пузырем.
- Аускультация. Затратьте на это немного времени (30–60 с); например, кишечные звуки слабые или отсутствуют при перитоните; очень интенсивные звонкие перистальтические звуки наблюдаются при кишечной непроходимости.

Исследование прямой кишки

Ректальное исследование проводите каждому больному.

Влагалищное исследование

Выделения или болезненность при исследовании указывают на наличие воспалительного заболевания тазовых органов. Прощупайте матку и придатки, исключите или подтвердите наличие, например беременности (в том числе внематочной), лейомиомы.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Полный анализ крови (ПАК), СОЭ

Нб ↓ пептическая язва, злокачественное новообразование; Л ↑ инфекционный/воспалительный процесс, например, аппендицит, дивертикулит; СОЭ ↑ болезнь Крона, туберкулез.

• Мочевина и электролиты (М и Эл)

Мочевина и креатинин ↑ уремия. Нарушения электролитного баланса при рвоте и поносе.

• Функциональные печеночные пробы (ФПП)

Повышение активности ферментов при холангитах и гепатитах. Изменения их часто наблюдаются при остром холецистите. Лабораторная диагностика заболеваний печени включает определение активности ферментов (ЩФ, АСТ и АЛТ), содержания в плазме крови билирубина, желчных кислот, аммиака и продуктов синтеза — альбумина, факторов свертывания крови и холестерина.

• Амилаза сыворотки крови

При остром панкреатите отмечается выраженное повышение уровня амилазы в крови. Умеренное повышение концентрации амилазы в плазме нередко наблюдается при перфорации пептической язвы или тромбозе брыжеечных сосудов.

• Утренний анализ мочи (УАМ)

Обнаружение в моче эритроцитов, белка, а при посеве рост патогенной микрофлоры характерно для пиелонефрита. Наличие в моче большого количества эритроцитов наблюдается при почечной колике.

• Рентгенография грудной клетки (РГК)

Обнаружение свободного газа под диафрагмой на обзорной рентгенограмме грудной и брюшной полости в положении пациента стоя указывает на прободную язву. Нижнедолевая пневмония (передаточная боль).

• Обзорная рентгеноскопия брюшной полости (ОРБП)

Выявление при обзорной рентгеноскопии брюшной полости раздутых петель кишечника подтверждает диагноз кишечной непроходимости. ОРБП позволяет определить место непроходимости, локальную непроходимость (сторожевая петля) — панкреатит, острый аппендицит. Токсическое расширение — картина раздутой и отечной, но с ровными контурами толстой кишки наблюдается при язвенном колите или болезни Крона. При ОРБП

можно выявить камни в почках, обызвествленную аневризму брюшной аорты, наличие воздуха в желчных протоках, камни в желчном пузыре (в 10% случаев они являются рентгеноконтрастными).

• УЗИ

При УЗИ брюшной полости можно диагностировать ограниченный абсцесс, например, аппендикулярный, паракишечный (расположенный в забрюшинном пространстве позади нисходящей или восходящей кишки) при дивертикулёзе; выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости, что наблюдается при перитонитах, асците; аневризму брюшной аорты; внематочную беременность; кисту яичника; наличие камней желчного пузыря; эмпиему, водянку желчного пузыря, а также провести осмотр почек — кисты, опухоль.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Глюкоза плазмы (ГП)

Повышение наблюдается при диабетическом кетоацидозе.

• Кальций плазмы

Гиперкальциемия.

• Проба на серповидные эритроциты

Наличие в периферической крови серповидных эритроцитов указывает на серповидно-клеточную анемию.

• Наличие порфириногенов в моче

Соединение порфирина, обнаруживаемое в моче в больших количествах, является признаком острой итермиттирующей порфирии.

• Газы артериальной крови (ГАК)

Метаболический ацидоз, развивается при различных заболеваниях и состояниях, например, уремии, нарушении кровоснабжения кишечника, сепсисе, диабетическом кетоацидозе.

• β-человеческий хорионический гонадотропин (β-ЧХГ)

Определение его в моче является признаком беременности, внематочной беременности.

• ЭКГ

Инфаркт миокарда (более надежный критерий по сравнению с наличием боли).

• Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Позволяет диагностировать пептическую язву, рак.

• Внутривенная урография (ВВУ)

Позволяет диагностировать наличие камней в почках и мочевых путях и непроходимость.

• Бариевая клизма

Для диагностики рака, заворота, инвагинации нижних отделов кишечника.

• Бариевая клизма тонкого кишечника

Позволяет подтвердить диагноз болезни Крона, лимфомы, рака тонкой кишки.

- **Дуплексное доплеровское сканирование**
Используется для выявления стеноза чревной артерии (подтверждения диагноза брюшной ангины), тромбоза верхней брыжеечной артерии, тромбоза брыжеечных вен.
- **Ангиография**
Позволяет диагностировать или подтвердить наличие тромбоза или эмболии верхней брыжеечной артерии.
- **Компьютерная томография (КТ)**
Применяется с целью диагностики аневризмы аорты, панкреатита, опухоли.

► БОЛЬ В СПИНЕ (ДОРСАЛГИЯ)

Боль в спине является наиболее частой жалобой больных, обращающихся в поликлиники и травматологические пункты. Около 20% обратившихся больных направляются в ортопедические клиники. Наиболее частыми причинами болей в спине являются травма либо дегенеративные изменения позвоночника; в ряде случаев причиной болей в спине могут быть патологические процессы почти в любой системе организма.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Кифосколиоз
Spina bifida¹
Спондилолистез²

Приобретенные

Травматического характера	Перелом позвоночника Травма связочного аппарата Растяжение сустава Разрыв мышцы
Инфекционного характера	Остеомиелит – острый и хронический Туберкулез
Воспалительного характера	Анкилозирующий спондилит ³ Дисцит ⁴ Осложнения ревматизма
Неопластического характера	Первичные опухоли (редко) Метаастазы (часто)
Дегенеративного характера	Остеоартрит Поражения межпозвоночного диска
Метаболического характера	Остеопороз Остеомалация
Эндокринного характера	Болезнь Кушинга (остеопороз)
Идиопатического характера	Болезнь Педжета Болезнь Шейермана (асептический некроз тел позвонков)
Психогенного характера	Психосоматическая боль в спине (часто)
Висцеральная	Пенетрирующая пептическая язва Рак поджелудочной железы Рак прямой кишки

¹ Расщелина позвоночника – дефект позвоночника с отсутствием дуг позвонков. – *Примеч. ред.*

² Смещение тела одного или нескольких нижних поясничных позвонков кпереди относительно нижележащего. – *Примеч. ред.*

³ Артрит позвоночника, напоминающий ревматоидный артрит. – *Примеч. ред.*

⁴ Абактериальное воспаление межпозвоночного диска. – *Примеч. ред.*

Сосудистого характера	Аневризма аорты Острое расслоение аорты
Почечного характера	Рак почки Почечнокаменная болезнь Воспалительные заболевания почек
Гинекологического характера	Опухоли матки Воспалительные заболевания органов малого таза Эндометриоз

АНАМНЕЗ

Врожденные

Диагноз становится очевидным уже на основании тщательно собранного анамнеза и жалоб больного, хотя характерные для спондилолистеза жалобы, такие, как боль в поясничной области, усиливающаяся при вставании, могут не проявляться до достижения старшего детского или раннего взрослого возраста.

Приобретенные

Общие замечания

При обследовании больного в первую очередь необходимо выяснить характер развития заболевания, внезапное (поражение межпозвоночного диска, обусловленное травмой) или постепенное (дегенеративное заболевание). Далее необходимо выяснить наличие у больного неврологической симптоматики и нарушений функции мочевого пузыря, динамику ухудшения и облегчения состояния. В случае механической причины заболевания больной отмечает значительное ухудшение симптоматики при движении и облегчение симптомов в покое. Выраженные боли и не связанные с нагрузкой указывают на связь их со злокачественным новообразованием. У больного необходимо также выяснить наличие клинических симптомов, связанных помимо опорно-двигательного аппарата с другими системами и органами, например, боли в животе, дизурические расстройства или меноррагия.

Травматические

Обычно уже при опросе больного выявляется наличие в анамнезе травмы. При осмотре следует обратить внимание на движения больного. Уже при простом наблюдении за больным становятся очевидными неврологические проявления заболевания.

Инфекционные

При активном опросе больной может указать на перенесенный ранее туберкулез, жаловаться на потливость по ночам или кашель. Необходимо выяснить наличие таких сопутствующих заболеваний, как диабет, и других заболеваний, сопровождающихся снижением иммунитета, при которых также может развиваться остеомиелит позво-

почника, вызываемый преимущественно золотистым стафилококком. Туберкулез позвоночника встречается обычно у лиц молодого возраста, которые жалуются на слабость, повышение температуры, боли, болезненность при надавливании или прикосновении и ограничение движений в позвоночнике.

Носпалительного характера

Анкилозирующий спондилит встречается преимущественно у мужчин молодого возраста. Поражаются в первую очередь крестцово-подвздошные суставы, затем весь позвоночник. Обычно имеются жалобы на ригидность поясничного отдела позвоночника, особенно по утрам при подъеме с постели. При этом у больных могут наблюдаться ирит и подошвенный фасциит, возможны ревматические поражения других суставов, а также дисцит, проявляющийся умеренными болями в спине и нижней конечности.

Неопластического характера

Состояние больного обычно неудовлетворительное, он страдает от сильных постоянных болей, часто локализующихся в определенном участке позвоночника. При расспросе можно выяснить наличие в анамнезе первичной опухоли (например, бронхов, молочной, щитовидной и предстательной железы или почек), или вопрос о локализации первичной опухоли остается неясным. Боли нередко появляются внезапно с развитием патологического перелома, сопровождающегося компрессией позвонка. Иногда при этом развивается параплегия. Боли в спине может вызывать миелома.

Дегенеративного характера

Остеоартриты часто развиваются у больных пожилого возраста и протекают с болями, усиливающимися при движении и уменьшающимися в покое. Повреждение межпозвоночного диска сопровождается внезапным появлением болей в нижней части спины, отдающих по задней поверхности бедра в ногу (ишиалгия). Боль усиливается при движении, кашле, напряжении. Иногда может наблюдаться неврологическая симптоматика, например, слабость конечности, симптомы нарушения функции мочевого пузыря.

Метаболического характера

Остеопороз чаще всего развивается у женщин в постклимактерическом периоде. При этом нередко отмечают боли в костях, возникают патологические переломы костей. Развитие остеомалации возможно также у больных с наличием в анамнезе гастрэктомии, стеатореи, почечной недостаточности или противосудорожной терапии.

Эндокринного характера

Эта патология чаще встречается у лиц, страдающих болезнью Кушинга, или длительно получающих гормональную (стероиды) терапию.

Идиопатические

Боли в спине могут наблюдаться у больных с болезнью Педжета. Это заболевание обычно развивается у лиц в возрасте старше 40 лет. При этом наблюдаются другие изменения, например, увеличение лица или варусное искривление ног. Болезнь Шейермана представляет остеохондропатию апофизов грудных позвонков. Боли в спине при этом заболевании отмечаются у подростков. У больного может отмечаться сходство с родителями, имеющими характерные сферические плечи.

Психогенного характера

Психогенные боли встречаются довольно часто. Обследуйте больного на наличие у него симуляции, тревоги, депрессии и рентного (пенсионного) невроза.

Висцеральные боли

Больной с пенетрирующей пептической язвой часто жалуется на боли в эпигастральной области, иррадиирующие непосредственно в спину. Боль может проходить или уменьшаться после приема пищи или антацидов. При раке поджелудочной железы больной отмечает сверлящую постоянную боль в спине. При этом отмечаются анорексия и похудание. Больной может быть желтушным. Опухоль при раке прямой кишки, распространяясь на крестец и крестцовое сплетение, может вызывать боли в спине с ишиалгией.

Сосудистого характера

Расслаивание аневризмы аорты в тела позвонков может сопровождаться болями в спине. Резкие боли в спине наблюдаются и при разрыве аорты. Больной может жаловаться на наличие пульсирующей опухоли в животе. При остром расслоении аорты он отмечает резкую рвущую боль в спине, сопровождающуюся болями в груди. При этом обычно наблюдается состояние шока.

Почечная

При раке почки обычно имеются жалобы на тупую, сверлящую боль, иногда может отмечаться гематурия. В случае почечной колики боль в поясничной области, иррадиирующая в паховую область, бывает настолько интенсивной, что больной не находит себе удобного положения для ее облегчения. При воспалительных заболеваниях почек боль локализуется в верхнем отделе поясничной области. У больного могут отмечаться повышение температуры с ознобом и дизурические расстройства.

Гинекологического характера

Больная обычно жалуется на боли в нижнем отделе поясничной области и неприятные ощущения в области малого таза. Возможны дисменорея, меноррагия или постклимактерическое кровотечение.

ИССЛЕДОВАНИЯ

Общие замечания

При остром сдавлении спинного мозга больной может отмечать боли в обеих конечностях, а при обследовании выявляются признаки поражения двигательных нейронов ниже и выше уровня сдавления. У больного необходимо проверить наличие нарушений функции тазового сфинктера. При остром сдавлении конского хвоста отмечаются корешковые боли в нижних конечностях, седловидная анестезия и нарушения функции мочевого пузыря и кишечника. Любого больного, обратившегося по поводу острых болей в спине с наличием указанных выше симптомов, следует внимательно обследовать и при выявлении соответствующей симптоматики срочно направить к нейрохирургу.

Врожденные заболевания

Уже при простом осмотре становится очевидным наличие у больного кифосколиоза и расщелины позвоночника. У больного со спондилолистезом при пальпации остистых отростков можно отметить наличие «ступеньки» с располагающейся ниже кожной складкой. В процесс обычно вовлекается L_V , смещающийся кпереди относительно S_1 , и реже отмечается соскальзывание L_{IV} по отношению к L_V . Иногда можно обнаружить неврологические нарушения в нижних конечностях.

Приобретенные

Травматические

Диагноз становится очевидным после выяснения анамнеза заболевания. Необходимо обратить тщательное внимание на положение больного и провести полное и всестороннее неврологическое обследование. Во всех случаях старайтесь определить наличие связи с ранее перенесенной травмой.

Инфекционные

У больного с острым остеомиелитом отмечаются повышение температуры, недомогание, локальная болезненность и напряжение мышц спины. Может отмечаться сгибательная контрактура бедер и позвоночника. В запущенных случаях больной не в состоянии поднять голову и посмотреть вперед. Определите наличие у больного ирита и подошвенного фасциита. У больного с дисцитом обнаруживаются ограничение объема движений в позвоночнике и ревматическое поражение других суставов.

Неопластические

Больного с миеломой (помимо болей в спине) могут беспокоить боли в ребрах, длинных трубчатых костях и костях черепа. При метастатическом поражении определяется болезненность костей при пальпации. Проведите пальпацию костей позвоночника для опреде-

ления болезненности. Необходимо тщательное обследование для выявления злокачественного образования в органах грудной полости, щитовидной железе, молочных железах, почках и предстательной железе. Проведите тщательное неврологическое обследование для выявления каких-либо неврологических нарушений.

Дегенеративные

У больного с остеоартритом возможно ограничение движений позвоночника. При остром поражении диска отмечается ограничение движений позвоночника, лордоз и неврологические нарушения в нижних конечностях. Проведите полное неврологическое обследование больного.

Метаболические

При остеопорозе отмечается только локальная болезненность кости при пальпации. Нередко определяются признаки недавно перенесенного сплющивания позвонка. При остеомалации помимо болей в кости может наблюдаться проксимальная миопатия, сопровождающаяся появлением утиной походки (вразвалку).

Эндокринные

Уже при первом осмотре больного можно отметить симптомы болезни Кушинга или длительной гормональной терапии, например, специфическое очертание лица (кушингоидное лицо), горб буйвола, проксимальная миопатия (медленно прогрессирующая общая мышечная слабость и атрофия, начинающаяся в детском возрасте), полосы растяжения кожи на передней брюшной стенке и др.

Идиопатические

Больным с болезнью Педжета проведите обследование на наличие изменений в костях черепа, длинных трубчатых костях (искривление большеберцовых костей). Могут наблюдаться симптомы сдавления вследствие утолщения костей черепа, приводящего к развитию слепоты, глухоты или ущемления черепных нервов. Возможны признаки сердечной недостаточности с высоким выбросом вследствие васкуляризации костной ткани. У больных с болезнью Шейермана определяются небольшой кифоз грудного отдела и компенсаторный лордоз поясничного отдела позвоночника, плоская грудь.

Психогенные

Боли психогенного характера трудно поддаются оценке. Признаки могут изменяться от одного исследования до другого. Симптомы болезни во время исследования пациент нередко значительно преувеличивает. За больным лучше наблюдать со стороны, после выхода его из кабинета врача. Походка, осанка и поведение могут измениться сразу после ухода больного от врача.

Висцеральные

При пальпации живота обратите внимание на наличие болезненности в эпигастральной области или наличие опухолевидного образования. Больной, страдающий раком поджелудочной железы, может быть желтушным, а при пальпации определяется увеличенный желчный пузырь (закон Курвуазье — «если в случае безболезненной желтухи пальпируется желчный пузырь, то, вероятнее всего, причиной желтухи является не желчнокаменная болезнь»). Проведите пальцевое исследование прямой кишки для исключения рака.

Сосудистые

При пальпации живота можно выявить пульсирующее опухолевидное образование. У больного могут быть явления шока. При остром расслоении аорты может наблюдаться несоответствие между шоковым состоянием и пульсом на нижних конечностях.

Почечные

Определите наличие болезненности при пальпации почек или поясничной области.

Гинекологические

Определите наличие опухолевидных образований в полости малого таза. Проведите бимануальное исследование.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ злокачественное новообразование, пептическая язва. Л ↑ воспалительный процесс, например остеомиелит. СОЭ ↑ злокачественное новообразование, например мелома или метастазы. Туберкулез. Анкилозирующий спондилит.

• **М и Эл**

Изменения возможны при заболеваниях почек.

• **ФПП**

Повышение уровня билирубина и щелочной фосфатазы наблюдается при непроходимости желчных путей, обусловленной раком головки поджелудочной железы. Повышение щелочной фосфатазы может наблюдаться у больных с болезнью Педжета, остеомалацией и метастазами злокачественной опухоли в кости. Это повышение отмечается за счет костной щелочной фосфатазы, поэтому необходимо проверить уровень ее изоферментов.

• **РГК**

Первичная опухоль, например бронхогенный рак легкого. Метастазы в легкие.

• **Рентгенография позвоночника**

Травма — переломы. Остеоартрит — сужение межпозвоночного пространства и остеофиты. Пропалс межпозвоночного диска — небольшой сколиоз, исчезновение поясничного лордоза, отсутствие

межпозвоночной щели, грыжа Шморля. Спондилолистез – симптом декапитированной «шотландской собаки». Болезнь Шейермана – вклинение позвонка и неровность концевых пластинок позвонков. Хронический остеомиелит – изъеденность суставных поверхностей, разрушение кости и межпозвоночных дисков, затемнение мягких тканей, например абсцесс большой поясничной мышцы. Миелома – штампованное поражение. Метастазы – остеолитические или остеосклеротические (рак предстательной железы). Остеопороз – истончение костной ткани, уменьшение толщины позвонка. Анкилозирующий спондилит – «бамбуковый» позвоночник, неравномерность, склероз и расплавление крестцово-подвздошных суставов. Поражение костей при болезни Педжета – «склеротические» белые позвонки.

- **УЗИ**

Аневризма аорты. Заболевания почек. Заболевания матки.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ПСА**

Рак предстательной железы.

- **Уровень калия в крови**

Повышенный при злокачественных новообразованиях, миеломе и метастазах в кости.

- **Белок Бенс-Джонса**

Повышение уровня в крови может наблюдаться при миеломе.

- **КТ**

Поражения поджелудочной железы. Заболевания аорты. Заболевания органов малого таза.

- **Сканирование с технецием**

Наличие ярких пятен при метастазах в кости. Подобные пятна иногда наблюдаются при воспалительных процессах.

- **МРТ**

Локализация поражений диска. Опухоль спинного мозга. Сдавление спинного мозга.

▶ БОЛИ В МОШОНКЕ

Появление болей в мошонке может быть обусловлено повреждением кожи самой мошонки, заболеванием находящихся в ней образований и в редких случаях в результате иррадиации болей.

ПРИЧИНЫ

Кожные

Дерматит
 Раздражение (при недержании мочи/кала)
 Инфицированная киста сальной железы
 Герпес простой
 Болезнь Бехчета (редко)
 Гангрена Фурнье (редко)

Опухоли содержимого мошонки

Ущемленная грыжа
 Перекрут яичка
 Перекрут придатка яичка
 Эпидидимоорхит
 Гематоцеле
 Варикоцеле

Иррадирующие

Ущемление подвздошно-пахового нерва после пластики грыжевого кольца
 Повреждение паховой области
 Идиопатическая невралгия спинного мозга
 Раздражение спинального нерва

АНАМНЕЗ

Кожное

Больной указывает на наличие зудящего и болезненного раздражения на коже мошонки. У больных пожилого возраста с неадекватным сознанием болезненность может объясняться раздражающим действием мочи и кала и развитием воспаления. Указания больного на ранее имевшееся на коже мошонки опухолевидное образование могут свидетельствовать об инфицировании сальной железы. Данные анамнеза могут указывать на перенесенный ранее контактный дерматит. Болезненные пузырьковые высыпания — признак простого герпеса. У больного с синдромом Бехчета могут наблюдаться болезненные изъязвления мошонки, а также подобное поражение полового члена. Гангрена Фурнье развивается у молодых здоровых мужчин, нередко без видимой причины, и характеризуется острым началом с быстрым прогрессированием гангрены кожи.

Опухоли содержимого мошонки

У больного может быть паховая грыжа, спускающаяся в мошонку. Внезапное появление схваткообразных болей в животе и неуправляемость грыжевого выпячивания — характерные признаки ущемленной грыжи. Внезапное появление болей, красноты и припухлости в области мошонки у подростка или молодого мужчины указывают на перекрут яичка. Причиной его развития часто является интенсивная физическая нагрузка. Это острая хирургическая патология, требующая проведения экстренной операции. Жалобы больного на постепенно появившиеся боли, гиперемию и болезненность в области мошонки являются характерными симптомами орхоэпидидимита. Выясните у больного признаки воспалительного процесса мочевыводящих путей, например дизурические явления или частое мочеиспускание, что может наблюдаться при орхоэпидидимите. Орхит может наблюдаться у больных эпидемическим паротитом, выявляется при осмотре больного. В этом случае больной часто жалуется на двустороннюю боль в области околоушных и подчелюстных желез, болезненное увеличение шейных лимфатических узлов и общее недомогание. Наличие травмы мошонки в анамнезе указывает на гематоцеле. У больного с варикоцеле часто отмечается тупая разлитая боль в области мошонки.

Иррадирующая боль

Лишь в редких случаях больной может жаловаться на боли в мошонке без какой-либо патологии при осмотре и пальпации мошонки. Выясните у больного наличие в анамнезе операции по поводу паховой грыжи, которая может осложняться ущемлением подвздошно-пахового нерва. Иррадирующие боли могут наблюдаться у больного с идиопатической невралгией спинного мозга, но это встречается редко. Боль в области мошонки иногда может наблюдаться при «растяжении паховой области».

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Кожное

Наличие на коже мошонки гиперемированного участка с десквамированным эпидермисом указывает на дерматит. На пораженном участке может развиваться вторичная инфекция. У пожилого больного, страдающего недержанием мочи или кала уже при простом осмотре становится очевидным раздражение кожи мошонки мочой или фекалиями. Инфицированная киста сальной железы проявляется в виде локального, болезненного и гиперемированного опухолевидного образования. Из кисты может поступать гнойное отделяемое. Простой герпес можно определить по характерным пузырьковым высыпаниям на коже мошонки, которые могут наблюдаться и в других местах, например на половом члене. У больного с болезнью Бехчета на коже мошонки, а также на половом члене наблюдаются болезненные изъязвления. Кроме того, отмечаются и другие характерные признаки болезни Бехчета, например, артрит, кератит,

иридоциклит, язвы в ротовой полости. У больного с гангреной Фурнье обычно наблюдается выраженная отечность мошонки с напряженной, лоснящейся кожей. Перед развитием гангрены подкожных тканей определяется крепитация. Гангрена может распространяться вплоть до паховой области и нижнего отдела брюшной стенки. В запущенных случаях кожа на мошонке полностью исчезает и просматриваются подвешенные в мошонке, незащищенные яички.

Опухоли содержимого мошонки

Обнаружение при обследовании у больного в мошонке напряженного болезненного образования, не смещающегося вверх, указывает на наличие ущемленной грыжи. Увеличенное и болезненное при пальпации яичко, подтянутое вверх, к паховой складке, — характерный признак перекрута яичка. У больного с орхоэпидидимитом выявляются увеличенные и болезненные яички, гиперемия и отечность мошонки. В этом случае необходимо проверить состояние околоушных и подчелюстных слюнных желез для исключения эпидемического паротита. Иногда у больного выявляется перекрут придатка яичка, сопровождающийся болью и отеком мошонки, непропорциональным объему пораженного придатка, размер которого может составлять всего лишь несколько миллиметров в диаметре. Болезненность и припухлость мошонки с наличием кровоподтека и отечности после травмы позволяют предположить наличие у больного гематоцеле (скопление крови между двумя слоями влагалишной оболочки). Варикоцеле обнаруживается при обследовании больного в вертикальном положении в течение 10—15 с. Классически это ощущается в виде «мешка с червяками» при заполнении расширенных вен кровью, пальпирующихся через кожу мошонки. Варикоцеле обычно развивается на левой стороне. Внезапное развитие варикоцеле на левой стороне мошонки иногда наблюдается у больных раком почки. Опухоль прорастает левую почечную вену, нарушая проходимость тестикулярных вен. Проведите пальпацию живота с целью выявления опухоли левой почки.

Иррадиирующая боль

При осмотре обратите внимание на наличие послеоперационного рубца в паховой области. Ущемление подвздошно-пахового нерва может сопровождаться появлением у больного анестезии/парестезии ниже уровня рубца и передней поверхности кожи мошонки. В некоторых случаях иррадиирующих болей при поражении спинного мозга у больного следует провести полное неврологическое обследование. Проверьте наличие болезненности при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ воспалительный процесс, опухоль.

- **УЗИ**

Повреждение яичек. Гематоцеле.

- **ИСПМ**

Воспаление мочевыводящих путей у больного с орхоэпидидимитом.

- **Мазок**

Язва, ПИЧ.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Рентгенография поясничного отдела позвоночника**

Иррадирующая боль вследствие дегенеративных изменений или метастазов в позвоночник.

- **Допплеровское лазерное исследование**

Проверьте кровоток в яичках. Отсутствие его указывает на перекрут яичка.

- **Сканирование с технецием**

Для дифференциации перекрута яичка (отсутствие изображения) и орхоэпидидимита (наличие хорошего кровотока по яичкам).

- **УЗИ брюшной полости**

Рак левой почки (варикоцеле).

- **МРТ**

Повреждения спинного мозга.

- **Операция**

С целью диагностики перекрута яичка и воспаления. В большинстве случаев отсутствуют условия для выполнения лазерной доплерографии или сканирования с технецием (нет времени или оборудования). Задержка с проведением операции в пределах 6 ч у больного с перекрутом яичка может привести к стойкому повреждению яичка. В случае какого-либо сомнения в диагнозе предположите, что это перекрут яичка и выполните срочную операцию.

▶ БОЛИ В НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

В этом разделе освещаются причины болей, возникающие в результате локальных патологических процессов и повреждений конечности, а также иррадиирующие боли. Боли в нижних конечностях являются довольно часто жалобой больных, обращающихся к врачу, и в большинстве случаев обусловлены поражением сосудов или опорно-двигательного аппарата. Боли, обусловленные поражением суставов, — см. с. 194.

ПРИЧИНЫ

Травматические

Переломы
Вывихи
Раздавленные повреждения

Воспалительные

Ревматоидный артрит
Болезнь Рейтера
Анкилозирующий спондилит

Инфекционные

Целлюлит
Миозит (редко)
Остеомиелит (редко)
Септический артрит

Дегенеративные

Остеоартрит
Киста Бейкера
Повреждения менисков

Сосудистые

Тромбоз глубоких вен
Острая артериальная непроходимость
Переменяющаяся хромота

Неврологические

Ишиалгия
Периферическая нейропатия

Метаболические

Подагра

Неопластические

Остеогенная саркома
Метаастазы

Прочие

Ревматическая полимиалгия
Судороги

АНАМНЕЗ

Травматические

При опросе больного отмечается наличие перенесенной ранее травмы.

Воспалительные

Больной указывает на припухлость сустава, ригидность, ограничение движений, боли при ходьбе. В анамнезе наличие ревматоидного артрита с поражением других суставов, например кистей рук. На болезнь Рейтера указывают наличие конъюнктивита и уретрита. Анкилозирующий спондилит сопровождается ригидностью позвоночника, особенно в утренние часы, поражением коленных и бедренных суставов.

Инфекционные

Причиной целлюлита может быть небольшое нарушение целостности кожных покровов, например укус насекомого, или он нередко развивается у больных с лимфогенным отеком нижних конечностей. Миозит может быть проявлением системных заболеваний соединительной ткани, например, склеродермии, дерматомиозита. Остеомиелит редко встречается у взрослых, но значительно чаще в детском возрасте. В анамнезе у больных можно выявить сахарный диабет, признаки снижения иммунитета, недавно перенесенный воспалительный процесс. При этом больной жалуется на боли, усиливающиеся при движении, отечность и гиперемию кожи над пораженным участком. Септический артрит проявляется болями в суставе, припухлостью, гиперемией и локальным повышением температуры кожных покровов в области сустава. Заболевание чаще развивается у детей. У взрослых выясните наличие сахарного диабета или длительного применения стероидных гормонов.

Дегенеративные

Больные с остеоартритом жалуются на боли, ограничение движений и деформацию сустава. Боли усиливаются вначале движения, а затем их интенсивность уменьшается. Киста Бейкера обнаруживается как опухолевидное образование в подколенной ямке. В случае разрыва кисты появляются жалобы на боли и отечность в области икроножных мышц. У больного с повреждением мениска, как правило, отмечаются указания на перенесенную ранее травму коленного сустава в сочетании с поворотом, например при игре в футбол, а также периодическое заклинивание сустава.

Сосудистые

Тромбоз глубоких вен проявляется болями и отеком нижней конечности. Выясните у больного возможность применения контрацептивных препаратов, длительного постельного режима больного, недавно перенесенной им операции, злокачественного новообразова-

ния. Острая артериальная непроходимость характеризуется внезапным появлением сильных болей в пораженной конечности. Больной указывает на похолодание конечности, невозможность выполнять какие-либо движения этой конечностью. У больного с перемежающейся хромотой боли в конечности появляются при ходьбе и успокаиваются в покое. Боли могут появляться в икроножных мышцах, мышцах бедра или ягодицах. При окклюзионных поражениях периферических артерий в запущенных случаях появляются боли в стопе. При этом боли усиливаются в ночное время и с целью их уменьшения больной опускает конечность с кровати вниз.

Неврологические

Боли в поясничной области, иррадиирующие в ногу (ишиас), усиливаются при кашле, движении или выпрямлении ноги. Больной жалуется также на боли в мышцах спины, нередко ограничение движений в позвоночнике.

Метаболические

Приступ подагры проявляется появлением сильных болей в суставе, сопровождающихся отеком и гиперемией кожных покровов. Больной часто указывает на ранее наблюдавшиеся приступы болей подобного характера или перенесенную травму, операцию, воспалительный процесс, применение мочегонных, цитотоксических препаратов или иммунодепрессантов, наличие у него полицитемии, лейкомии.

Неопластические

Остеогенная саркома развивается, как правило, у мужчин в возрасте 20—40 лет, сопровождаясь появлением отека в области коленного сустава. Чаще всего она располагается в нижней части бедренной кости или верхнем отделе большеберцовой кости. Больной часто жалуется на боли в кости, отечность конечности или кашель, указывающий на появление метастазов в легких. Боли и патологические переломы обусловлены наличием метастазов в кости. Источниками метастазирования могут быть молочная железа, легкое, щитовидная и предстательная железы или почки. Выясните наличие у больного признаков поражения этих органов или органов, на которых проводилась операция по поводу злокачественного новообразования.

Прочие

Полимиялгия ревматического характера обычно наблюдается у женщин пожилого возраста. Они жалуются на боли, ригидность проксимальных мышц в утренние часы и часто на поражение суставов. Спазм — болезненное произвольное сокращение отдельных мышц. Больной часто жалуется на сильные боли в конечностях, особенно в ночное время или после физической нагрузки. Подобные явления могут развиваться при выраженных нарушениях электролитного

баланса, миопатии или ишемии мышц. Это также часто наблюдается у больных с хронической почечной недостаточностью.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Травматические

У больных с травмой отмечается болезненность конечности в области травмы, нарушение движений, деформация конечности, крепитация в области перелома и патологическая подвижность костных отломков. Проверьте возможность повреждения соответствующих нервов и сосудов, проходящих в этой зоне.

Воспалительные

Эти заболевания характеризуются наличием болей, отечностью и болезненностью сустава при пальпации, ограничением движений, стойкой деформацией конечности и нарушением походки. У больного ревматоидным артритом выявляются признаки поражения других суставов. У больных с болезнью Рейтера выявляются конъюнктивит и уретрит. Анкилозирующий спондилит проявляется ригидностью позвоночника, уменьшением экскурсии грудной клетки при дыхании, стойким кифотическим искривлением позвоночника с чрезмерным разгибанием его в шейном отделе.

Инфекционные

При остром целлюлите отмечаются гиперемия и болезненность при пальпации над пораженным участком, может наблюдаться увеличение паховых лимфатических узлов. У больного с остеомиелитом имеются болезненность и локальное повышение температуры кожи в области пораженного участка конечности. При миозите отмечаются болезненность и атрофия мышц наряду с другими проявлениями системных заболеваний соединительной ткани, например, узелковым полиартериитом (болезнь Куссмауля), СКВ, склеродермией или дерматомиозитом. При септическом артрите отмечается болезненность, отечность сустава, кожа над ним горячая на ощупь, движения в суставе резко болезненные, нередко развивается спазм окружающих сустав мышц.

Дегенеративные

При остеоартрите отмечается деформация сустава, утолщение синовиальной сумки, увеличение кости вследствие образования остеофитов, ограничение движений и развитие стойкой деформации конечности. При наличии кисты Бейкера определяется опухолевидное образование в подколенной ямке, при разрыве которого большой жалуетесь на появление болей и отечности голени. У больного с повреждением мениска отмечается припухлость коленного сустава и болезненность в проекции суставной щели. В далеко зашедшем случае определяется наличие выпота в суставе с атрофией четырехглавой мышцы бедра и положительным симптомом Мак-Мюррея.

Сосудистые

При тромбозе глубоких вен определяются болезненность, отек и повышение температуры кожи в области икроножных мышц, нередко отечность голеностопного сустава, положительный признак Гоманса (болезненность икроножных мышц при пальпации и при максимальном тыльном сгибании стопы). У больного с илиофemorальным тромбозом может наблюдаться белая болевая флегмазия — *phlegmasia alba dolans* (резкий отек ноги вследствие венозного тромбоза) или синяя болевая флегмазия — *phlegmasia cerulea dolans* (острый тромбоз вен конечности, характеризующийся появлением у больного внезапной резкой боли в конечности, массивным ее отеком, цианозом, отсутствием пульсации артерий и развитием сосудистого коллапса и шока). При возникновении острой ишемии отмечаются боль, бледность кожных покровов, отсутствие пульса на артериях конечности, парестезии и нарушение движений. При обследовании обратите внимание на наличие у больного мерцательной аритмии как потенциального источника тромбоэмболии и развития ишемии конечности. У больных с перемежающейся хромотой определите наличие пульса на артериях конечности, проведите пробу Бюргера.

Неопластические

У больного, как правило, отмечается болезненная при пальпации припухлость, местное повышение температуры кожи в области коленного сустава, нижней части бедра или верхнем отделе большеберцовой кости. Проведите исследование органов грудной клетки для исключения метастазов в легкие. У больного с метастазами обследуйте легкие, молочные железы, щитовидную и предстательную железы и почки для выявления источника метастазирования.

Неврогенные

При наличии у больного ишиалгии отмечаются лордоз, невозможность поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, ограничение движений в позвоночнике. При исследовании выявляется снижение сухожильных рефлексов в нижней конечности, участки нарушения чувствительности.

Метаболические

Во время острого приступа подагры наблюдается отечность и ограничение движений в пораженном суставе, болезненность при пальпации, повышение кожной температуры. Проверьте наличие подагрических узелков в других суставах.

Прочие

При ревматической полимиалгии отмечаются болезненность мышц и явления артритов. Иногда выявляется сопутствующий гигантоклеточный артериит височной артерии. Проверьте наличие болезненности височной артерии при пальпации. Болезненные судороги

могут наблюдаться у больного с хронической почечной недостаточностью.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ анемия при хронических заболеваниях, например, ревматоидном артрите, болезни соединительной ткани. Л ↑ воспалительный процесс, септический артрит. СОЭ ↑ воспаление, например, ревматоидный артрит, злокачественное новообразование, ревматическая полимиалгия.

- **М и Эл**

Хроническая почечная недостаточность. Поражение почек при болезни соединительной ткани.

- **ФПП**

Щелочная фосфатаза ↑ при наличии метастазов.

- **Ревматоидный фактор**

Ревматоидный артрит.

- **Глюкоза крови**

Сахарный диабет – нейропатия, окклюзионные поражения периферических сосудов.

- **Мочевая кислота крови**

Подагра.

- **Локальная рентгенография**

Переломы. Остеоартрит. Ревматоидный артрит. Хронический остеомиелит. Опухоли.

- **Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника**

Поражение межпозвоночных дисков. Остеофиты. Сужение суставной щели. Лордоз.

- **РГК**

Метастазы при остеогенной саркоме.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **КТ**

Локальные повреждения. Позвоночник, например, повреждение межпозвоночного диска, опухоль.

- **МРТ**

Позвоночник, патология межпозвоночного диска, опухоль.

- **Дуплексное доплеровское исследование**

Тромбоз глубоких вен. Окклюзионные поражения артерий.

- **Ангиография**

Заболевания сосудов.

- **Венография**

ТГВ.

- **Исследование нервной проводимости**

Повреждение нервов, периферическая нейропатия.

▶ БОЛИ В СТОПЕ

Боли в стопе являются наиболее частой жалобой. В большинстве случаев они обусловлены нарушением положения или артритом.

ПРИЧИНЫ

Травматические

Переломы
– маршевые переломы

Инфекционные

Целлюлит
Остеомиелит
Гнойный артрит

Воспалительные

Ревматоидный артрит
Подошвенный фасцит
Болезнь Рейтера
Остеохондрит ладьевидной кости (болезнь Келера)
Остеохондрит головки плюсневой кости (болезнь Фрейберга)

Сосудистые

Ишемия
Язвы

Метаболические

Подагра

Дегенеративные

Остеоартрит
Плоскостопие
Прочие деформации стопы (см. с. 143)

Другие

Метатарзалгия
Метатарзалгия Мортон
Подошвенные бородавки
Мозоли и омололости
Иррадиирующая боль, например, поражение диска, нейропатии

АНАМНЕЗ

Травматические

В анамнезе больной отмечает травму, например, падение на стопу тяжелого предмета, раздавливание. Переломы в результате физического перенапряжения, или маршевые переломы, наступают при длительном пешем переходе. Нередко при этом имеется боль в стопе. Обычно наблюдается поражение II плюсневой кости.

Инфекционные

Целлюлит может возникнуть на месте колотой раны, например, возникшей у больного, наступившего на гвоздь, после укуса насекомого. Причина быстро становится очевидной на основании анамнеза. При поступлении имеются жалобы на боль в стопе, которая становится отечной и гиперемированной. Остеомиелит редко бывает причиной боли в стопе, он может развиваться при наличии инфекции в крови (например, при сальмонеллезе) или из местного воспалительного очага, особенно у больных сахарным диабетом. Отмечаются боль, болезненность при пальпации, отек и гиперемия кожи в области пораженного участка кости. Гнойный артрит встречается редко и сопровождается болью, отеком и гиперемией окружающих тканей.

Воспалительные

Поражение стопы часто наблюдается при ревматоидном артрите. В запущенных случаях отмечается тяжелая деформация различных суставов. У больного имеются и другие признаки ревматоидного артрита. Боли при подошвенном фасциите локализуются в области пятки. Подошвенный фасциит чаще развивается у лиц среднего возраста, нередко с болезнью Рейтера. Боль часто усиливается при вставании. Остеохондрит чаще наблюдается в головке II плюсневой кости (болезнь Фрейберга) или ладьевидной кости (болезнь Келера). В области пораженной кости отмечаются боль, отек и болезненность при пальпации.

Сосудистые

Из анамнеза нередко выясняется наличие у больного перемежающейся хромоты с постепенным развитием болей ишемического характера в покое. Больной жалуется на сильные боли в стопе, обычно ночью, которые уменьшаются при опускании конечности с кровати вниз. Нередко больной отмечает наличие язв на стопе и изменение ее цвета. В некоторых случаях выявляется гангрена стопы. У больного следует выяснить злоупотребление курением и наличие у него сахарного диабета.

Метаболические

При подагре обычно наблюдается поражение первых ПФ суставов стопы. Больной отмечает появление внезапной боли в стопе, покраснение кожи и отечность. Нередко он указывает на ранее наблюдавшиеся подобные приступы болей. Возникновению подагрического приступа может способствовать травма, операция, воспаление или прием некоторых лекарственных средств, например мочегонных. Из анамнеза иногда выясняется наличие у них лейкоза, полицитемии и лечения цитотоксическими или иммуносупрессивными препаратами.

Дегенеративные

Причиной болей в стопе могут быть остеоартрит, плоскостопие и другие деформации стопы. Ригидность большого пальца стопы

(hallux rigidus), т.е. первичный гипертрофический остеоартрит плюснофалангового сустава большого пальца, сопровождается болью в стопе и ограничением подвижности большого пальца.

Другие

Метатарзалгия сопровождается болью в области головок плюсневых костей. Это наиболее частая причина болей у женщин среднего возраста. Появление симптомов наблюдается после длительного нахождения в вертикальном положении. Причиной метатарзалгии Мортона является пальцевая неврома. Чаще всего нейрофиброзом поражаются нервные веточки, проходящие между головками III и IV плюсневых костей. Заболевание наблюдается преимущественно у женщин в возрасте 40–50 лет. Больные отмечают периодическое появление резких стреляющих болей в большом пальце стопы, обычно только при ношении туфель. Причиной болей могут быть подошвенные бородавки, которые располагаются преимущественно на подошвенной поверхности головок плюсневых костей, большого пальца и пятки. Боль могут причинять мозоли и ороговелости, возникающие в местах давления. Они часто наблюдаются у лиц с деформациями стопы. Причиной иррадиирующей боли в стопу может быть поражение спинного мозга. Больные указывают на ранее наблюдавшиеся у них боли в спине или слабость в конечностях.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Травматические

При исследовании у больного в случае перелома наблюдаются боль, болезненность при пальпации в области перелома, отечность, деформация конечности или крепитация. При маршевом переломе отмечаются локальная болезненность и отечность в области тыла стопы.

Инфекционные

У больных с целлюлитом, остеомиелитом и гнойным артритом отмечаются повышение температуры тела, недомогание, отек, гиперемия и болезненность стопы.

Воспалительные

У больных с ревматоидным артритом наблюдается поражение и других суставов, например суставов кисти. На стопе можно обнаружить плоскостопие, вальгусное искривление большого пальца, когтеобразные пальцы и подвывих ПФ суставов. У больного с подошвенным фасциитом обычно отмечается локальная болезненность в области подошвенной поверхности пяточной кости. При болезни Рейтера одновременно обнаруживаются уретрит и конъюнктивит. При болезни Фрейберга и болезни Келера отмечаются отечность и болезненность в области соответствующей кости.

Сосудистые

Внимательно осмотрите конечность с целью выявления признаков ишемии, например, бледность, наличие парестезии, отсутствие пульсации магистральных и периферических артерий, наличие язв, гангрены.

Метаболические

У больных с подагрой нередко выявляются отечность, краснота и болезненность в области I пястно-фалангового сустава, а также наличие подагрических узлов в других местах.

Дегенеративные

При остеоартритах отмечаются болезненность и ограничение подвижности, например ригидность большого пальца стопы. Нередко обнаруживаются плоскостопие и другие деформации стопы (см. с. 143).

Прочие

При метатарзалгии определяется болезненность при пальпации в области головок плюсневых костей. Под головками плюсневых костей нередко выявляются омокшелости. У больных с метатарзалгией Мортонa симптомы заболевания проявляются при сжатии переднего отдела стопы. Подошвенные бородавки (*verruca plantaris*) легко выявляются при осмотре стопы. Они выглядят в виде плоских образований с гипертрофией рогового слоя эпидермиса, которые как бы вставлены в кожу подошвенной поверхности стопы. В отличие от омокшелостей они болезненны при надавливании. При подозрении на наличие иррадирующих болей необходимо провести тщательное неврологическое обследование больного.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ анемия при хроническом заболевании, например ревматоидном артрите. Л ↑ при воспалительном процессе, например, целлюлите, остеомиелите. СОЭ ↑ ревматоидный артрит.

• Глюкоза крови

Сахарный диабет.

• Рентгенография стопы

Переломы (маршевые переломы не выявляются до формирования костной мозоли, поэтому необходимо проведение повторной рентгенографии). Остеомиелит – в начальной стадии изменения не выявляются, затем отмечаются остеопороз, субпериостальный рост новой кости, секвестрация. Ревматоидный артрит. Остеоартрит. Остеохондрит – плотные фрагменты кости. Деформации стопы.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Мочевая кислота крови

Подагра.

- **Посев крови**
Остеомиелит.
- **Сканирование костей**
Остеомиелит.
- **КТ**
Поражение спинного мозга — иррадирующая боль.
- **МРТ**
Поражение спинного мозга — иррадирующая боль.
- **Дуплексное доплеровское исследование**
Окклюзионные поражения сосудов.
- **Ангиография**
Окклюзионные поражения сосудов. Участок непроходимости сосудов. Оценка поражения мелких сосудов по сравнению с крупными.

▶ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА

Выделения из носа — довольно частая жалоба больных, обращающихся к врачу общего профиля. Наиболее частыми причинами выделений из носа являются простудные заболевания и аллергический ринит. Длительные выделения из носа с примесью крови — тревожный симптом, требующий быстрого обследования больного.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Атрезия хоан

Приобретенные

Инфекционные

Общее переохлаждение (острый ринит)
Хронический ринит
Синусит
Аденоидит (увеличение аденоидов)
Грибковые инфекции (редко)
Хроническая инфекция
— сифилис
Вирусная инфекция
— ВИЧ-инфекция

Аллергические

Аллергический ринит

Воспалительные

Эозинофильный вазомоторный ринит
Полипы носа
Неэозинофильный вазомоторный ринит

Неопластические

Рак
— носоглотки
— околоносовых пазух
Лимфома (злокачественная гранулема)

Гранулематозное заболевание

Гранулематоз Вегенера

Травматические

Инородное тело
Перелом передней черепной ямки
Раздражающие газы, например хлор, курение табака

Дегенеративные

Старческая ринорея

АНАМНЕЗ

Врожденные

Атрезия хоан встречается редко. Выясните наличие у больного других врожденных аномалий. Двусторонняя атрезия хоан представляет серьезную угрозу жизни новорожденных. Одностороннюю атрезия хоан иногда не обнаруживают до 5–10-летнего возраста ребенка, когда становится очевидной непроходимость одного носового хода, из которого наблюдается выделение густой слизи.

Приобретенные

Дифузионные

Чаще всего подвергается переохлаждению, сопровождающемуся обильными выделениями из носа, которые быстро прекращаются после согревания. У больного с хроническим ринитом могут наблюдаться гнойные выделения из носа, но часто густые и слизистого характера. У больного в анамнезе может отмечаться снижение иммунитета или наличие кистозного фиброза. При синуситах больные жалуются на боли и неприятные ощущения в области верхнечелюстных пазух или головную боль в области лобных пазух. При значительном увеличении аденоидов отмечаются ротовое дыхание, частые соплякотельные процессы в ротоглотке и среднем ухе, появление ринита во время сна. Грибковое поражение носа встречается редко и ризируется преимущественно у больных со сниженным иммунитетом.

Наиболее частым этиологическим фактором являются грибы рода *Candida albicans* и *Aspergillus spp.* Причиной хронического насморка может быть сифилис. При вторичном сифилисе отмечается частое поражение носа и развитие катаррального ринита. В этом случае у больного выявляются другие симптомы сифилиса. У больного с ВИЧ-инфекцией могут наблюдаться водянистые выделения из носа. При выяснении анамнеза расспросите больного о характере половой жизни. У него могут наблюдаться и другие проявления ВИЧ-инфекции.

Аллергические

Аллергический ринит. У больного в анамнезе могут наблюдаться детская экзема, аллергическая астма, аллергические ринит или конъюнктивит. Аллергические проявления могут носить сезонный характер с аллергией на пыльцу или постоянный при контакте с домашними животными (кошки) и реакции на домашних пылевых клещей. Больной обычно жалуется на водянистые выделения из носа, приступы чиханья, заложенность носа, раздражение конъюнктивы глаз и слезотечение. Подобные явления часто отмечаются у родственников больного.

Воспалительные

Вазомоторный ринит. Вазомоторный эозинофильный ринит проявляется водянистыми выделениями из носа, чиханьем. К этому состоянию не относится ни один тип аллергической реакции. У больных часто выявляются полипы в носу, отмечается повышенная чувствительность к аспирину, они нередко страдают бронхиальной астмой.

Полипы носа. Часто образуются у больных, не страдающих аллергическим эозинофильным ринитом. Больной жалуется на постоянную заложенность носа и выделения из него.

Неэозинофильный вазомоторный ринит. Больной обращается к врачу с жалобами на выделения из носа водянистого характера, заложенность носа и приступы чиханья. Это состояние может наблюдаться:

1) при приеме определенных гипотензивных препаратов, особенно ганглиоблокаторов и вазодилататоров; 2) у лиц с гормональными нарушениями; 3) с сердечной недостаточностью и явлениями застоя; 4) при состояниях возбуждения; 5) при контакте с раздражающими веществами, например, аммонием, курении.

Неопластические

Рак носоглотки редко встречается у жителей Европы, но часто среди жителей Южного Китая. При этом больной жалуется на постоянную заложенность носа и кровянистые выделения из него. У больных часто наблюдается односторонний средний отит вследствие развития непроходимости слуховой трубы. При распространении опухоли на основание черепа могут наблюдаться явления паралича черепных нервов. Больной может отмечать появление опухолевидного образования на шее вследствие увеличения шейных лимфатических узлов. Поражение лимфатических узлов наблюдается на ранней стадии процесса. У больного с этой патологией часто развиваются односторонняя потеря слуха, увеличение шейных лимфатических узлов и паралич черепных нервов.

Рак верхнечелюстной пазухи. Эта патология обычно выявляется довольно поздно. На ранней стадии развития опухоли у больного отмечаются кровянистые выделения из носа и его односторонняя заложенность. В запущенной стадии развивается отек щеки с изъязвлением твердого неба. Возможна эпифора (обильное выделение слезной жидкости на кожу лица, обусловленное нарушением ее оттока) вследствие распространения опухоли и закрытия слезно-носового протока. Возникновение эрозий на глазном яблоке сопровождается птозом и диплопией. У больного могут наблюдаться боли с иррадиацией в ухо.

Злокачественная гранулема представляет собой медленно прогрессирующее изъязвление, начинающееся в области носа. Хроническая воспалительная реакция сопровождается выделениями из носа.

Гранулематоз

Гранулематоз Вегенера характеризуется поражением носа, почек, легких и дыхательных путей. В основе заболевания лежит деструктивно-пролиферативный васкулит с поражением мелких сосудов. Больной обращается к врачу либо с клиническими проявлениями поражения легких или хронической почечной недостаточности.

Травматические

Наиболее часто выделения из носа вызывает инородное тело. Это обычно дети в возрасте 1–5 лет, а иногда и взрослые с психическими нарушениями. У ребенка обычно наблюдаются небольшие, с неприятным запахом, кровянистые выделения из носа. У взрослых может развиваться ринолит (кальцифицированный конкремент), что сопровождается заложенностью одной половины носа и появлением выделений. У больного обычно в носовом ходе выявляется большой

с конкрементом, иногда с инородным телом в центре, окруженным отложениями кальция и магния. При подозрении на перелом передней черепной ямки в случае черепно-мозговой травмы больной может жаловаться на выделение из носа прозрачной жидкости (ликвора) или жидкости с примесью крови. Раздражающие газы, например, вблизи промышленного объекта или при чрезмерном содержании хлора в воде плавательного бассейна, могут вызывать раздражение слизистой оболочки носа с появлением выделений.

Демонстративные

Историческая ринорея часто наблюдается у лиц пожилого возраста. Предполагают, что это обусловлено нарушением вазомоторной регуляции.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Агрессия хоан

Шпатель или катетером попытайтесь пройти в носовую полость. Это обычно не удается сделать. Диагноз подтверждается при задней риноскопии, выполняемой под общей анестезией.

Инфекционные

В случае простудного заболевания у больного отмечается отечность слизистой оболочки носа, которая при осмотре выглядит чистой. При хроническом рините определяется утолщение слизистой оболочки с наличием гнойного отделяемого. У больного с увеличенными аденоидами исследование с использованием зеркала позволяет установить диагноз, который можно подтвердить при рентгенографии в боковой проекции.

Аллергические

При аллергическом рините отмечается отечность слизистой оболочки носа с наличием в носу чистого слизистого отделяемого.

Воспалительные

Клинические проявления эозинофильного вазомоторного ринита имеют сходство с аллергическим ринитом, но в первом случае иногда в полости носа обнаруживается полип. Полип носа определяется в виде розового и гладкого или желтовато-серого образования, имеющего ножку. У больного с неэозинофильным вазомоторным ринитом в носовых ходах определяется большое количество слизистого отделяемого, заполняющего нижние носовые раковины. Объективные данные нередко не соответствуют более выраженным симптомам, имеющимся у больного.

Неопластические

Необходимо провести исследование полостей, расположенных ниже полости носа, в случае необходимости даже под общей анестезией,

а также всестороннее исследование черепных нервов. При раке верхнечелюстной пазухи можно обнаружить отечность щеки с изъязвлением твердого неба. Нередко можно наблюдать эпифору (обильное выделение слезной жидкости на кожу лица) при инфильтрации опухоли слезноносового канала. Проведите исследование шейных лимфатических узлов. При злокачественной гранулеме отмечается прогрессирующее изъязвление лица, начинающееся в области носа.

Гранулематоз

При гранулематозе Вегенера развиваются некроз и изъязвления слизистых оболочек. У больных с гранулематозом Вегенера не наблюдается развитие эрозий на коже лица или носа или перфорации твердого неба; при выявлении этой картины следует заподозрить злокачественное новообразование или злокачественную гранулему. У больных с гранулематозом Вегенера нередко развиваются средний отит, изъязвление слизистой оболочки рта, трахеи и гортани, а также поражение легочной ткани с образованием инфильтратов и каверн и поражение почек.

Травматические

При исследовании с помощью зеркала в полости носа нередко выявляется инородное тело. При ринорее иногда довольно трудно бывает отличить носовое кровотечение от истечения ликвора с примесью крови. Попробуйте опустить каплю окрашенной кровью отделяемого на чистый марлевый тампон. В случае истечения ликвора вокруг окрашенной кровью пятна образуется ободок желтоватого цвета (симптом гало). При воздействии раздражающих газов отмечают гиперемия и отек слизистой оболочки носа. Одновременно почти во всех случаях отмечают раздражение глаз и сопутствующая реакция кожи.

Дегенеративные

При старческой ринорее не выявляется какой-либо патологии при исследовании носа за исключением истечения из него капель жидкости.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нв ↓ злокачественное новообразование, гранулематоз Вегенера.
Л ↑ воспалительный процесс, например аденоидит. СОЭ ↑ воспалительный процесс, злокачественное новообразование.

• Мазок

ПиЧ. Дифференциация бактериального и грибкового поражения.

• Рентгенография черепа

Перелом передней черепной ямки, включая решетчатую кость, — риноррея. Рак верхней челюсти в области верхнечелюстной пазухи.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Биопсия**
Рак. Гранулематоз Вегенера, злокачественная гранулема.
- **РАСТ**
Исследование аллергена – специфический IgE.
- **КТ**
Рак носоглотки. Оценка степени поражения. Рак верхнечелюстной пазухи. Оценка степени поражения.

▶ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Врачу не так уж редко приходится сталкиваться с этой патологией. Это беспокоит больную, поскольку выделения могут пачкать верхнюю одежду. Выделения из соска с примесью крови могут быть симптомом злокачественного новообразования молочной железы.

ПРИЧИНЫ

Серьезные	Ранние сроки беременности Фиброаденоматоз
Молочные	Поздние сроки беременности Лактация Лакторей новорожденного Половое созревание Пролактинома (опухоль передней доли гипофиза)
Окрашенные	
Желтые, коричневые, зеленые	Фиброаденоз
Густые и кремового цвета	Эктазия протока
Гнойные	Абсцесс молочной железы (редко) Ретроареолярный абсцесс Туберкулез
Окрашенные кровью	Внутрипротоковый рак Внутрипротоковая папиллома Болезнь Педжета соска

АНАМНЕЗ

Наличие беременности и лактации являются очевидными. Выделения из соска встречаются у новорожденных любого пола и объясняются прохождением женских половых гормонов через плаценту. Выделения серозного характера или молочные могут наблюдаться в период полового созревания. Циклическая масталгия, сопровождающаяся окрашенными выделениями, особенно зеленоватого цвета, указывает на наличие фиброаденоматоза. Жалобы женщины в возрасте 40–50 лет на появление из соска густых выделений кремового цвета, у которой ранее отмечались боли в молочной железе в области ареолы, указывают на наличие у нее эктазии протока. Жалобы на выделения с примесью крови являются довольно серьезным симптомом и требуют незамедлительного и всестороннего обследования.

Женщина описывает эти выделения как чистую или измененную кровь, которая может быть темно-коричневой. Необходимо выяснить наличие выделений из одного или более открывающихся на соске протоков. Определите наличие в молочной железе каких-либо опухолевидных образований. Профузные выделения молочного вида, наблюдающиеся у женщины с аменореей, позволяет предположить наличие у нее пролактиномы передней доли гипофиза.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Уделите внимание наличию у больной выделений из соска. В случае явных выделений можно обнаружить окрашенные ими пятна на одежде. Одновременно наличие у этой пациентки болей и опухолевидного образования в молочной железе указывает на фиброаденоматоз. Попросите больную выдавить эти выделения из соска. Если это удастся, попытайтесь выяснить, из какого квадранта (или области ареолы) они выдавливаются. Попытайтесь при пальпации определить наличие неровной опухоли, похожей на злокачественное новообразование в соответствующем квадранте железы, при надавливании на который появляются выделения. Выясните наличие болезненности при пальпации в ретроареолярной области, уплотнения и втяжения соска, указывающих на эктазию протока. Обратите внимание на наличие признаков инфекции или абсцесса молочной железы. Отметьте, имеется ли поражение соска, поскольку оно наблюдается при болезни Педжета. При подозрении на пролактиному (галакторея, аменорея, бесплодие) проведите исследование полей зрения, поскольку макроаденома передней доли гипофиза может распространяться на зрительный перекрест (хиазму).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Л ↑ при воспалительных процессах. СОЭ ↑ при опухолях и туберкулезе.

- **Мазок**

ПиЧ, воспаление, абсцесс, туберкулез.

- **АБГИ**

Рак.

- **Экспресс-метод**

Для дифференциации крови от другой жидкости.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Маммография**

Рак молочной железы, эктазия протока.

- **Микротомия протока**

При выделении крови из отдельного протока. Это является своего рода хирургическим исследованием, при котором можно обнаружить внутрипротоковую папиллomu или внутрипротоковый рак.

- **КТ головы.**

Пролактинома гипофиза.

▶ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УРЕТРЫ

Любой воспалительный процесс в уретре сопровождается выделениями из нее. В этом случае необходимо диагностировать венерическое заболевание и назначить соответствующее лечение не только больному, но и партнеру.

ПРИЧИНЫ

- Гонорея
- Негонококковые уретриты
- Прочие бактериальные
 - колиформные
 - *Haemophilus ducreyi* (возбудитель мягкого шанкра, шанкроид)
 - туберкулез
 - сифилис (шанкр)
- Болезнь Рейтера
- Простатит
- Травматический
 - инструментальный
 - случайный
 - инородное тело
- Химический
- Неопластический

АНАМНЕЗ

Замечания общего характера

У пациента с любым заболеванием, передающимся половым путем, выясните все о половых отношениях, времени последнего контакта, методах защиты, продолжительности контактов и др.

Гонорея

Больной с гонореей жалуется на густые, гнойные выделения из уретры и дизурию. Могут наблюдаться явления простатита и эпидидимита, сопровождающиеся болями в промежности или увеличением мошонки.

Уретриты негонекокковой этиологии

Больной жалуется на выделения из уретры, более жидкие, чем при гонорее. Заболевание протекает в менее острой форме, чем при гонорее.

Прочие бактериальные

Уретриты могут развиваться при инфицировании мочевыводящих путей. Уретрит, вызываемый *Haemophilus ducreyi* (возбудителем мягкого шанкра), обуславливает развитие шанкроида (мягкая язва). Это тропическая инфекция, вызывающая образование болезненных язв наружных половых органов, увеличение паховых лимфатических

улов. Мягкие язвы могут развиваться в терминальном отделе уретры, сопровождаясь дизурическими расстройствами и обильными, жидкими выделениями из нее. Туберкулезное поражение уретры встречается очень редко и носит обычно вторичный характер с поражением других участков мочеполового тракта. Сифилитический шанкр в настоящее время встречается редко, он сопровождается болезненным отеком, включая терминальный отдел уретры.

Болезнь Рейтера

Больной — обычно молодой мужчина с недавно перенесенным неспецифическим уретритом или острой дизентерией. Помимо выделений из уретры он может отмечать наличие конъюнктивита и боли в суставах.

Простатит

У больных с простатитом редко наблюдаются выделения из уретры. При хроническом простатите иногда появляются выделения из уретры белого цвета. Больной может отмечать боли в надлобковой и поясничной области, неприятные ощущения в промежности и боль, иррадиирующую в яички.

Травма

Инструментальное исследование или длительное нахождение катетера в мочевом пузыре могут сопровождаться явлениями уретрита. В этом случае больной указывает на перенесенные им исследования. Инородное тело в уретру может вводить сам больной. К другим инородным телам относятся камни, спускающиеся из мочевого пузыря, или фрагменты мочевого катетера. Больному бывает очень неудобно сообщать о введении им инородного тела в уретру.

Химические

Химические уретриты чаще встречаются у женщин. При расспросе они отмечают применение другого вида мыла или шампуней для ванн.

Неопластические

Рак уретры встречается редко. Больной в этом случае отмечает дизурические расстройства и кровянистые выделения из уретры.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Гонорея

При осмотре можно наблюдать капли гноя у наружного отверстия уретры. У больного проверьте наличие признаков простатита или выделений из заднепроходного отверстия (гомосексуализм). В этом случае можно обнаружить признаки простатита в виде болезненной и дряблой при пальпации предстательной железы. При пальпации мошонки отмечаются признаки эпидидимита.

Уретриты негонококковой этиологии

При осмотре также можно обнаружить гнойные выделения из наружного отверстия уретры. Проверьте наличие у больного простатита и эпидидимита.

Прочие бактериальные

При уретритах различной этиологии могут наблюдаться выделения из наружного отверстия уретры. При шанкроиде можно увидеть язвы на наружных половых органах и вокруг наружного отверстия уретры. Проверьте, нет ли увеличения паховых лимфатических узлов. Уретрит туберкулезной этиологии встречается редко. Проведите обследование с целью выявления у больного признаков туберкулеза других органов, например, легких, почек, придатков яичек. При сифилитическом шанкре отмечаются отечность и припухлость в области наружного отверстия уретры, а также увеличение паховых лимфатических узлов.

Болезнь Рейтера

Выясните наличие у больного конъюнктивита и артрита. У больного могут также отмечаться подошвенный фасциит и тендовагинит ахиллова сухожилия. Осмотрите подошвенную поверхность стоп и ладони на наличие в этих местах абсцессов (бленнорейная кератодермия).

Простатит

При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается болезненность и иногда пальпируется рыхлая болезненная предстательная железа.

Травматические

При пальпации по ходу уретры определяется болезненность или наличие камня или инородного тела.

Неопластические

По ходу уретры при пальпации можно обнаружить опухолевидное образование, при надавливании на которое могут появляться кровянистые выделения из уретры.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Л ↑ при воспалительном процессе, например у больного гонореей.
СОЭ ↑ воспаление, например сифилис.

• Мазок

Микроскопия и посев на чувствительность к антибиотикам выделений из уретры. Может наблюдаться рост гонококка, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas sp.*, *Ureaplasma urealyticum*. Вторичная инфекция, например грибы рода *Candida* или колиформные палочки.

У больных с шанкром может высеваться *Haemophilus ducreyi*. При микроскопии исследуемого материала, взятого из уретры больного сифилисом, на темном фоне можно обнаружить трепонемы.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Исследование утренней порции мочи**
Туберкулез.
- **Массаж предстательной железы**
ПиЧ отделяемого при хроническом простатите.
- **Серологические исследования**
Сифилитический шанкр.
- **Цистоуретероскопия**
Инородное тело. Рак уретры.

▶ ГЕМАТУРИЯ

Гематурия – любое состояние, при котором моча содержит эритроциты. Необходимо отличать это состояние от других причин, вызывающих окрашивание мочи. Больным с гематурией необходимо провести всестороннее обследование. Первоначально выявленную гематурию с помощью диагностических полосок необходимо подтвердить микроскопическим исследованием мочи.

ПРИЧИНЫ

Почки

Гломерулонефрит
 Поликистоз почки
 Рак
 Камень
 Травма (включая биопсию почки)
 Туберкулез
 Эмболия
 Тромбоз почечных вен
 Аномальное кровоснабжение

Мочеточник

Камень
 Новообразование

Мочевой пузырь

Рак
 Камень
 Травма
 Воспаление, например, цистит, туберкулез, шистосомоз

Предстательная железа

Добракачественная гипертрофия предстательной железы
 Рак

Уретра

Травма
 Камень
 Уретрит
 Новообразование

Общие

Антикоагулянтная терапия
 Тромбоцитопения
 Гемофилия
 Серповидно-клеточная анемия
 Малярия
 Чрезмерная физическая нагрузка

Красная моча

Гемоглобинурия
 Миоглобинурия
 Острая рецидивирующая порфирия
 Свекла
 Александрийский лист
 Фенолфталеин
 Рифампицин

АНАМНЕЗ

Наличие у больного болей в сочетании с гематурией указывает на инфекцию или воспалительный процесс. Безболезненная гематурия, как правило, наблюдается у больных с опухолью или туберкулезом почки. Тотальная гематурия (в течение всего процесса мочеиспускания) указывает на кровотечение из верхних отделов мочевыводящих путей или из мочевого пузыря. Гематурия в начале мочеиспускания указывает на кровотечение из уретры или предстательной железы. Терминальная гематурия (в конце мочеиспускания) указывает на кровотечение из мочевого пузыря и предстательной железы. Выясните у больного наличие у родственников поликистоза почек, а также туберкулеза какого-либо органа. Необходимо также выяснить возможность пребывания за границей (шистосомоз). Жалобы больного на боли в поясничной области указывают на заболевание почек, а наличие в анамнезе почечной колики — на прохождение камня или сгустка по мочеточнику. Боли в надлобковой области, частое и болезненное мочеиспускание наблюдаются при заболеваниях мочевого пузыря. Выясните наличие у больного признаков поражения предстательной железы (например, затруднения в начале мочеиспускания, вялая струя мочи и никтурия). Повреждение уретры обычно легко выявляется и, как правило, наблюдается у больных с переломами костей таза или после падения на острый предмет. Следует спросить больного, получает ли он антикоагулянты, выяснить наличие в анамнезе нарушений гомеостаза, обратить внимание на наличие признаков серповидно-клеточной анемии или перенесенной ранее малярии, а также установить, не выполнялась ли ему биопсия почки. Гематурия может наблюдаться после чрезмерной физической нагрузки. Окрашивание мочи может быть обусловлено рядом причин. Гемоглобинурия развивается при гемолизе различной этиологии, а миоглобинурия — после перенесенных травм с раздавливанием тканей или ишемией мышц. Выясните у больного наличие в рационе питания каких-либо веществ, вызывающих изменение окраски мочи. Острая рецидивирующая порфирия встречается крайне редко и сопровождается болями в животе. При хранении мочи больного на свету она становится пурпурно-красной.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

При обследовании больного выясняют наличие анемии, снижение массы тела, признаки хронической почечной недостаточности. При пальпации живота можно выявить в брюшной полости опухолевидное образование, например, гипернефрому, наполненный мочевой пузырь. При пальцевом ректальном исследовании можно обнаружить увеличение предстательной железы с ровными контурами (доброкачественная гипертрофия предстательной железы) или плотную, неровную железу (рак). Проводя пальцем по ходу мочевыводящего канала, можно ощутить, например, камень или новообразование. Проведите исследование органов грудной полости для выявления, например, туберкулеза, метастаза при раке почки. Выясните наличие у больного локальных болей в костях, например, при раке предстательной железы или гипернефроне.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нб ↓ выраженная гематурия, злокачественное новообразование. Нб ↑ полицитемия, наблюдающаяся при гипернефроне. Л ↑ воспалительный процесс. Тромбоциты ↓ дискразия крови (нарушение гомеостаза). СОЭ ↑ злокачественное новообразование, туберкулез.

• Микроскопическое исследование мочи

Эритроциты (позволяет исключить гемоглобинурию и наличие в рационе питания веществ, вызывающих окрашивание мочи). Наличие лейкоцитов и микроорганизмов указывает на воспалительный процесс мочевыводящих путей. Цитологическое исследование.

• М и Эл

Почечная недостаточность.

• Тромбоэластография

Терапия антикоагулянтами. Нарушение гомеостаза.

• РГК

Метастазы (метастазы, похожие на пушечное ядро, при гипернефроне). Туберкулез.

• ПММШ (почки, мочеточники, мочевой пузырь) – простая рентгенография.

Камни почек.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ПСА

Рак предстательной железы.

• Проба на серповидные эритроциты

Серповидно-клеточная анемия.

• Внутривенная урография (ВВУ)

Камень. Опухоль. Туберкулез.

• УЗИ

Для дифференциации кисты и опухоли. Камень. Непроходимость мочевыводящих путей.

• КТ

Опухоль (подтверждение или степень распространения). Киста. Обтурационная уропатия.

• Цистоскопия

Воспаление. Опухоль. Камень.

• Уретроскопия

Опухоль. Непроходимость.

• Селективная ангиография почек

Аномалия сосудов. Опухоль.

• Биопсия почки

Гломерулонефрит. Опухоль.

• Биопсия предстательной железы

Рак предстательной железы.

▶ ГЕМИПЛЕГИЯ

Гемиплегия — односторонний паралич тела; обычно развивается при поражениях, располагающихся выше средней части шейного отдела спинного мозга.

ПРИЧИНЫ

Сосудистые

Цереброваскулярная ишемия
Инфаркт головного или спинного мозга
Кровоизлияние в мозг
Церебральный васкулит

Травматические

Субдуральная гематома
Экстрадуральная гематома

Прочие

Эпилепсия
Опухоль мозга
Абсцесс мозга
Рассеянный склероз

АНАМНЕЗ

Развитие

Выяснение скорости возникновения гемиплегии имеет важное значение для установления этиологии заболевания. Внезапно возникает гемиплегия обычно у больных с нарушениями цереброваскулярного характера, включая ТНМК (транзиторное нарушение мозгового кровообращения ишемического характера), инфаркт мозга или кровоизлияние в мозг. Постепенное развитие гемиплегии в течение нескольких минут или часов может наблюдаться у больных с наличием экстра- или субдурального кровоизлияния. Несмотря на указания о перенесенной больным травме, причиной развития у больных пожилого возраста хронической субдуральной гематомы может быть разрыв соединительных вен без явных признаков травмы. Подострая гемиплегия может быть частью неврологических нарушений, развивающихся при демиелинизации у больных с рассеянным склерозом. Постепенное развитие гемиплегии обычно обусловлено опухолью мозга, хотя сходная картина может наблюдаться у больных с абсцессом мозга или хроническим субдуральным кровоизлиянием.

Способствующие факторы

У больных с экстрадуральной и субдуральной гематомой, как правило, отмечается травма в анамнезе. Образование абсцесса мозга может носить гематогенный характер в результате заноса патогенной

инфекции из далеко расположенного воспалительного очага, например из легкого, или, что наблюдается чаще, — из близлежащего очага воспаления, например, среднего уха, сосцевидного отростка или околоносовых пазух. Транзиторная гемиплегия может развиваться периодически во время эпилептических судорог, она известна как паралич Тоуда (возникает при джексоновской эпилепсии и появляется после окончания судорожного приступа). В основе развития судорог могут быть нарушения органического характера, такие, как абсцесс мозга или опухоль.

Отсутствующие симптомы

Вследствие мультифокальной природы демиелинизации у больных рассеянным склерозом может наблюдаться множество сопутствующих симптомов в виде ограниченных двигательных нарушений, нарушений чувствительности, диплопии и односторонней потери зрения в результате неврита зрительного нерва. У больных с такими внутричерепными образованиями, как экстрадуральная гематома, опухоль и абсцесс мозга, могут наблюдаться симптомы повышенного внутричерепного давления, включая головные боли, усиливающиеся в утренние часы, при кашле или чиханье, тошнота, рвота, сонливость.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Неврологическое исследование играет ключевую роль в определении локализации поражения. Поражение двигательной зоны лобной доли мозга сопровождается развитием полного паралича противоположной стороны тела. Подобная картина наблюдается при поражении внутренней капсулы. При поражении среднего мозга отмечаются неврологические нарушения в области лица на стороне поражения и нарушение функции конечностей — на противоположной стороне. Мультифокальные неврологические нарушения развиваются при демиелинизации или метастазах опухоли в мозг.

После установления участка поражения дальнейшие исследования должны быть направлены на выяснение его причины. Наличие у больного повышенной температуры тела должно насторожить клинициста в отношении воспалительного процесса, например абсцесса мозга. Наличие на одной стороне лица больного миокимии (преходящие сокращения мышц лица; псевдофасцикуляция) — очень характерный признак рассеянного склероза; вовлечение в патологический процесс шейных мышц сопровождается появлением симптома Лермитта, выражающегося в развитии парестезии кистей рук и стоп при сгибании шеи (нередко у больного развивается внезапная кратковременная боль, напоминающая удар электрического тока, распространяющаяся сверху вниз по позвоночнику при сгибании головы).

Для выявления локализации первичного очага, явившегося причиной образования абсцесса мозга, необходимо провести исследование ушей, сосцевидных отростков и околоносовых пазух больного.

Отдаленные воспалительные очаги, способствующие развитию абсцесса мозга, чаще локализуются в легких; к их числу относится и тромбоэмболия при инфекционном эндокардите. При подозрении на эндокардит как источник тромбоэмболии следует провести аускультацию сердца с целью выявления новых или изменения характера сердечных шумов. Наличие мерцательной аритмии, выявленной при исследовании пульса больного, может быть предрасполагающим фактором тромбоэмболии в мозг. Повышенное АД у больного может быть дополнительным фактором риска нарушения мозгового кровообращения. Выявление у больного шума на сонной артерии, обусловленного наличием атеросклеротической бляшки, может быть единственным диагностическим признаком, указывающим на причину возникновения у больного ТИНМК.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК**
Л ↑ воспалительный процесс, инфаркт.
- **СОЭ**
↑ воспалительный процесс, инфаркт, васкулит.
- **М и Эл**
Изменение содержания электролитов в плазме может способствовать развитию судорог.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев крови**
При подозрении на абсцесс мозга.
- **КТ головы**
Кровоизлияние в мозг, нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, опухоль и абсцесс.
- **МРТ головы и шейного отдела позвоночника**
Абсцесс, опухоль, локальная демиелинизация и наличие бляшек вокруг желудочков мозга, бляшки у больного рассеянным склерозом.
- **ЭКГ**
Эпилепсия.
- **Люмбальная пункция**
В первую очередь исключите повышение внутричерепного давления у больного. В цереброспинальной жидкости при рассеянном склерозе отмечается повышение уровня IgG, а при электрофорезе выявляется наличие олигоклональных дисков.

▶ ГЕПАТОМЕГАЛИЯ

Гепатомегалия — увеличение печени. Наиболее частыми причинами являются цирроз, сердечная недостаточность и метастазирование в печень.

ПРИЧИНЫ

Гепатит/воспаление

Острый
Вирусный
Бактериальный
Протозойный
Паразитарный
Алкогольный
Хронический

Застойный

Застойная сердечная недостаточность
Слипчивый перикардит
Синдром Багда—Киари

Инфильтративный

Жировая дистрофия печени
Амилоидная дистрофия печени

Заболевания желчных путей

Непроходимость внепеченочных желчных путей, например, при раке поджелудочной железы, стенозе желчного протока
Склерозирующий холангит
Первичный билиарный цирроз

Злокачественные

Метастазирование в печень
Гепатома
Миелопролиферативные нарушения
Миелофиброз
Лейкемия

Метаболические

Болезнь накопления гликогена
Гемахроматоз
Болезнь Вильсона (гепатолентикулярная дегенерация)

Прочие

Криптогенный цирроз
Доля Риделя

АНАМНЕЗ**Гепатит/воспаление**

Расспросите больного о возможном контакте с больным гепатитом, проведении ему переливаний крови, применении запрещенных лекарственных средств, контакте с гомосексуалистами, наличии гемофилии у родственников. Выясните возможность пребывания его в общественных учреждениях, приютах, заключении, за границей. Амебиаз распространен повсеместно, гепатит В — в тропических странах и странах Средиземноморского бассейна, эхинококкоз — в странах с развитым овцеводством (например, Австралия, страны Африки, Уэльс). В возникновении лептоспироза имеет значение плавание в водоемах, в которых могут жить крысы. Злоупотребление алкоголем. Хронический активный гепатит — наличие в анамнезе алкоголизма, гепатитов В или С. Больные с гепатитом в большинстве случаев поступают с жалобами на общее недомогание, повышение температуры тела, снижение массы тела и наличие желтухи.

Заболевания, сопровождающиеся застойными явлениями

Выясните у больного наличие в анамнезе признаков сердечной недостаточности с явлениями застоя. Частая жалоба больных на боли в верхней части живота обусловлена болезненностью печени вследствие растяжения ее капсулы. У больных со сдавливающим перикардитом в анамнезе часто отмечается перенесенный туберкулез, но могут быть и другие причины перикардита, например острая почечная недостаточность. Синдром Бадда—Киари — тромбоз печеночных вен. Его возникновению может способствовать употребление контрацептивных препаратов. Синдром может наблюдаться при опухолях печени, он исподволь незаметно развивается у больных с портальной гипертензией, желтухой и циррозом печени.

Инфильтративные

В анамнезе у больных с жировой инфильтрацией печени, как правило, отмечается злоупотребление алкоголем. Вторичный амилоидоз развивается как осложнение хронических воспалительных процессов, например, ревматоидного артрита, бронхоэктатической болезни.

Заболевания желчных путей

В этих случаях в анамнезе отмечается непроходимость желчных путей, например, при раке поджелудочной железы или сужении общего желчного протока. У больных со склерозирующим холангитом наблюдаются желтуха, повышение температуры в сочетании с симптомами болезни воспаленной кишки. Этиология первичного билиарного цирроза остается неизвестной. 90% больных этим заболеванием составляют женщины. При этом наблюдаются обтурационная желтуха, зуд и увеличение печени и селезенки, отмечаются темный цвет мочи и обесцвеченный стул.

Злокачественные

Основной причиной является метастазирование недиагностированного злокачественного новообразования, например, опухоли желудочно-кишечного тракта, легких. Гепатома встречается довольно редко. У больных с гепатомой в анамнезе часто отмечаются гепатит В, применение противозачаточных препаратов, воздействие афлатоксина или анаболических гормонов. У больного с миелопролиферативным заболеванием (заболевание, сопровождающееся патологическим миелоидным кроветворением) отмечаются усталость, сонливость и спонтанное развитие кровоподтеков.

Метаболические

Болезнь накопления гликогена встречается редко. При этом заболевании обычно с рождения отмечается гепатомегалия. Ранние проявления гемохроматоза выражаются в появлении у больного усталости, головокружений, артралгии и гепатомегалии. Позднее развиваются пигментация кожи, сахарный диабет и сердечная недостаточность.

Прочие

Криптогенный цирроз проявляется гепатомегалией, которая развивается без какой-либо очевидной причины. Доля Риделя — обычно случайная, бессимптомная находка, представляет собой нормальный анатомический вариант, при котором правая доля печени выступает из-под края реберной дуги.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Помните, что пальпация края печени не всегда указывает на ее увеличение. Это может объясняться оттеснением печени вниз перерасдутым легким, например при эмфиземе. Поэтому во всех случаях необходимо при перкуссии определить границы верхнего края печени (и ее размеры по Курлову), который обычно располагается на уровне VIII ребра по средней подмышечной линии. Край печени при пальпации может быть острым или закругленным, а поверхность печени — гладкой или узловатой.

Причины регулярного увеличения печени, не сопровождающегося развитием желтухи

Цирроз

Застойная сердечная недостаточность

Ретикулез

Синдром Балда—Киари

Амилоидоз

Причины регулярного увеличения печени, сопровождающегося развитием желтухи

Вирусный гепатит

Нарушение проходимости желчевыводящих путей

Холангит

Причины непостоянного увеличения печени без желтухи

Метастазы опухоли

Макронодулярный цирроз

Поликистоз печени

Первичные опухоли

*Причины непостоянного увеличения печени,
сопровождающегося желтухой*

Цирроз

Множественные метастазы в печени

Локальное увеличение

Доля Риделя

Эхинококкоз

Амебный абсцесс

Первичный рак

Общие замечания

Проведите полное обследование больного. Особое внимание обратите на наличие признаков печеночной недостаточности: желтуха, порхающий тремор (порхающее дрожание), асцит, сосудистые звездочки (телеангиэктазии) на коже лица, шеи и верхних конечностей, которые образуются из дистальных участков артерий (при надавливании в центре они бледнеют, в норме их число у человека может достигать 5), печеночные ладони, пальцы в виде барабанных палочек, гинекомастия, атрофия яичек, голова Медузы, периферические отеки, лейконихия, контрактура Дюпюитрена, ксантома, изменения психики, кома, спонтанное образование кровоподтеков. Обратите внимание на наличие колец Кайзера—Флейшера (желто-зеленоватая пигментация периферии роговицы), наблюдающихся при синдроме Вильсона.

Сердечная недостаточность (СН) с явлениями застоя

Признаки СН. Периферические отеки. Напряженная болезненная печень. ЦВД ↑. У больных с синдромом Бадда—Киари отмечаются острое развитие асцита и боли в области правого верхнего квадранта живота. У больных со сдавливающим перикардитом наблюдаются явления правожелудочковой недостаточности, сопровождающиеся развитием асцита. При измерении ЦВД имеется парадоксальное его повышение во время вдоха, а также наличие парадоксального пульса и гипотонии.

Заболевания желчных путей

У больного отмечается выраженная желтуха. При пальпации можно обнаружить опухолевидное образование, первичную опухоль печени. При раке поджелудочной железы часто пальпируется увеличен-

ный желчный пузырь (симптом Курвуазье). У больного с первичным билиарным циррозом печени могут наблюдаться изменения пальцев в виде барабанных палочек, ксантома, артралгия, гирсутизм, портальная гипертензия и пигментация кожи.

Болезни накопления

У больных с гемохроматозом отмечаются признаки портальной гипертензии и пигментация кожи.

Злокачественные новообразования

У больных со злокачественной опухолью печени могут наблюдаться желтуха и асцит. При пальпации живота можно выявить опухолевидное образование. При миелопролиферативных нарушениях у больного помимо гепатомегалии могут отмечаться увеличение селезенки и лимфаденопатия.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ злокачественное образование, миелопролиферативные нарушения. Л ↑ воспалительный процесс, лейкопения. Тромбоциты ↓ лейкопения. СОЭ ↑ воспалительный процесс и злокачественное образование.

• **М и Эл**

Креатинин. Изменение уровня в крови часто отмечается у больных с печеночной недостаточностью, у больных с амилоидозом и развившейся почечной недостаточностью.

• **ФПП**

Выраженные нарушения ферментов наблюдаются у больных с гепатитом. Резкое увеличение уровня щелочной фосфатазы отмечается у больных с нарушением проходимости желчных путей. Характер изменений ФПП варьирует в зависимости от причины гепатомегалии.

• **Исследование показателей свертываемости**

ПВ ↑ отсутствие факторов свертывания.

• **Серологические исследования при гепатите**

Повышение в зависимости от причины развития.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **Железо сыворотки крови, ПССЖ и ферритин сыворотки**

Нарушение при гемохроматозе.

• **Посев крови, мочи, ЦСЖ**

Положительный при лептоспирозе.

• **Исследование антител**

Повышение уровня антимикросомальных антител наблюдается у больных с первичным циррозом печени.

• **Аспирационная биопсия костного мозга**

Миелофиброз, лейкопения.

- **УЗИ**

Цирроз, Метастазы. Амебный абсцесс. Эхинококковая киста. Доля Риделя.

- **КТ**

Поражения поджелудочной железы. Цирроз. Кисты печени.

- **Биопсия печени**

Определение причины поражения, например, злокачественное новообразование, амилоидная дистрофия.

ГИНЕКОМАСТИЯ

Гинекомастия — значительное увеличение молочных желез у мужчин. Заболевание касается млечных протоков и соединительнотканых элементов молочной железы. Это состояние не следует смешивать с разрастанием жировой клетчатки в области молочных желез, наблюдающим у многих больных и у лиц пожилого возраста при похудании. В большинстве случаев гинекомастия развивается в результате увеличения соотношения в организме эстроген/андроген. Истинный патогенез заболевания остается неизвестным, или она носит идиопатический характер.

ПРИЧИНЫ

Физиологические

- Новорожденные
- Половое созревание
- Пожилой возраст

Патологические

- Медикаментозные
 - эстрогены
 - ципротерон
 - спиронолактон
 - циметидин
 - наперстянка
 - гризеофульвин
 - амфетамины
 - трициклические антидепрессанты
 - конопля
- Рак молочной железы
- Печеночная недостаточность
- Почечная недостаточность
- Гипертиреозидизм
- Гипогонадизм
 - синдром Клайнфелтера
 - агенезия
- Опухоли яичек
- Прочие опухоли
 - рак легкого (неадекватная секреция гормонов)
 - опухоли гипофиза (например, пролактинома)
- Неадекватное питание
- Идиопатические

АНАМНЕЗ

Гинекомастия у новорожденных обусловлена наличием в организме плацентарных эстрогенов и может сопровождаться выделением молока из соска. Выясните возраст больного (определить период полового созревания). Нерезко выраженная гинекомастия часто

наблюдается у мальчиков до периода полового созревания. Нередко она исчезает, но иногда сохраняется, вызывая смущение юноши. Старческая гинекомастия развивается у мужчин в возрасте свыше 60 лет.

Гинекомастия в большинстве случаев проявляется в виде безболезненного или болезненного увеличения одной или обеих молочных желез. Часто гинекомастия является медикаментозной. Поэтому у больного необходимо выяснить подробный перечень принимаемых им препаратов. В анамнезе возможно выявление гипогонадизма (неадекватного функционирования половых желез), например, неопущенного яичка, двустороннего перекрута яичек, синдрома Клайнфелтера (XXY – высокий, евнуховидного типа мужчина с расположением жировой клетчатки по женскому типу вокруг молочных желез и в области таза, нормальным распределением волосяного покрова по мужскому типу, атрофией яичек). Выясните у больного наличие в анамнезе увеличения яичек, а также алкоголизма или перенесенного гепатита (на них может указывать увеличение печени), признаков хронической почечной недостаточности (они становятся очевидными, если он находится на режиме гемодиализа). Выясните наличие у больного каких-либо признаков гиперпаратиреоза, нарушений зрения, указывающих на опухоль гипофиза, распространившуюся на перекрест зрительных нервов.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Местное

У больного может наблюдаться увеличение одной или обеих молочных желез. Иногда отмечается значительное увеличение и железы становятся похожими на женскую грудь. В основном же это локальное, небольшое увеличение, располагающееся за околососковым кружком. Опухолевидное образование может быть мягкой консистенции или твердым. У мужчин более молодого возраста плотное опухолевидное образование проявляется в виде ограниченного кружочка ткани за околососковой зоной и возникает в период полового созревания. При выявлении у больного пожилого возраста плотного, неправильной формы опухолевидного образования врачу следует предположить наличие рака молочной железы. Мягкое или диффузное увеличение обычно носит медикаментозный характер.

Общее

Проведите пальпаторное исследование подмышечных и надключичных лимфатических узлов. Исследуйте яички – атрофичные или увеличенные (опухоль). Выясните наличие у больного признаков гиперпаратиреоза, печеночной или почечной недостаточности. У больного может быть дренажная трубка для проведения ПАПД или артериовенозная фистула для проведения гемодиализа в случаях хронической почечной недостаточности.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **ОАК, СОЭ**

Нв ↓ анемия — печеночная недостаточность. СОЭ ↑ заболевание печени.

• **М и Эл**

Почечная недостаточность.

• **ФПП**

Печеночная недостаточность.

• **ФНЩЖ**

Гипертиреоз.

• **РГК**

Первичный рак легкого (рак легкого с неадекватной секрецией гормонов).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **АБТИ**

Рак.

• **Маммография**

Рак.

• **Анализ хромосом**

Болезнь Клайнфелтера.

• **β-ЧХГ**

Опухоль яичка.

• **Базальный сывороточный пролактин**

Пролактинома.

• **КТ головы**

Опухоль гипофиза.

▶ ГИРСУТИЗМ

Гирсутизм — избыточное оволосение у женщин по мужскому типу. Это состояние не является синонимом вирилизма, при котором у женщин помимо проявлений гирсутизма наблюдается развитие вторичных мужских половых признаков. Гипертрихоз представляет собой чрезмерный рост волос и может наблюдаться у лиц обоего пола.

ПРИЧИНЫ

Физиологические

Наследственные
Старческие

Патологические

Медикаментозные	Прогестероны Тестостерон Циклоспорин Противоэпилептические средства, например фенитоин Миноксидил
Гипофизарные	Пролактинома Акромегалия
Овариальные	Синдром поликистозных яичников Андроген-продуцирующая опухоль яичника
Надпочечниковые	Синдром Кушинга Андроген-продуцирующие опухоли надпочечника Врожденная гиперплазия надпочечника

АНАМНЕЗ

Замечания общего характера

Выяснение у больной характера возникновения и продолжительности гирсутизма способствует выяснению причины заболевания. Появление этой патологии в детском возрасте указывает на врожденную гиперплазию надпочечников, тогда как внезапное возникновение гирсутизма у взрослой женщины позволяет предположить развитие андроген-продуцирующей опухоли яичника или надпочечника. Особое внимание следует уделить выяснению наследственности и наличию какой-либо сходной патологии у родственников больного, что позволяет установить наследственный характер заболевания. Однако помните о наследственных опухолевых синдромах, типа BRCA — генной мутации, наблюдающейся у больных с наследственным раком яичников. Чрезмерное повышение уровня андрогенов в организме сопровождается вирилизацией с появлением угрей и огрубением голоса.

Анамнез менструального цикла

У больной необходимо подробно выяснить все о появлении менструаций, цикличности и регулярности менструального цикла, по-

Поскольку наличие аменореи — характерный признак синдрома поликистозных яичников, врожденной гиперплазии надпочечников и пролактином. У больной с пролактиномой помимо указанных признаков может наблюдаться галакторея.

Анамнез медикаментозной терапии

У больной необходимо выяснить вопрос о проводившейся ранее заместительной терапии с использованием прогестеронсодержащих и противозачаточных препаратов. Гирсутизм может развиваться как побочный эффект применения анаболических стимулирующих гормонов спортсменами, фенитоина при эпилепсии, миноксидила при лечении гипертонии и циклоспорина в качестве иммунодепрессанта у больных после пересадки органов.

Сопутствующие симптомы

Увеличение массы тела наблюдается у больных с синдромом Кушинга и является частой жалобой у женщин с синдромом поликистозных яичников. Появление у больной головных болей, рвоты и нарушения полей зрения характерно для аденомы гипофиза, которая может сопровождаться развитием акромегалии, синдрома Кушинга или гиперпролактинемии (пролактинома). У больных с синдромом Кушинга отмечается также образование на коже небольших кровоподтеков, наличие атрофических полос на коже живота и слабости проксимальных мышц. Больные с акромегалией могут жаловаться на мышечную слабость, боли в суставах, увеличение черт лица, костей нижней челюсти, кистей рук и стоп, сопровождающееся необходимостью соответствующего увеличения размера используемого головного убора, перчаток, обуви. У больных возможны парестезии вследствие туннельной нейропатии. Причинами нередко наблюдающегося у этих женщин бесплодия может быть гиперпролактинемия и синдром поликистозных яичников.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Необходимо обратить внимание на распределение у больной волосяного покрова. По сравнению с вариантами нормы распределение роста волос при гирсутизме наблюдается на лице, подбородке, груди и конечностях. Волосы на лобке распределяются по мужскому типу, может также наблюдаться облысение в лобной области. При внимательном осмотре на наличие признаков вирилизма у больной можно обнаружить увеличение массы мышц плечевого пояса и клитора. Характерным для синдрома Кушинга является ожирение только туловища в отличие от общего ожирения, наблюдающегося у женщин с синдромом поликистозных яичников. При этом у больной может выявляться *acanthosis nigricans* — дерматоз в виде бархатистых бородавчатых доброкачественных разрастаний и гиперпигментация кожи подмышечных впадин, шеи, анальной области, паха; у взрослых при этом возможны злокачественные новообразования внутренних

органов. Далее при осмотре больной выясняют наличие признаков эндокринных нарушений. Характерными признаками акромегалии является толстая, сальная кожа, выступающие надбровные дуги, широкий нос, прогнатизм, увеличенный язык, широко расставленные зубы, увеличенные размеры кистей и стоп. У больных с синдромом Кушинга в глаза бросаются лунообразное лицо, ожирение туловища, горб буйвола, кровоподтеки на коже, атрофические полосы на коже живота и слабость проксимальных мышц. Кроме того, как у больных с синдромом Кушинга, так и с акромегалией нередко отмечаются артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушение полей зрения (битемпоральная гемианопия). Нарушение полей зрения возможно у больных с пролактиномой. Артериальная гипертензия также развивается у больных с врожденной гиперплазией надпочечников.

Затем следует провести исследование органов брюшной полости и таза для исключения больших опухолей надпочечников или яичников.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Экспресс-метод исследования мочи

Причиной повышенного содержания глюкозы в моче может быть сахарный диабет, часто наблюдающийся у больных с синдромом Кушинга и акромегалией. У больных с поликистозом яичников может развиваться резистентность к инсулину.

• М и Эл

↓ натрий и ↓ калий у больных с врожденной гиперплазией надпочечников, сопровождающейся потерей солей.

• Глюкоза крови

Сахарный диабет или резистентность к инсулину наблюдаются у больных с синдромом Кушинга, акромегалией, поликистозной болезнью яичников.

• Тестостерон и ДГЭА

↑↑ указывает на чрезмерное повышение уровня андрогенов неопластического происхождения, что требует детального обследования больного.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Суточное содержание кортизола в моче

↑ при синдроме Кушинга.

• Подавляющий эффект небольших доз дексаметазона

Отсутствие подавляющего эффекта наблюдается у больных с синдромом Кушинга.

• Проба на толерантность к глюкозе при многократной оценке гормона роста

Недостаточное подавление или увеличение концентрации гормона роста наблюдается у больных с акромегалией.

ИГФ-1

↑ при акромегалии.

Пролактин плазмы

↑ у больных с пролактиномой.

17-гидроксипрогестерон плазмы

↑ при врожденной гиперплазии надпочечников.

СА 125

↑ при раке яичника.

УЗИ брюшной полости и таза

Поликистоз яичников, рак яичника.

КТ брюшной полости и полости таза

Рак надпочечника, рак яичника.

КТ головы

Опухоль гипофиза.

▶ ГЛУХОТА

Глухота представляет собой потерю слуха, которую подразделяют на кондуктивную, обусловленную нарушением звукопроводимости через наружный слуховой проход (среднее ухо или слуховые косточки) и нейросенсорную (обусловленную поражением улитки или ретрокохлеарных проводящих нервных путей и центров), что облегчает интерпретацию данных клинического обследования больного.

ПРИЧИНЫ

Кондуктивная глухота	
Врожденные	Атрезия слухового прохода
Приобретенные	Нарушение проходимости
	– серные пробки
	Воспалительные процессы
	– воспаление наружного слухового прохода
	– воспаление среднего уха
Травма	
– перфорация барабанной перепонки	
– баротравма	
Отосклероз	
Нейросенсорная глухота	
Врожденные	Инфекционные заболевания матери – краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция
Приобретенные	Возрастная
	Болезнь Меньера
	Воспалительные процессы
	– эпидемический паротит
	– опоясывающий лишай
	– менингит
	Травма
	– шумовая
	– черепно-мозговая травма
	Медикаментозная
– аминогликозиды, аспирин, фуросемид	
Опухоли	
– неврома слухового нерва (шваннома, нейрофиброма слухового нерва)	
– опухоли мозга	

АНАМНЕЗ

Продолжительность

Глухота, выявляемая у подростков, может быть наследственной, в результате перенесенной матерью краснухи или как осложнение менингита, токсоплазмоза или ЦМВ-инфекции. Начало заболевания может совпадать с назначением больному ототоксических лекарственных средств.

Начало

Внезапное развитие глухоты может быть обусловлено попаданием инородных тел в наружный слуховой проход. Глухота в этом случае развивается лишь в случае перфорации барабанной перепонки инородным телом или разрушения цепочки слуховых косточек. Внезапно глухота может развиваться после травмы, в результате сосудистых нарушений или болезни Меньера. Постепенно глухота развивается у больных отосклерозом.

Боль

Причинами понижения слуха, сопровождающегося болью в ухе, могут быть воспаление наружного слухового прохода, среднего уха или опоясывающий лишай. Резкая боль, возникающая у больных как при прямой травме, сопровождающейся перфорацией барабанной перепонки, так и баротравме.

Факторы, способствующие развитию тугоухости

При опросе больного легко выясняется, что он перенес травму. Нейросенсорная глухота нередко является осложнением перенесенного больным эпидемического паротита или результатом длительного пребывания в условиях высокого уровня шума.

Сопутствующие симптомы

Жалобы больного на шум в ушах с периодически развивающейся глухотой и головокружением — характерные признаки болезни Меньера. Ощущение шума в ушах, сопровождающееся только глухотой, может наблюдаться у больных с отосклерозом, при пребывании в условиях значительного шума, применении ототоксических лекарственных средств и невриноме слухового нерва.

Анамнез медикаментозной терапии

Злоупотребление лекарственными средствами можно легко выявить при опросе больного.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Уже при поверхностном осмотре можно обнаружить пузырьки, характерные для опоясывающего лишая, или признаки воспаления наружного слухового прохода. При этом в области наружного слухового прохода отмечаются покраснение кожи с шелушением и экссудацией. Потягивание за ушную раковину или надавливание на козелок болезненно.

Далее больному следует произвести отоскопию, при которой можно обнаружить непроходимость наружного слухового прохода, вызванную серной пробкой или инородным телом. При проходимости наружного слухового прохода и осмотре барабанной перепонки можно выявить травматическую перфорацию — разрыв перепонки со следами крови. Гиперемия барабанной перепонки с расширенными сосудами или ее перфорации — признак воспаления среднего уха.

Оценка слуха

Для выявления нарушений слуха можно провести простые речевые пробы обычным голосом, шепотной речью или определением расстояния, с которого исследуемый может услышать тиканье часов.

Пробу Ринне выполняют камертоном 512 Гц; при оценке слуха сравнивают костную, или сосцевидную, и воздушную проводимость (ВП). Костную проводимость исследуют, приставляя камертон к сосцевидному отростку, для оценки воздушной проводимости бранши камертона подносят вплотную к наружному слуховому проходу. Воздушная проводимость в норме лучше костной. При пробе Вебера ударный камертон устанавливают на центр лба: в норме звук отдает равномерно в оба уха.

Глухота	Проба Ринне	Проба Вебера
Нейросенсорная	ВП > КП	Звук отдает в здоровое ухо
Кондуктивная	КП > ВП	Звук отдает в плохо слышащее ухо

Общие замечания

Больному с жалобами на снижение слуха выполняют полное неврологическое обследование. При болезни Меньера можно выявить нистагм; в редких случаях у больных с невриномой слухового нерва имеется односторонний паралич лица, указывающий на поражение лицевого нерва; нарушения двигательной функции или чувствительности могут наблюдаться у больных с опухолями мозга. Необходимо провести обследование полости носа и глотки, поскольку септический процесс, исходящий из носоглотки, может быть причиной воспаления среднего уха.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Аудиометрия чистых тонов

Обеспечивает точное измерение уровня слухового восприятия при костной и воздушной проводимости.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Речевая аудиометрия

Нарушение восприятия разборчивости фонетически однородных слов в пределах 50–80% наблюдается у больных с кондуктивным нарушением слуха и 0–50% у больных с нарушением слуха нейросенсорной этиологии.

• Электрофизиологическая аудиометрия

Оценка слуха у младенцев.

• Импедансная тимпанометрия

Повышенное сопротивление (снижение податливости) наблюдается у больных с острым воспалением среднего уха и наличием экссудата.

• МРТ

Невринома слухового нерва, опухоль мозга.

► ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

При оценке состояния больного с головной болью прежде всего необходимо исключить причины, представляющие угрозу для жизни.

ПРИЧИНЫ

Острая головная боль

Травма
 Цереброваскулярные
 – субарахноидальное кровоизлияние
 – внутричерепная гематома/инфаркт
 Менингит
 Инфекционные заболевания
 Острая закрытоугольная глаукома

Хроническая или рецидивирующая головная боль

Головная боль напряжения
 Мигрень
 Мигрень (гистаминовая головная боль)
 Повышение внутричерепного давления
 – опухоль
 – гидроцефалия
 – абсцесс мозга
 Височный артериит
 Медикаментозная – нитроглицерин, нифедипин, синдром отмены

АНАМНЕЗ

Развитие

Внезапно развивающаяся головная боль носит, как правило, сосудистый характер, особенно субарахноидальное кровоизлияние в результате разрыва небольшой мешотчатой аневризмы мозговой артерии. При этом у больного отмечается односторонняя, мигреноподобная головная боль, продолжающаяся в течение от нескольких минут до нескольких часов, тогда как головная боль при менингите может длиться от нескольких часов до нескольких дней. При наличии у больного прогрессирующей очень сильной головной боли, развивающейся в течение свыше нескольких дней или недель, следует подумать о возможном повышении внутричерепного давления в результате образования опухоли или развития хронического субдурального кровоизлияния. У больных, страдающих мигренью, появлению головной боли может предшествовать аура.

Локализация

Классическая головная боль при мигрени носит односторонний характер. Боль, локализующаяся в области прохождения поверхностной височной артерии, иногда сопровождающаяся болью при движении

нижней челюсти (перемежающаяся боль), характерна для височного артериита. Больные с глаукомой жалуются на боль в глазных яблоках, а при рецидивирующей мигрени боль локализуется за глазным яблоком.

Характер боли

Характер боли не является достаточно специфичным диагностическим признаком, и все же его выяснение нередко имеет большое значение. Больные с головной болью напряжения часто жалуются на ощущение, что голова как бы стянута тискаами; напротив, боль у лиц с повышенным внутричерепным давлением носит разрывающий характер. Больные, страдающие мигренью, отмечают появление пульсирующей боли в голове.

Способствующие факторы

Головная боль у пациентов с повышенным внутричерепным давлением часто развивается при изменении положения тела, кашле, чиханьи и нередко усиливается в утренние часы. У больных, страдающих мигренью, менингитом или глаукомой, во время головной боли развивается фотофобия. При резком усилении головной боли они предпочитают лежать в затемненном помещении. Развитию приступа мигрени способствует прием таких продуктов, как сыр. Возникновению головной боли нередко способствуют такие заболевания, как простуда, грипп. Головная боль у больных с височным артериитом развивается даже при легком прикосновении к месту прохождения поверхностной височной артерии. Выяснение у больного наименований принимаемых лекарственных средств позволит исключить головную боль, обусловленную побочным действием таких препаратов, как нитроглицерин и нифедипин. Головная боль может быть результатом отмены того или иного препарата у больных с развившимся к нему привыканием.

Сопутствующие симптомы

У больных с менингитом и субарахноидальным кровоизлиянием отмечается ригидность мышц шеи (менингизм). У больных с глаукомой могут наблюдаться зрительные нарушения в виде появления гало (кольцевидное свечение вокруг освещаемого объекта). Больные, страдающие мигренью, во время головной боли отмечают появление вспышек яркого света и изменение размера воспринимаемых предметов, что может сопровождаться фотофобией, тошнотой и рвотой. При этом могут наблюдаться кратковременные неврологические нарушения. Однако у пациентов с нарастающими неврологическими нарушениями и головной болью следует думать о наличии внутричерепной патологии, например кровоизлияния, абсцесса, опухоли. У больных с височным артериитом может наблюдаться односторонняя потеря зрения в сочетании с развитием слабости проксимальных мышц или их болезненностью при пальпации. У больных с рециди-

ирующим (гистаминовым) типом головной боли (разновидность мигрени) и глаукомой характерным является инъектирование склер с последующим развитием слезотечения. У больных с арезорбтивной гидроцефалией взрослых (обусловлена недостаточной абсорбцией переспинальной жидкости пахионовыми грануляциями, но обычно с нормальным давлением ликвора) головные боли сопровождаются прогрессирующей деменцией, сонливостью, рвотой, атаксией.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Температура

Повышение температуры тела указывает на наличие у больного *системного воспалительного заболевания или менингита.*

Осмотр

При осмотре следует оценить состояние сознания больного и дать количественную оценку по ШКГ. Нарушение сознания является признаком тяжелого заболевания, включая менингит, субарахноидальное кровоизлияние и повышение внутричерепного давления. При осмотре глазных яблок можно выявить инъектированные склеры, что наблюдается обычно при развитии приступа головной боли у больных глаукомой и гистаминовой головной болью (разновидность мигрени). У больных с острым приступом закрытоугольной глаукомы отмечаются помутнение роговицы, фиксированные и несколько расширенные зрачки. У больных с менингококковым менингитом на теле могут обнаруживаться классические петехиальные кровоизлияния.

Пальпация

Наличие болезненности по ходу поверхностной височной артерии с отсутствием ее пульсации — постоянный признак височного артериита.

Неврологическое исследование

Больному следует провести полное неврологическое исследование для выяснения локализации органического поражения. Односторонняя потеря зрения вследствие ишемии зрительного нерва определяется у больных с височным артериитом. Нарушение полей зрения (гемианопия) наблюдается при поражении противоположной половины коры мозга. Осмотр глазного дна выполняют с целью диагностики отека диска зрительного нерва, наблюдающегося у больных с повышенным внутричерепным давлением.

Транзиторная гемиплегия может наблюдаться у больных с мигренью, но прогрессирующая гемиплегия указывает на наличие внутричерепной патологии — опухоль или внутричерепное кровоизлияние. Ригидность мышц шеи — характерный признак как у больных с менингитом, так и с субарахноидальным кровоизлиянием.

У больных с менингитом может выявляться симптом Кернига (невозможность полностью выпрямить в коленном суставе ногу, предварительно согнутую в тазобедренном и коленном суставах).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК**

Л ↑ менингит, абсцесс мозга и общее заболевание воспалительного характера.

- **СОЭ**

↑ артериит височной артерии, воспалительный процесс, внутричерепное кровотечение.

- **М и Эл**

Головная боль у больных с артериальной гипертензией при заболеваниях почек.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагноз указанных выше состояний устанавливают в большинстве случаев на основании данных клинического исследования. Специальные исследования часто проводят на основании данных анамнеза.

- **Посев крови**

У больных с менингитом и системными воспалительными процессами.

- **КТ/МРТ**

Визуальный анализ внутричерепных анатомических структур имеет большое значение для диагностики причин неврологических нарушений. Опухоли мозга выявляются как опухолевидные образования высокой или низкой плотности. Внутричерепное кровоизлияние в течение первых 2 нед. идентифицируется как участки высокой плотности. Экстрадуральная гематома выявляется в виде затемнения линзообразной формы, а субдуральная гематома — как серповидное затемнение. Внутричерепные гематомы через 2 нед. после образования принимают плотность анатомических структур, что затрудняет их выявление. У больных с субарахноидальным кровоизлиянием в субарахноидальном пространстве обнаруживается кровь. Иногда удается выявить разорвавшуюся аневризму или артериовенозные соустья. Расширение желудочков мозга может указывать на наличие у больного гидроцефалии. КТ с контрастированием позволяет повысить разрешающую способность метода и диагностировать абсцесс мозга.

- **Люмбальная пункция**

Люмбальную пункцию выполняют у больных с подозрением на менингит или субарахноидальное кровоизлияние после исключения повышенного внутричерепного давления. Полученный при пункции ликвор у больных менингитом обычно мутный, а у больных с субарахноидальным кровоизлиянием имеет желтоватую окраску (ксантохромия) вследствие разрушенного гемоглобина эри-

троцитов. ЦСЖ направляют затем на микроскопическое исследование, посев, цитологическое и биохимическое исследования на содержание белка и глюкозы. При менингитах бактериальной или туберкулезной этиологии в ликворе отмечается снижение уровня глюкозы и повышение содержания белка. При менингитах вирусной этиологии уровень глюкозы в ЦСЖ нормальный и отмечается умеренно повышенное содержание белка.

- **Биопсия височной артерии**

При микроскопическом исследовании биоптата височной артерии у больных с височным артериитом выявляются признаки воспаления и наличие гигантских клеток. Однако отсутствие изменений при исследовании биоптата не исключает наличия патологического процесса вследствие сегментарного поражения артерии.

- **Измерение внутриглазного давления**

При тонометрии у больных с глаукомой определяется повышение внутриглазного давления.

▶ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

У больного с головокружением возникает ряд своеобразных, субъективных симптомов в виде дезориентации в пространстве, дурноты или ощущения «умственного расстройств». Термин «головокружение» определяется не как ощущение движения, а как качание или опрокидывание всего окружающего.

ПРИЧИНЫ

Эпизодические

Болезнь Меньера*
 Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
 Последствия преходящего нарушения мозгового кровообращения (ПНМК)
 Аритмия
 Постуральная гипотония
 Мигрень
 Беспокойство
 Гипервентиляция

Постоянные

Острое начало Лабиринтит*
 Черепно-мозговая травма*
 Неврит слухового нерва
 Последствие нарушения мозгового кровообращения (НМК)

Постепенное начало Опухоль мостомозжечкового угла*
 Ототоксичность — аминогликозиды*
 Рассеянный склероз

* Случаи, сопровождающиеся нарушениями слуха.

АНАМНЕЗ

Общие замечания

Представленные выше причины головокружений классифицированы в соответствии со скоростью возникновения и продолжительностью клинической симптоматики. Состояния, сопровождающиеся сопутствующими слуховыми нарушениями, такими, как ощущения шума в ушах, отмечены звездочкой.

Способствующие факторы

К причинам головокружений, развивающихся при движении головы, относятся ДППГ, лабиринтит, черепно-мозговая травма. Больные с ДППГ жалуются на кратковременные головокружения, возникающие при изменении положения головы. Лабиринтит является либо осложнением вирусной инфекции, либо в результате роста холестеатомы (опухолевидное образование среднего уха, состоя-

шее из пластов ороговевающего эпителия), обычно возникающей как следствие хронического среднего отита. Из анамнеза легко удастся выяснить, что больной в прошлом перенес травму. Причиной постурального головокружения, развивающегося при вставании больного из положения лежа, обычно является ортостатическая гипотония.

Сопутствующие симптомы

Головокружение может возникать при нарушениях ритма сердца, и больной при этом может жаловаться на наличие сердцебиений. Приступы головокружений нередко наблюдаются у больных с мигренью, которые при этом жалуются на одностороннюю, пульсирующую головную боль, тошноту, рвоту и фотофобию. Жалобы на периодически возникающее выраженное головокружение в сочетании с постоянным ощущением шума в одном или обоих ушах и снижение слуха позволяют предположить наличие болезни Меньера. Больные с вертебробазиллярной недостаточностью, обусловленной шейным спондилезом, жалуются на головокружение, возникающее при разгибании головы. У больных после ТИНМК отмечается внезапное развитие головокружения в результате ишемии латерального отдела ствола мозга или мозжечка. Головокружение в этих случаях сопровождается синкопе (обмороком), тошнотой, рвотой, нарушением полей зрения и диплопией. Тяжелая прогрессирующая рвота и атаксия нередко являются признаками кровоизлияния в мозжечок, таким больным требуется неотложная нейрохирургическая помощь. У больных с психическими нарушениями в виде тревоги могут наблюдаться приступы головокружений, шум в ушах и тремор в сочетании с гипервентиляцией или без нее. Конечно, только гипервентиляция может привести к возникновению головокружения. Головокружение является одним из характерных признаков рассеянного склероза при наступлении демиелинизации ствола мозга; при этом могут наблюдаться дизартрия и парезы черепных нервов. Молодой возраст больного позволяет склониться в пользу диагноза демиелинизации, а не ишемического поражения. Клиническая симптоматика у больных с опухолями мостомозжечкового угла развивается постепенно: может наблюдаться небольшое головокружение в сочетании с онемением лица и парезом лицевых мышц вследствие вовлечения в процесс тройничного и лицевого нервов. Головокружение у больных с невритом вестибулярного нерва развивается без каких-либо способствующих факторов и не сопровождается тошнотой или шумом в ушах.

Наличие в анамнезе лекарственной терапии

Многие препараты обладают ототоксическим действием, среди них наиболее вероятны и часто встречаются аминогликозиды и фуросемид.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследование нистагма, состояния слуха и проведение позиционных проб позволяют получить наиболее полную информацию при определении причины возникновения у больного головокружения.

Разнонаправленный нистагм наблюдается у больных при диффузных поражениях мозжечка, тогда как однонаправленный — при ипсилатеральном поражении мозжечка (рассеянный склероз, после ТИНМК/НМК) или при заболевании вестибулярного аппарата с противоположной стороны (болезнь Меньера, лабиринтит, неврома слухового нерва). При взгляде в сторону нистагм в отведенном глазе при недостаточности отведения противоположного глаза обусловлен межъядерной офтальмоплегией и является классическим признаком демиелинизации ствола мозга.

Состояние слуха оценивают с помощью проб Ринне и Вебера (см. с. 128). Потеря слуха нейросенсорного типа может наблюдаться при болезни Меньера, невrome слухового нерва и применении ототоксических препаратов. Причиной потери слуха у больных с одновременным парезом тройничного и лицевого нервов может быть опухоль в области мостомозжечкового угла.

Специфические позиционные пробы, такие, как проба Голлпике, выполняются для определения целостности вестибулярно-зрительного и лабиринтного путей. У больных с ДППГ, обычно жалующихся на головокружение, определяется замедленный нистагм, который ослабевает при повторном исследовании.

Далее больному проводят всестороннее неврологическое обследование. Причиной гомонимной гемианопсии (выпадение одной из двух половин поля зрения) может быть инфаркт задней области мозга и поражения ствола мозга, такие, как демиелинизация, нарушение мозгового кровообращения, при которых у больного может определяться сочетание ипсилатерального пареза черепного нерва и развитие двигательных и чувствительных нарушений в области лица. Кроме того, у больных с рассеянным склерозом можно выявить бледность зрительного диска вследствие атрофии зрительного нерва. При исследовании больных с поражением мозжечка выявляется интенционное дрожание (возникающее при произвольных движениях) при проведении пальценосовой пробы. Помимо размашистой атактической походки у них нередко выявляются нистагм, нарушение диадохокинеза (способность совершать сменяющие друг друга противоположно направленные движения конечностей: сгибание и разгибание, пронация и супинация) и дизартрия.

При подозрении на поражение сердечно-сосудистой системы как причины возникновения головокружений при оценке пульса у больного можно выявить наличие мерцательной аритмии. Больному измеряют АД в горизонтальном положении и положении сидя для исключения постуральной гипотонии, особое внимание обращают на потенциальные источники тромбоэмболии, такие, как клапаны сердца и брахиоцефальные артерии, при аускультации которых

нередко прослушиваются шумы недостаточности клапанов или сужения сонных артерий.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Большую часть причин возникновения головокружений можно диагностировать на основании данных анамнеза и клинического исследования больного.

- **ОАК**

Нб ↑ способствует возникновению НМК. Л ↑ воспалительный процесс.

- **СОЭ**

↑ НМК, злокачественное образование, воспалительный процесс.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Регистрация ЭКГ в течение 24 ч**

Нарушения ритма сердца.

- **Аудиометрия**

Позволяет оценить степень и характер нарушения слуха.

- **Допплеровское исследование сонных артерий**

Определить проходимость сонных артерий и выявить наличие в них атеросклеротических бляшек.

- **КТ головы**

НМК, кровоизлияние в мозжечок, оценить тяжесть черепно-мозговой травмы.

- **МРТ**

Позволяет диагностировать неврому слухового нерва и другие опухоли мостомозжечкового угла, демиелинизацию у больных с рассеянным склерозом.

▶ ДЕФОРМАЦИИ КИСТИ

Нарушения функции кисти могут привести к тяжелой инвалидности.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Отсутствие пальца
 Дополнительный палец
 Синдактилия (сращение пальцев)
 Первичная мышечная контрактура, например, множественный артрогрипоз, врожденный (редко)

Приобретенные

Травма
 Ожоги
 Контрактура Дюпюитрена
 Врожденная контрактура мизинца
 Ревматоидный артрит
 Ишемическая контрактура Фолькмана
 Поражение спинного мозга
 — полиомиелит
 — сирингомиелия
 Повреждения плечевого сплетения
 Повреждения периферических нервов
 Множественные хондромы (болезнь Оллье, энхондроматоз — редко)

АНАМНЕЗ

Врожденные

Врожденные деформации диагностируются при рождении младенца. Множественный врожденный артрогрипоз часто сочетается с другими неврологическими нарушениями; сочетание, сопровождающееся тяжелыми деформациями конечности.

Приобретенные

Травма и ожоги

При простом осмотре больного становится очевидным наличие перенесенной травмы или ожога.

Контрактура Дюпюитрена

На ранних стадиях заболевания отмечается небольшая деформация. При этом наблюдается утолщение ладонной поверхности кисти у основания безымянного пальца. В дальнейшем больной указывает на невозможность выпрямления безымянного пальца и мизинца, отмечается нарушение хватательной функции кисти. У больного необходимо выяснить наличие в анамнезе эпилепсии, цирроза печени или сахарного диабета.

Врожденная контрактура мизинца

Больной отмечает деформацию мизинца. Часто эту деформацию выявляют при обращении к врачу по какому-либо другому поводу.

Ревматоидный артрит

Во времени возникновения деформации больной обычно осведомлен о имеющемся у него заболевании. Он жалуется на боли и отечность суставов со слабостью в кисти, иногда отмечается выраженная деформация других суставов.

Ишемическая контрактура Фолькмана

Отмечается укорочение длинных сгибателей предплечья вследствие ишемии. Больной может указывать на перенесенную ранее травму, например, надмышелковый перелом плечевой кости с применением гипсовой повязки, вызвавшей нарушение кровотока в верхней конечности или развитие артериальной непроходимости, например эмболия. Он жалуется на болезненность в кисти и ограничение движений. Штыри и спицы, находящиеся в кисти, могут оказывать давление на нервы. Постепенно у больного формируется когтеобразная кисть.

Поражение спинного мозга

Во времени развития деформации диагноз заболевания обычно известен. Больной может указывать на перенесенный в детстве полиомиелит.

Повреждение плечевого сплетения

Обычно больной указывает на перенесенную травму, хотя в некоторых случаях плечевое сплетение поражается в результате прорастания опухоли.

Повреждения периферических нервов

Наличие очевидной травмы в анамнезе позволяет предположить повреждение нерва. Исключите любые возможные причины возникновения у больного периферической нейропатии, например, сахарный диабет, уремию, заболевания соединительной ткани, лепру.

Болезнь Оллье (энхондроматоз)

Это заболевание сопровождается деформацией конечности в результате неравномерного распределения участков хряща и кости. Больной жалуется на деформацию суставов и костей, а иногда на укорочение конечности и наличие узелков по ходу костей.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Врожденные**

Врожденные деформации выявляются при рождении младенца. Одновременно могут наблюдаться другие врожденные аномалии.

Приобретенные

Травма и ожоги

В зависимости от характера и тяжести травмы могут наблюдаться различные виды деформаций кисти. У больного с перенесенным ранее ожогом при осмотре становится очевидным послеожоговое рубцевание кожи.

Контрактура Дюпюитрена

Обнаруживается плотный узел на ладонной фасции у основания безымянного пальца. Вокруг узла отмечается сморщивание кожи. Палец у больного согнут в ПФ и ПМФ суставах и разогнут в ДМФ суставе. Чаще всего отмечается поражение безымянного пальца и реж мизинца.

Врожденная контрактура мизинца

Палец разогнут в ПФ суставе и согнут в обоих МФ суставах. На ладонной поверхности кисти не выявляется никаких узелков.

Ревматоидный артрит

У больного отмечается утолщение суставов, особенно ПФ и МФ суставов. Суставы имеют веретенообразную форму. При этом наблюдается отклонение всех пальцев в локтевую сторону. У больного также имеется сгибательная контрактура в запястном суставе с некоторой девиацией кисти в локтевую сторону. При осмотре бросается в глаза явная деформация в виде шеи лебедя и бутонообразная деформация пальцев. В далеко зашедших случаях происходит разрыв сухожилия, что сопровождается развитием различных деформаций кисти.

Ишемическая контрактура Фолькмана

У больного отмечается бледность кожи с атрофией и уплотнением мышц, кисть имеет когтеобразную форму и является нефункционирующей. При выпрямленном положении в лучезапястном суставе отмечается ограничение сгибания пальцев, при согнутом положении кисти в лучезапястном суставе пальцы активно разгибаются. В далеко зашедшей стадии мышцы кисти за счет фиброза становятся плотными и укороченными.

Повреждения спинного мозга

Основной причиной развития деформации кисти является перенесенный ранее полиомиелит. Кисть у больного обычно красновато-синюшного цвета, свисает и является нефункциональной.

При сирингомиелии может отмечаться развитие различных деформаций. При поражении верхнего двигательного нейрона у больного отмечается сгибательная контрактура кисти и пальцев с приведенным большим пальцем.

Повреждения плечевого сплетения

Резкое потягивание руки вверх может сопровождаться повреждением нижнего корешка (Th_1) плечевого сплетения, обеспечивающего иннервацию внутренних мышц кисти. Кисть принимает когтеобразный вид (паралич Клюмпке). Проверьте наличие у больного сопутствующего синдрома Горнера вследствие растяжения шейной симпатической цепочки.

Повреждение периферических нервов

При повреждении локтевого нерва следует проверить, нет ли повреждений медиального надмышелка, а также каких-либо признаков недавно перенесенного ранения запястья. При раздельном исследовании запястья отмечается паралич всех внутренних мышц пальцев (за исключением двух червеобразных, прикрепляющихся к лучевой поверхности тыльного апоневроза — срединный нерв), а кисть имеет когтеобразный вид. Когтеобразное положение менее выражено в отношении II и III пальцев вследствие отсутствия поражения червеобразных мышц. В последнем случае прослеживается явная атрофия межостных мышц на дорсальной поверхности кисти, а также наблюдается отсутствие чувствительности на медиальной поверхности $I\frac{1}{2}$ пальцев. При повреждении локтевого нерва в области локтевого сустава развивается паралич глубокого сгибателя IV и V пальцев, так что когтеобразное положение этих двух пальцев остается малозаметным.

При повреждении срединного нерва на кисти развиваются атрофия возвышения большого пальца вследствие паралича мышцы, противопоставляющей большой палец кисти, и потеря чувствительности на латеральной поверхности $3\frac{1}{2}$ пальцев. Тонкие движения, например захватывание небольшого предмета, являются трудно выполнимыми. При повреждениях в области локтевого сустава наблюдаются ослабление сгибательной способности кисти и атрофия мышц предплечья. При этом отмечается девиация кисти в локтевую сторону, поскольку сгибание кисти зависит от локтевого сгибателя кисти и медиальной $\frac{1}{2}$ глубокого сгибателя пальцев. Нередко хватательная функция кисти осуществляется за счет двух сгибающихся медиальных пальцев и выпрямления двух латеральных пальцев.

Болезнь Оллье

У больного выявляются опухолевидные образования костей (хондромы). Нередко одновременно отмечается укорочение конечности. В процесс может вовлекаться одна конечность либо одна кость.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В большинстве случаев описанные выше патологические состояния диагностируются при клиническом исследовании.

• ОАК, СОЭ

$Hb \downarrow$ при анемии, вследствие хронических заболеваний, например ревматоидный артрит.

- **Ревматоидный фактор**
Ревматоидный артрит.
- **ФПН**
Цирроз (контрактура Дюпюитрена).
- **Глюкоза крови**
Сахарный диабет, периферическая нейропатия, контрактура Дюпюитрена.
- **Рентгенография плеча**
Локальный перелом, например, надмышечковый перелом плечевой кости с последующим развитием ишемической контрактуры Фолькмана.
- **Рентгенография кисти**
Ревматоидный артрит. Болезнь Оллье – множественные участки просветления в костях кисти.
- **МРТ**
Повреждения спинного мозга, например сирингомиелия.
- **Исследования нервной проводимости**
Повреждения плечевого сплетения и периферических нервов.

► ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ

Эта патология встречается относительно редко. Деформацию стопы выявляют преимущественно во время рождения младенца, но иногда она выявляется в период, когда ребенок начинает ходить. Деформация стопы и голеностопного сустава обычно определяется термином «косолапость». Нередко косолапость в буквальном смысле этого слова выражают другими терминами, например, варусная (поворот стопы во внутрь), вальгусная (постоянно вывернутая наружу стопа) и конская стопа (постоянная экстензия стопы с опорой на пятку или согнутая вверх). Деформации пальцев — см. Поражения пальцев, с. 396.

ПРИЧИНЫ

Эквиноварусная косолапость (врожденная косолапость)

Плоская стопа (плоскостопие)

Полая стопа (аномальное увеличение свода стопы)

Идиопатические
 Нейропатические
 Спастическая дисплегия
 Spina bifida (расщелина позвоночника)
 Spina bifida occulta (расщелина позвоночника без спинномозговой грыжи)
 Полиомиелит
 Болезнь Шарко—Мари—Тута (наследственная невральная амиотрофия)
 Атаксия Фридрейха

Приобретенная косолапость

Поражение верхнего двигательного нейрона Спастический парез
 Нарушение мозгового кровообращения

Поражение нижнего двигательного нейрона Spina bifida
 Полиомиелит
 Боковой амиотрофический склероз
 Поражение мозжечка
 Атаксия Фридрейха

Поражения мышц Мышечная дистрофия
 Ишемическая контрактура Фолькмана

Травма

Переломы
 Ожоги

АНАМНЕЗ

Эквиноварусная косолапость

Диагноз становится очевидным уже при рождении младенца. Ребенку необходимо провести всестороннее обследование.

Плоская стопа

У всех детей до 10 лет отмечается плоскостопие и недоразвитие свода стопы. Родители нередко обращают внимание на нарушение походки у ребенка и быстрое и неравномерное изнашивание обуви. В редких случаях дети отмечают боли при ходьбе.

Полая стопа

При этой патологии отмечается аномальное увеличение продольного свода стопы. Ребенок может отмечать боли в стопе и неприятные ощущения при ходьбе. Родители могут замечать странности в походке ребенка. Чаще всего причиной развития этой патологии могут быть наличие в анамнезе *spina bifida*, *spina bifida occulta*, перенесенный полиомиелит и в редких случаях атаксия Фридрейха, для которой характерно наличие подобного заболевания у родственников. Болезнь Шарко–Мари–Тута развивается в период полового созревания с появления свисающей стопы и слабости в конечностях.

Приобретенная косолапость

Причины возникновения приобретенной косолапости могут быть различными, включая поражение верхнего и нижнего двигательных нейронов спинного мозга. Выясните у больного или родственников наличие в анамнезе спастического пареза, нарушений мозгового кровообращения, *spina bifida*, полиомиелита, атаксии Фридрейха. У больного может быть мышечная дистрофия. Больной с ишемической контрактурой Фолькмана может отмечать наличие в анамнезе ишемии икроножных мышц, например, при надмышелковом переломе бедра с повреждением подколенной артерии.

Травма

Обычно диагноз становится очевидным после выяснения у больного травмы или ожогов, явившихся причиной развития контрактуры.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Эквиноварусная косолапость**

Диагноз становится очевидным при рождении младенца. У него отмечается деформация по типу «конской стопы», т.е. ограничение разгибания в голеностопном суставе, в результате чего пятка поднята вверх с туго натянутым ахилловым сухожилием; варусная деформация — поворот подошвенной поверхности стопы внутрь; и приведенная передняя часть стопы — вогнутый внутренний край передней части стопы направлен вверх.

Плоская стопа

При этой патологии отмечается уплощение внутреннего продольного свода, а медиальный край стопы опирается на землю.

Полая стопа

Уже при простом осмотре у больного отмечается чрезмерно выгнутый свод стопы. Основные фаланги пальцев разогнуты в ПФ и согнуты в МФ суставах, в результате чего они принимают когтеобразный вид. Больной не может выпрямить пальцы. Под головками плюсневых костей обычно образуются омозолелости. При исследовании выясните наличие у больного *spina bifida* и *spina bifida occulta* (небольшой участок, покрытый волосами над поясничным позвонком), полиомиелита. У больных с болезнью Шарко—Мари—Тута выявляется наличие свисающей стопы, а также атрофия икроножных мышц. У больного с атаксией Фридрейха выявляются другие признаки, например, атаксия, дизартрия и нистагм.

Приобретенная косолапость

Проверьте наличие у больного поражений верхнего и нижнего двигательных нейронов спинного мозга. Симптомы атаксии Фридрейха см. выше. При ишемической контрактуре Фолькмана наряду с наличием ступни с высоким подъемом (когтеобразная стопа) отмечаются уплотнение и атрофия мышц голени.

Травма

Характер деформации зависит от типа и тяжести перенесенной травмы. Послеожоговые рубцы и контрактуры выявляются уже при поверхностном осмотре больного.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика почти всех вышеуказанных состояний основывается на данных анамнеза и клинического обследования больного.

- **Рентгенография стопы**

Позволяет подтвердить диагноз косолапости.

▶ ДИАРЕЯ

Диарея (понос) — учащенное опорожнение кишечника. При установлении диагноза диареи необходимо учитывать исходную функцию кишечника конкретного больного. Острая диарея у взрослых имеет, как правило, инфекционный характер.

ПРИЧИНЫ

Кишечные

Инфекционные энтериты	<i>Campylobacter spp.</i>
<i>Неспецифические</i>	<i>Salmonella spp.</i>
<i>Бактериальные</i>	<i>Escherichia coli</i>
	<i>Staphylococci</i>
	<i>Shigella spp.</i>
	<i>Vibrio cholerae</i>
	<i>Clostridium difficile</i>
	<i>Yersinia enterocolitica</i>
<i>Вирусные</i>	
<i>Грибковые</i>	<i>Cryptosporidium spp.</i>
<i>Протозойные</i>	<i>Giardia lamblia</i>
	<i>Entamoeba histolytica</i>

Воспалительные

Язвенный колит
Болезнь Крона

Результат нарушенного всасывания

Болезнь глютеновой недостаточности
Синдром слепой петли
Синдром короткой кишки

Неопластические

Рак
Ворсинчатая аденома

Прочие кишечные

Дивертикулез
Синдром раздраженной кишки
Каловый завал — ложная диарея
Тонко-толстокишечный свищ
Ишемический колит

Желудочные

После ваготомии

Обусловленные поражением поджелудочной железы

Хронический панкреатит
Кистозный фиброз
Рак
Резекция поджелудочной железы

Эндокринные

Тиреотоксикоз
Карциноидный синдром
Синдром Золлингера–Эллисона

	Випома (редко) Медуллярный рак щитовидной железы
Медикаментозные	Антибиотики Слабительные средства Антациды, содержащие магнезию Цитотоксические препараты
Прочие	Тревога Диета

АНАМНЕЗ

Инфекционные энтериты

Больные обычно жалуются на приступообразные боли в животе и жидкий стул, иногда с примесью крови. Холера начинается со спастических болей в животе, рвоты и профузного поноса, получившего название стула в виде «рисового отвара». Наблюдаются повышение температуры тела, выраженная потеря жидкости и электролитов (дегидратация), приводящая к развитию коллапса и смерти. При подозрении на инфекционный энтерит у больного необходимо выяснить характер принимавшейся им необычной пищи или наличие подобного заболевания у кого-нибудь из членов семьи. Выясните у больного, не пребывал ли он за границей.

Воспалительные заболевания кишечника

Характерный признак болезни Крона и язвенного колита – схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом с примесью крови, иногда слизи и гноя. Нередко отмечаются признаки интоксикации и повышенная температура, боли в животе и вздутие живота в случае токсического пареза толстой кишки.

Нарушение всасывания в кишечнике

У больных с данной патологией помимо диареи может быть стул с неприятным запахом с примесью большого количества жира и плавающей массы, т.е. стеаторея. У больного необходимо выяснить наличие в анамнезе перенесенных операций с резекцией кишечника, что могло бы указывать на синдром короткой кишки, или какой-либо операции с наложением обходного анастомоза, что позволяет диагностировать синдром слепой петли. Кроме того, необходимо выяснить возможность ранее проводившейся больному лучевой терапии.

Неопластические

У больных со злокачественным новообразованием кишки могут отмечаться схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся жидким стулом и выделением из прямой кишки крови и слизи. Жидкий

стул нередко имеет неприятный запах, поскольку фекальные массы задерживаются выше стенозированной опухоли участка кишки. Слизистые выделения могут наблюдаться у больных с ворсинчатой аденомой. При этом часто имеются жалобы на слабость, обусловленную гипокалиемией, развивающейся в результате выделения большого количества слизи с повышенным содержанием в ней калия.

Прочие кишечные причины диареи

Диарея нередко наблюдается у больных с дивертикулезом, который развивается обычно у лиц пожилого возраста. При этом имеются жалобы на схваткообразные боли обычно в левой подвздошной области. Клиническая картина синдрома раздраженной кишки сходна с таковой при дивертикулезе, но наблюдается у лиц более молодого возраста. Скопление в кишечнике плотных каловых масс может сопровождаться ложной диареей. У больных с дивертикулезом, осложнившимся образованием тонко-толстокишечного свища, или со злокачественной опухолью ректосигмоидного отдела толстой кишки также может наблюдаться диарея. При ишемических колитах, наблюдающихся преимущественно у лиц пожилого возраста, больные жалуются на схваткообразные боли в животе, жидкий стул и выделения из прямой кишки темно-красной крови.

Желудочные

В беседе с больным необходимо выяснить наличие у него в анамнезе перенесенных операций на желудке. Резекция пилорического отдела желудка или ваготомия может привести к развитию диареи, часто сопровождающейся синдромом сбрасывания (демпинг-синдром).

Поражение поджелудочной железы

При поражении поджелудочной железы часто наблюдается диарея или стеаторея. У больного необходимо выяснить наличие в анамнезе кистозного фиброза. У больных с хроническим панкреатитом могут наблюдаться боли в спине, сопровождающиеся болями в эпигастриальной области, потерей массы тела. В этом случае выясните наличие в анамнезе перенесенных операций на поджелудочной железе. У больных раком поджелудочной железы также могут наблюдаться поносы.

Эндокринные нарушения

Выясните наличие в анамнезе заболеваний щитовидной железы. При заболеваниях щитовидной железы больной предпочитает холодную погоду и жалуется на потливость, тревогу, тремор в руках, а при простом осмотре выявляются очевидные офтальмологические признаки поражения щитовидной железы. Нередко у такого больного обнаруживается зоб. При карциноидном синдроме больной жалуется на покраснение и ощущение жара (особенно после употребле-

нии алкоголя, кофе и определенных продуктов), наличие бронхиальной астмы и громкую перистальтику кишечника (урчание в животе). У больных с синдромом Золингера—Эллисона помимо диареи и анимезы часто отмечается рецидивирующая пептическая язва с кровавой рвотой или меленой. Випома встречается довольно редко, но сопровождается профузным поносом с потерей большого количества калия и выраженной слабостью вследствие гипокалиемии. Проверьте наличие у больного зоба, поскольку при медулярном раке щитовидной железы нередко развивается диарея. При обследовании иногда выявляются признаки, характерные для гиперпаратиреоза и наличия у больного феохромоциты (синдром МЭО).

Медикаментозные

Подробно выясните характер принимавшихся ранее лекарственных средств, особенно недавнее применение антибиотиков, цитотоксических препаратов, злоупотребление слабительными препаратами, содержащими магнезию, антацидов.

Прочие

Беспокойство и изменение режима питания могут приводить к диарее. При тщательном сборе анамнеза следует обратить особое внимание на любые изменения в диете, произошедшие в последнее время.

ОСМОТР

Инфекционные энтериты

При поверхностном осмотре можно отметить выраженную дегидратацию и коллаптоидное состояние больного. Следует измерить АД и определить частоту сердечных сокращений для выявления возможной гипотонии и тахикардии. Могут обнаруживаться болезненность и вздутие живота. При пальцевом ректальном исследовании на перчатке можно обнаружить следы крови и гноя.

Воспалительные заболевания кишечника

Клинически эти заболевания довольно трудно распознаются и при осмотре больного может выявляться лишь легкая локальная болезненность. В случае токсического пареза кишечника наблюдаются повышение температуры тела, недомогание, вздутие живота, рвота и локальная болезненность при пальпации. При перфорации кишечника развивается клиническая картина перитонита. У больных с болезнью Крона при пальпации живота иногда удается выявить опухолевидное образование.

Неопластические

При развитии непроходимости отмечается вздутие живота, а при его пальпации удастся определить опухолевидное образование. При пальцевом ректальном исследовании можно обнаружить злокачественную опухоль или ворсинчатую аденому.

Прочие заболевания кишечника

Клиническая картина у больных дивертикулезом также скудная и лишь при пальпации можно обнаружить болезненность в левой подвздошной области. Получаемые при исследовании данные сходны с таковыми при синдроме раздраженной кишки. У больных с копростазом (каловый завал) при пальпации живота удается определить каловые массы каменной плотности, которые иногда доступны при пальцевом ректальном исследовании. Клиническая картина толсто-тонкокишечного свища довольно скудная. У больных с ишемическим колитом при пальпации определяются болезненность и защитная реакция мышц левой половины передней брюшной стенки. При ректальном исследовании обнаруживается темная кровь.

Желудочные

Помимо послеоперационного рубца, выявляемого при осмотре больного, и наличия в анамнезе операции на желудке, у больных с этой патологией обычно никаких данных нет.

Связанные с поражением поджелудочной железы

При пальпации может определяться болезненность в эпигастральной области или наличие опухолевидного образования при раке поджелудочной железы.

Эндокринные

У больных с тиреотоксикозом могут отмечаться тахикардия, потливость, повышенные рефлексы, глазные признаки и наличие зоба. При карциноидном синдроме возможны гепатомегалия, признаки недостаточности трехстворчатого клапана и стеноза легочной артерии. Клинические данные у больных с синдромом Золингера—Эллисона весьма скудные. У больных с випомой, кроме слабости, обусловленной гипокалиемией, не удастся выявить каких-либо существенных данных. При медуллярной карциноме щитовидной железы удается пальпировать опухолевидное образование.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нб ↓ кровотечение. Нб ↑ дегидратация. Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ воспалительный процесс, опухоль.

• М и Эл

Мочевина ↑ дегидратация. Калий ↓ тяжелая диарея, ворсинчатая аденома.

• ФПП

Щелочная фосфатаза ↑ при метастазах в печень.

• Посев кала и его микроскопическое исследование

При инфекционных заболеваниях. Микроскопия на наличие паразитов.

- **Сигмоидоскопия**
Риск, воспалительные заболевания кишечника, ворсинчатая аденома, псевдомембранозный колит.
- **Бариевая клизма**
Опухоли, колит, дивертикулез.
- **Колоноскопия**
Опухоли, колит (степень и тяжесть), дивертикулез.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ФНЩЖ**
T₄ ↑, TSG ↓ при тиреотоксикозе.
- **Суточная моча**
5-ГИУК ↑ при карциноиде.
- **УЗИ**
Карциноид. Метастазы в печень.
- **Гастрин сыворотки крови**
Синдром Золлингера–Эллисона.
- **Кальцитонин сыворотки крови**
Медуллярный рак щитовидной железы.
- **Вазоактивные кишечные пептиды сыворотки крови**
Повышенное содержание при випоме.
- **Исследование кала на содержание жиров**
Нарушение всасывания.
- **Клизма тонкой кишки**
Болезнь Крона.

▷ ДИСФАГИЯ

Термин «дисфагия» означает расстройство или затруднение глотания, которое может сопровождаться болезненностью, но может быть и безболезненным. Дисфагия может наблюдаться при приеме плотной, жидкой или любой пищи. Дисфагию следует отличать от болезненности при глотании (одинофагия), которая не препятствует акту глотания.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Атрезия пищевода

Приобретенные

Внутрипросветные	Пищевой комок Инородное тело
В стенке пищевода	Стеноз воспалительного характера – желудочно-пищеводный рефлюкс – стеноз после ожога едкими веществами – кандидоз Ахалазия (кардиоспазм) Рак пищевода Синдром Пламмера–Винсона Облучение Склеродермия Болезнь Шагаса (редко)
Сдавление пищевода извне	Плоточный карман Опухоли средостения – бронхогенный рак легкого – лимфаденопатия Увеличение левого предсердия (митральный стеноз) Аневризма аорты Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (рецидивирующая) Дисфагия игровая (редко)
Нейромышечные расстройства	Булбарный паралич Синдром Гийена–Барре–Штроля НМК Поражение двигательного нейрона Миастения тяжелая

АНАМНЕЗ

Врожденные

Атрезия пищевода

Из анамнеза можно выяснить наличие во время беременности полигидрамниона (многоводия). У новорожденного отмечаются постоянное обильное слюнотечение, неспособность глотать пищу, образование пенистой слизи вокруг рта, приступы удушья (при попадании

в дыхательные пути), цианоза (особенно во время кормления) и развитие аспирационной пневмонии.

Приобретенные

В анамнезе пищевода

В анамнезе можно выяснить факт проглатывания инородного тела. У детей это часто бывают монеты, а пожилых больных — зубные протезы. Причину дисфагии трудно объяснить только употреблением твердой пищи без учета возможности наличия той или иной формы сужения пищевода.

Внутристеночные

В анамнезе больных с послеожоговыми стриктурами обычно имеются указания на прием едких жидкостей, за исключением больных с психическими нарушениями, выяснение анамнеза у которых бывает довольно сложным. Больные указывают на внезапное появление боли и дисфагии, которые после соответствующего лечения могут уменьшиться, но спустя несколько месяцев эти больные вновь обращаются к врачу по поводу развившегося стеноза пищевода. Больные со стенозом пищевода воспалительного характера, обусловленного желудочно-пищеводным рефлюксом при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, в анамнезе указывают на глущие боли за грудиной и отрыжку кислым желудочным содержимым, усиливающуюся в положении лежа или при наклоне вниз. Явления дисфагии развиваются обычно постепенно, и больной нередко указывает точное место неприятных ощущений на уровне нижнего конца грудины. Дисфагия, обусловленная кандидозом, обычно развивается у больных со сниженным иммунитетом. Ахалазия пищевода — заболевание, обусловленное дегенерацией интрамурального межмышечного ауэрбаховского сплетения стенки, приводящей к нарушению перистальтических сокращений пищевода и недостаточному открытию кардиального отверстия при глотании, в результате чего пища скапливается в атоничной верхней его части. Это заболевание обычно встречается в возрасте от 30 до 50 лет. Вначале заболевание проявляется периодически, затем оно интенсивно прогрессирует. Причем больные отмечают большее затруднение прохождения жидкой, чем плотной пищи. У больных наблюдается регургитация пищевых продуктов, особенно во время сна, что может приводить к развитию аспирационной пневмонии. Дисфагия при раке пищевода развивается внезапно. Вначале больные отмечают затруднение проходимости твердой пищи, а затем и жидкой. У больных нередко отмечаются снижение массы тела, анорексия и клинические признаки анемии. В анамнезе у таких больных нередко отмечается наличие ахалазии или синдрома Барретта (хроническая пептическая язва нижнего отдела пищевода с эпителием, напоминающим слизистую оболочку кардии). Нарушение прохождения грубой пищи в верхней части пищевода у женщин среднего возраста позволяет предположить наличие

у них синдрома Пламмера—Винсона (дисфагия вследствие дегенерации мышц пищевода, атрофия сосочков языка и анемия) вследствие образования перепонки в верхней части пищевода (подперстневидная перепонка). Это состояние расценивают как предраковое. Наличие у больного в анамнезе лучевой терапии или медиастинита указывает на пострadiационное сужение пищевода. При склеродермии у больных наблюдаются изменения кожи вокруг губ, на пальцах (склеродактилия) или в анамнезе они отмечают болезнь Рейно. Идентичные изменения пищевода в виде дегенерации ауэрбахова сплетения и клиническую картину, сходную с таковой при ахалазии, вызывает болезнь Шагаса (возбудитель *Trypanosoma cruzi*).

Сдавление пищевода извне

Больные с фарингеальным карманом (синонимы: пищеводно-глоточный дивертикул, глоточный дивертикул), обычно среднего или пожилого возраста, отмечают появление выбухания в левом заднем треугольнике шеи, явления дисфагии, локализующиеся за рукояткой грудины, обусловленные давлением на пищевод кармана, заполняющегося пищей и водой. В положении лежа у больных нередко возникает регургитация, сопровождающаяся кашлем (особенно ночью). Можно также отметить галитоз (зловонное дыхание). Причиной дисфагии у больных бронхогенным раком легкого может быть прямое сдавление пищевода опухолью или метастатическими узлами в средостении. При опросе такой больной указывает на рак легкого в анамнезе или наличие у него кровохарканья. При дисфагии у больного с лимфаденопатией при обследовании можно выявить увеличение лимфатических узлов в других участках, например подмышечных или паховых. Дисфагия в результате давления на пищевод увеличенного левого предсердия может наблюдаться при митральном стенозе, что выясняется при опросе и обследовании больного. Дисфагия при параэзофагеальной грыже, встречающаяся преимущественно у лиц пожилого возраста, носит перемежающийся характер и возникает обычно после еды вследствие давления на пищевод наполненного пищей желудка. При этом отмечается икота вследствие раздражения диафрагмального нерва.

Нейромышечные

При этом типе дисфагии у больных в анамнезе обычно выявляется синдром Гийена—Барре—Штроля, полиомиелит, поражение двигательного нейрона (прогрессирующая мышечная атрофия, боковой амиотрофический склероз, прогрессирующий бульбарный паралич и первичный боковой склероз), тяжелая миастения или НМК.

ИССЛЕДОВАНИЕ

При подозрении на наличие у младенца атрезии пищевода проведите через рот мягкий резиновый катетер, который не пройдет ниже места непроходимости пищевода.

У многих больных с жалобами на дисфагию не удается обнаружить какие-либо клинические признаки. У больного с фарингеальным карманом в нижней части заднего треугольника шеи (обычно слева) можно определить опухолевидное образование, булькающее при пальпации. При раке пищевода имеются признаки потери массы тела, определяется увеличение печени или шейных лимфатических узлов за счет метастатического поражения. У больных с подозрением на синдром Пламмера—Винсона проверьте наличие койлонихии (вогнутости ногтевых пластинок), ангулярного хейлита (воспаление и трещины в углах рта) и глоссита. У больных с постлучевым стенозом пищевода можно обнаружить выраженные изменения кожи после перенесенной лучевой терапии. При склеродермии отмечается кальциноз подкожной ткани, синдром Рейно, склеродактилия и телеангиэктазии. У больных с дисфагией, обусловленной увеличением левого предсердия, легко выявить признаки митрального стеноза, например, акроцианоз, гиперемию щек, сердечный толчок слева от грудины, усиленный верхушечный толчок, ранний диастолический шелчок открытия митрального клапана и грубый диастолический шум, лучше слышимый на верхушке сердца. У больных с нейромышечной дисфагией при обследовании выявляется ряд неврологических нарушений.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

НЬ ↓ наблюдается при раке, но может быть и при эзофагитах, развивающихся при пептических стенозах. Анемия нередко развивается при сопутствующем синдроме Пламмера—Винсона. СОЭ ↑ при злокачественной опухоли и склеродермии.

• М и Эл

Дегидратация.

• ФПП

Щелочная фосфатаза ↑ при метастазировании в печень.

• РГК

Позволяет обнаружить рентгеноконтрастное инородное тело, у больных с ахалазией — уровень воздух—жидкость. Воздушный пузырь желудка в грудной полости при паразофагеальной грыже. Увеличение лимфатических узлов корня легкого. Бронхогенный рак легкого. Расширение средостения при аневризме аорты. Увеличение левого предсердия (двойная тень позади контура сердца) — митральный стеноз.

• ЭКГ

Гипертрофия левого предсердия.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Исследование с сульфатом бария

Позволяет диагностировать фарингеальный карман (никогда не назначайте больным ЭГДС из-за возможности перфорации

фарингеального кармана), стеноз, ахалазию, сдавление пищевода извне.

- **ЭГДС**

Используется для диагностики и удаления инородного тела, застрявшего куса пищи. С целью диагностики кандидоза, дифференциальной диагностики доброкачественного и злокачественного новообразования, синдрома Пламмера–Винсона. Биопсия для дифференциальной диагностики злокачественного и доброкачественного новообразования, позволяет установить отсутствие ауэрбаховского сплетения при ахалазии.

- **КТ**

С целью выявления новообразований средостения, распространения злокачественной опухоли, диагностики аневризмы аорты, установления диагноза врожденной дисфагии (патологическое расположение артерий, вызывающих сдавление пищевода извне).

▶ ЖЕЛТУХА

Желтуха — окрашивание в желтый цвет тканей, особенно заметное на слизистых оболочках, коже и склерах, вследствие накопления желчных пигментов, билирубина. Видимое на глаз желтушное окрашивание наблюдается при повышении уровня билирубина в циркулирующей крови свыше 35 ммоль/л. Желтуха может быть предпеченочной (обусловлена гемолизом), печеночной (гепатоцеллюлярные заболевания) или холестатической (вследствие внутрипеченочного холестаза или постпеченочного нарушения проходимости желчных путей).

ПРИЧИНЫ

Предпеченочные (несвязанной гипербилирубинемии)

Врожденные нарушения	Болезнь Жильбера Синдром Клигера–Найяра
Гемолитические	
<i>Врожденные нарушения эритроцитов</i>	Наследственный сфероцитоз (врожденная ахлурическая желтуха) Серповидно-клеточная анемия Дефицит Г6ФД Талассемия
<i>Приобретенные</i>	Малярия Переливание иногруппной крови Аутоиммунная Гемолитическая желтуха новорожденных Рассасывание большой гематомы Увеличение селезенки

Печеночные

Приобретенные гепатоцеллюлярные заболевания печени	Вирусные гепатиты – гепатиты А, В, С – вирус Эпштейна–Барр – ЦМВ Прочие инфекции – лептоспироз Лекарственные препараты, например, парацетамол, фторотан Токсины, например тетрахлорэтан Аутоиммунные
Хронические гепатоцеллюлярные заболевания	Хронический вирусный гепатит Хронический аутоиммунный гепатит Конечная стадия поражений печени – алкоголь – цирроз – гемохроматоз – болезнь Вильсона

Холестатические	
Внутрипеченочные	Лекарственные препараты, например хлорпромазин (аминазин) Первичный билиарный цирроз Вирусный гепатит Беременность
Внепеченочные (обструктивные)	
<i>Внутрипротоковые</i>	Желчные камни Инвазия — клонорхоз (печеночные трематоды) — шистосомоз
<i>Внутристеночные</i>	Врожденная атрезия желчных протоков Холангиокарцинома (аденокарцинома внутрипеченочных желчных протоков) Стеноз, например, воспалительный, послеоперационный Холангит Склерозирующий холангит Киста холедоха
<i>Внестеночные</i>	Рак головки поджелудочной железы Рак ампулы фатерова сосочка Злокачественные узлы ворот печени Хронический панкреатит Синдром Мирици

АНАМНЕЗ

Общие симптомы

Повышение температуры, недомогание, снижение массы тела, темная моча, обесцвеченный стул, зуд.

Желтуха новорожденных

Усиление желтухи в пределах 2–3 дней после рождения указывает на атрезию желчных протоков. Печеночная недостаточность развивается в течение 3–6 мес. Часто встречающаяся физиологическая желтуха обусловлена несовершенной функцией печени. Она обычно исчезает в течение 1-й недели жизни.

Прегепатическая

Выясните у больного семейный анамнез, национальность, принимаемые им лекарственные средства, наличие гематурии, наличие в анамнезе анемии. Болезнь Жильбера наследуется по аутосомно-доминантному типу. В основе заболевания лежит потребление гепатоцитами несвязанного билирубина. При синдроме Криглера–Найяра отмечается нарушение способности гепатоцитов связывать билирубин с образованием глюкуронида билирубина.

Гепатоцеллюлярная

Выясните у больного характер работы, наличие контактов с больными гепатитом и желтухой, алкогольной зависимости. Расспросите о недавних поездках за границу, половой жизни, о приеме лекарственных средств (препараты для парентерального введения, анестетики), злоупотреблении запрещенными средствами, наличии контактов с промышленными растворителями. Выясните наличие в анамнезе желтухи, инфекционных заболеваний, симптомов гриппоподобного заболевания, сыпей, болей в суставах и переливаний крови.

Холестатическая

Необходимо тщательно выяснить у больного о применении им таких препаратов, как хлорпромазин (аминазин), о его недавних поездках за границу. Больной может указать на появление сильных болей в верхней половине живота с последующим развитием желтухи (желчная колика в результате застревания камня в общем желчном протоке) или незаметное развитие желтухи без приступов боли (злокачественное новообразование), появление темной мочи, обесцвечивание стула, зуд.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Прегепатическая (гемолитическая) желтуха

В этих случаях у больного отмечается нерезко выраженная желтуха, слегка лимонного цвета. Наблюдаются анемия, спленомегалия.

Печеночная желтуха

У больного с гепатитом отмечается небольшая болезненность печени, могут выявляться признаки печеночной недостаточности: «сосудистые звездочки» (телеангиэктазии), гиперемия ладоней, лейконигия, пальцы в виде барабанных палочек, гинекомастия, атрофия яичек, периферические отеки, кровоизлияния на коже, контрактура Дюпюитрена, голова Медузы, печеночный тремор. У больных может отмечаться рвота кровью вследствие кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Холестатическая желтуха

У больного отмечается увеличение печени. При пальпации печень обычно гладкая с «острым» краем. Нередко удается пальпировать желчный пузырь (закон Курвуазье — если у больного с наличием обтурационной желтухи удается пальпировать желчный пузырь, наиболее вероятной причиной ее развития является обтурация желчных путей камнем). В эпигастральной области при пальпации можно обнаружить опухолевидное образование, например рак поджелудочной железы. Желтуха может наблюдаться при наличии в брюшной полости опухолевидных образований другой локализации, например, рак желудка и рак толстой кишки с метастазированием в область ворот

печени. При осмотре больного можно обнаружить послеоперационные рубцы, следы от расчесов на коже живота из-за зуда.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ, развернутый анализ крови**
Hb ↓ злокачественное новообразование, гемолиз. Л ↑ воспалительный процесс, например, гепатит, холангит. СОЭ ↑ воспалительный процесс, злокачественное новообразование. Развернутый анализ крови – сфероцитоз.
- **Количество ретикулоцитов**
Гемолиз.
- **М и Эл**
Нарушение функции почек при гепаторенальном синдроме.
- **ФПП**
См. табл. на с. 161.
- **Исследование свертываемости**
ПВ ↑.
- **Вирусные антитела**
Гепатиты А, В, С, ЦМВ, вирус Эпштейна–Барр.
- **УЗИ**
Камни желчных путей. Расширение желчевыводящих путей. Уровень обструкции (при наличии обструкции можно не обнаружить). Метастазы. Цирроз печени.
- **ЭРХП**
Рак периапулярной зоны. Наличие камней в общем желчном протоке. Опухоль общего желчного протока. Стриктура общего желчного протока. Биопсия. Цитологическое исследование мазка. Стентирование общего желчного протока.
- **ЧЧПХ**
Проводится в случаях, когда отсутствуют данные ЭРХП.
- **МРХП**
Аномалии желчного протока. С целью диагностики наличия камней в желчных путях.
- **КТ**
Рак головки поджелудочной железы – оценить распространенность процесса и возможность оперативного лечения. Метастазы в печень.
- **Биопсия печени**
Гепатоцеллюлярные заболевания. Рак печени.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Содержание меди в сыворотке крови**
Сниженное при болезни Вильсона.
- **Церулоплазмин сыворотки крови**
Снижен при болезни Вильсона.
- **α_1 -антитрипсин сыворотки крови**
Дефицит α_1 -антитрипсина.

Железо и ТЖСЕ сыворотки

Уровень железа повышается у больных с гемохроматозом. Насыщение ТЖССЕ >70%.

Реакция связывания комплемента

Лептоспироз.

- **Посев крови**

Септицемия. Лептоспироз.

- **Поясничная пункция**

Лептоспироз.

Биохимические показатели крови и мочи у больных с желтухой

<i>Биохимический параметр</i>	<i>Предпеченочная</i>	<i>Печеночная</i>	<i>Холестатическая</i>
Кровь			
Билирубин			
Несвязанный	↑	Н/↑	Н
Связанный	Н	Н/↑	↑↑
Щелочная фосфатаза	Н	Н/↑	↑↑
Трансаминазы	Н	↑↑	Н/↑
Моча			
Билирубин	0	↑	↑
Уробилиноген	Н/↑	↑	↓↓/0

Н – нормальное; 0 – отсутствие билирубина в моче.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Заболевания кожи волосистой части головы встречаются довольно часто; среди них преобладают кисты сальных желез, нередко множественные.

ПРИЧИНЫ

Травматические

Гематома
Кефалгематома

Кисты сальных желез

Неопластические

Доброкачественные

Остеома слоновая

Злокачественные

Первичные

Базально-клеточная карцинома
Лейкемия
Миелома

Вторичные (метастатические)

Молочная железа
Легкие
Щитовидная железа
Предстательная железа
Почки

Инфекционные

Специфическая опухоль Кока
Дерматомироз волосистой части головы

Прочие

Псориаз
Себорейный дерматит

АНАМНЕЗ

Травматические

Выясните у больного о перенесенной ранее травме. В области перелома костей черепа можно определить наличие мягкой гематомы. Кефалгематома (кровяная киста), обычно образующаяся у новорожденных, является признаком травматичных родов. Гематома располагается под надкостницей.

Киста сальной железы

Кисты обычно бывают множественными. Больной выявляет их при расчесывании волос.

Неопластические

При слоновой остеоме больной обнаруживает на черепе опухолевидное образование каменной плотности. Это обычно молодой чело-

иск и обнаруженное образование является бессимптомным. На волосистой поверхности головы иногда образуются злокачественные язвы. Больной обнаруживает поражение при расчесывании волос, при этом нередко отмечается кровотечение. Подобные изменения раньше выявляются у больных с облысением. При наличии метастаза в кости черепа отмечаются болезненность и припухлость в области пораженной кости. Тщательный опрос больного позволяет выявить наличие первичной опухоли и определить ее локализацию.

Инфекционные

При опухоли Кока больной отмечает болезненное, кровоточащее образование на волосистой части головы. Опухоль Кока является нагноившейся кистой сальной железы с образованием на ее поверхности грануляционной ткани. Ее можно ошибочно принять за плоскоклеточный рак. Дерматомикоз волосистой части головы обычно встречается в детском возрасте и проявляется ломкостью и выпадением волос с образованием зудящих, гиперемированных участков облысения, сопровождающихся шелушением.

Прочие

Псориаз может вызывать поражение волосистой части головы. Больной обычно отмечает наличие других участков поражения. Себорейный дерматит проявляется в виде мелких шелушащихся высыпаний на волосистой части головы. При этих поражениях сохраняется нормальный рост волос.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Травматические

Удар по голове может привести к образованию гематомы. Для исключения перелома кости необходимо выполнить рентгенографию черепа. Кефалгематома развивается у новорожденного и располагается под надкостницей, поэтому ограничивается швами костей черепа.

Себорейная киста

Себорейная киста — плотное, округлой формы, болезненное при пальпации опухолевидное образование на волосистой части головы. Эти кисты могут быть множественными. На кистах сальной железы, располагающихся на волосистой части головы, редко можно обнаружить точечное углубление в центре.

Неопластические

У больного с остеомой на наружной пластинке черепной кости выявляется гладкое, костной плотности опухолевидное образование. Кожа над опухолью подвижная. Плоскоклеточный рак проявляется в виде язвы с плотными вывернутыми краями. Злокачественная меланома характеризуется пигментацией и легко кровоточащим изъязвлением. В обоих случаях отмечается увеличение шейных лимфатических

узлов. Базально-клеточная карцинома характеризуется образованием язвы с закругленными краями, перламутрового цвета, нередко с наличием поверхностных телеангиэктазий. В костях волосистой части головы могут развиваться метастазы опухолей легких, молочной железы, щитовидной, предстательной желез и почек. Необходимо провести тщательное обследование всех этих органов больного для выявления первичного очага опухоли. Миелома костей черепа может проявляться в виде болезненного опухолевидного образования. При пальпации определяется участок локальной болезненности.

Инфекционные

Специфическая опухоль Кока — нагноившаяся киста сальной железы, после вскрытия которой дно ее покрывается развивающейся грануляционной тканью. Она выглядит в виде гиперемированной припухлости; ее иногда по ошибке принимают за плоскоклеточный рак. Дерматомироз волосистой части головы проявляется ломкостью и выпадением волос с образованием гиперемированных участков облысения, сопровождающихся шелушением.

Прочие

У больного с псориазом выявляются ограниченные участки красноватых, чешуйчатых макропапул. Волосы нормально прорастают через папулы или бляшки. Осмотрите больного с целью выявления признаков поражения на других участках тела. Себорейный дерматит проявляется в виде шелушащихся мелких высыпаний на волосистой части головы без сопутствующего поражения волос.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика этих поражений в большинстве случаев основывается лишь на данных клинического обследования больного.

• **ОАК, СОЭ**

Hb ↓ злокачественное новообразование. Л ↑ лейкопения. СОЭ ↑ миелома и другие злокачественные новообразования.

• **РГК**

Первичная опухоль. Метастазы, например злокачественной меланомы.

• **Рентгенография черепа**

Перелом костей черепа. Слоновая остеома. Перцевидное пятно в кости черепа — миелома. Метастазы опухоли легкого, молочной и щитовидной желез, сопровождающиеся лизисом кости. Метастазы опухоли предстательной железы и иногда почек, сопровождающиеся остеосклерозом.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **Электрофорез белков плазмы крови**

Моноклональная гаммапатия при миеломе.

- **Сканирование костей**

Метастазы.

- **Соскоб с волосистой части головы**

Грибковая инфекция, например дерматомикоз волосистой части головы.

- **Биопсия**

Злокачественные новообразования. Опухоль Кока.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ

Наиболее часто встречающимся симптомом при заболеваниях глаз является «покраснение глаз». Покраснение глаз является и наиболее часто встречающейся жалобой, с которой приходится сталкиваться врачам общего профиля.

ПРИЧИНЫ

Веки

Блефарит
Ячмень
Киста мейбомиевой железы
Ксантелазма
Энтропион
Эктропион

Глаза

Поверхностные

Травма
Инородное тело

Конъюнктива

Конъюнктивит
– бактериальный
– вирусный
– хламидийный
– аллергический
– подконъюнктивальное кровоизлияние

Склера

Эписклерит
Склерит

Роговица

Кератит
Изъязвление роговицы (кератит)
– бактериальный
– вирусный
– грибковый

Радужка и ресничное тело

Иридоциклит (увеит)

Внутриглазные

Острая закрытоугольная глаукома

АНАМНЕЗ

Боль

Большинство заболеваний глаза характеризуются появлением боли. Причиной внезапного появления боли в одном глазу и слезотечения может быть попадание в него инородного тела. У больных с инфекционным конъюнктивитом отмечается скорее раздражение, чем истинная боль. Больные с блефаритом жалуются на ощущение инородного тела в глазу или песка, тогда как больные с аллергическим конъюнктивитом (сенная лихорадка, острая аллергическая реакция или атопия) отмечают в глазу скорее зуд, чем боль. Сильная боль на-

Наблюдается у больных с кератитами, изъязвлением роговицы и острой закрытоугольной глаукомой, опоясывающим лишаем глаза, увеитом и склеритом. У больных с увеитом и склеритом боль усиливается при пальпации глазного яблока. Ячмень — гнойное воспаление ресничного фолликула, часто сопровождается сильной болью. Мейбомиева киста представляет собой воспаление одноименной железы, расположенной на задней (орбитальной) части края век. Воспаление мейбомиевых желез может либо разрешаться самостоятельно или консолидироваться в виде опухолевидного образования величиной с просыное зернышко, известное как халазион. Энтропион представляет собой заворот края века вовнутрь. Вывернутые внутрь ресницы вызывают постоянное раздражение конъюнктивы и роговицы, сопровождающееся болезненным покраснением глаза. Противоположное состояние известно как эктропион, вызывающий выраженное слезотечение. Подконъюнктивальное кровоизлияние развивается обычно спонтанно и, несмотря на частое сочетание его с выраженным хемозом (отек конъюнктивы глаза, возвышающийся вокруг роговицы в виде вала), оно, как правило, безболезненное.

Зрительные нарушения

У больных с изъязвлением роговицы, увеитом и острой закрытоугольной глаукомой может наблюдаться нарушение зрения. При этом отмечается фотофобия. Кроме того, у больных с глаукомой может появляться ощущение гало¹ вокруг источников света, вследствие отека роговицы.

Отделяемое

У больного следует тщательно выяснить количество и цвет отделяемого из глаза. Гнойное отделяемое наблюдается у больных бактериальным или хламидийным конъюнктивитами, тогда как при аллергическом или вирусном конъюнктивитах отделяемое прозрачное.

Анамнез ранее проводившейся медикаментозной терапии

У больных с аллергическими конъюнктивитами в анамнезе могут отмечаться атопия² или сенная лихорадка. Ранее наблюдавшиеся у больных герпетические воспалительные процессы на лице могут быть единственной ценной информацией для выяснения причины развития ветвистой язвы роговицы (кератит, вызываемый вирусом простого герпеса). Конъюнктивит, уретрит и артрит составляют триаду синдрома Рейтера, вызываемого *Chlamyda trachomatis*. Важное значение для выяснения причины заболевания имеет выяснение у больного применения контактных линз, поскольку в этих случаях могут развиваться острые инфекционные заболевания, приводящие к потере зрения.

¹ Кольцевидное свечение вокруг освещаемого объекта — ореол. — *Примеч. ред.*

² Аллергическая реакция со строго специфической семейной предрасположенностью; вызывается пылью, пищевыми продуктами и ядом насекомых. — *Примеч. ред.*

Склериты — более глубокие и более тяжелые воспалительные процессы по сравнению с эписклеритами. У больных со склеритами и эписклеритами нередко отмечается заболевание соединительной ткани — ревматоидный артрит или СКВ.

У больных с увеитом часто имеются заболевание тонкого кишечника воспалительного характера, псориаз, анкилозирующий спондилит и саркоидоз. У больных с нарушениями функции щитовидной железы могут наблюдаться застойные явления в глазу. Ксантелазма представляет собой жировые бляшки на коже век. Наличие у больного обширных и множественных ксантелазм может указывать на нарушение обмена холестерина, наличие сахарного диабета или гипертонической болезни.

ИССЛЕДОВАНИЕ

У больного следует определить остроту зрения с корригирующими очками или с использованием щелевидной лампы и все клинические данные подробно зафиксировать в виде диаграмм по таблицам типа Снеллена (или Сивилева). К заболеваниям, сопровождающимся нарушениями зрения, относятся изъязвление роговицы, увеиты и глаукома. Больных с этой патологией следует направлять на консультацию к офтальмологу. Врач должен внимательно осмотреть веки больного. Отечность верхнего века с наличием гиперемии указывает на возможное наличие у больного ячменя. При этом можно обнаружить гнойные узелки, расположенные на инфицированных волосяных фолликулах. Выверните верхнее веко и проверьте отсутствие мейбомиевой кисты и инородных тел. У больного с аллергическим конъюнктивитом можно обнаружить сосочки (конъюнктивальные возвышения с сосудом в центре), а при вирусных и хламидийных воспалительных процессах отмечается наличие фолликулов (скоплений лимфоцитов). Наличие у больного эктропиона или энтропиона становится очевидным при простом осмотре: в первом случае вывернуто нижнее веко, а во втором — повернуто внутрь, в результате чего ресницы царапают конъюнктиву и роговицу, вызывая гиперемии и слезотечение. Подобная картина наблюдается у больных с трихиазом (загибание ресниц вовнутрь) в результате неправильного роста ресниц. Ксантелазма — жировые бляшки на коже век, которые имеют вид скоплений желтого матового жира, мягкие и безболезненные при пальпации.

Затем следует осмотреть поверхность глазного яблока, с тем чтобы исключить наличие какого-либо инородного тела. Необходимо внимательно осмотреть и оценить гиперемированные участки. Диффузная гиперемия, наиболее выраженная в сводах, характерна для конъюнктивита. Ограниченные, сегментарные участки гиперемии могут быть обусловлены эписклеритом, но наличие выраженной гиперемии вблизи лимба может указывать на фокальный кератит. Склерит вызывает изменение цвета в коричневато-красный, тогда как малиново-красная окраска губжелезающих участков склеры на-

блюдается при субконъюнктивальных кровоизлияниях. Выраженная гиперемия вблизи радужки, известная как цилиарная эритема, наблюдается при переднем увеите и глаукоме.

Далее следует провести тщательное исследование роговицы. Изъязвления роговицы нельзя выявить без флюоресцентного окрашивания. Воспалительный процесс может распространяться на переднюю камеру глаза, и скопление гноя (гипопион) в ней может определяться в виде уровня жидкости белого цвета. Блеск роговицы исчезает при глаукоме, вследствие отека роговицы.

Далее следует исследовать зрачки и отметить их положение в состоянии покоя. Суженный зрачок может наблюдаться в результате цилиарного спазма при увеите и оставаться в фиксированном полурасширенном состоянии у больного с глаукомой.

Осмотр глаза после окрашивания флуоресцином с использованием синего светофильтра: участки роговицы, лишённые эпителия, при кератите и изъязвлении светятся зеленоватым цветом.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев**

Микроскопическое исследование, ПИЧ микрофлоры, например, ячмень, бактериальный, вирусный и хламидийный конъюнктивиты.

- **Окрашивание бенгальским розовым**

Для оценки погибших и поврежденных клеток (при оценке некоторых форм кератита). Применяется также для определения контура ветвистых язв, образующихся при простом герпесе.

- **Глюкоза крови**

Воспалительные процессы часто развиваются у больных сахарным диабетом, например ксантелазма.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Измерение внутриглазного давления**

↑ глаукома, увеит.

- **Туалет роговицы**

При поражении воспалительного характера.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ

Поражения губ встречаются довольно часто. Они могут быть очень болезненными и нарушают речь и прием пищи. Они порой неприятны для больного и препятствуют пребыванию его в общественных местах, контакту с партнером, вызывая неприятные эмоциональные ощущения. Частой причиной образования на губе опухоли у пожилых пациентов, особенно у лиц, постоянно находящихся на открытом воздухе, является рак.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Расщепленная губа (заячья губа)

Приобретенные

Плоские повреждения	Пограничный невус Синдром Пейтца–Егерса Телеангиэктазия (наследственная геморрагическая телеангиэктазия)
Возвышающиеся над поверхностью	Слизистые ретенционные кисты Пиогенная гранулема Плоскоклеточный рак Злокачественная меланома Сифилитический шанкр (редко) Сосудистые аномалии
Эрозии	Простой герпес Импетиго Пузырчатка
Отек	Травма, например, ожоги, укусы, удар Ангioneвротический отек Лекарственная непереносимость Болезнь Крона
Хейлиты	Воспаление, например, кандидоз Контактный дерматит, например, губная помада, сосание ручки Облизывание губ (особенно у детей)

АНАМНЕЗ

Врожденные

Расщепленная губа развивается в результате нарушения в эмбриональном периоде процессов формирования тканей носа и верхней челюсти, из которых образуются верхняя губа и верхняя челюсть. Это единственная аномалия, при которой может наблюдаться небольшой дефект на наружной части средней трети верхней губы. Однако в некоторых случаях расщепление может распространяться на пе-

редний отдел ноздрей. Этот дефект часто сочетается с незаращением твердого неба. Аномалия может носить одно- или двусторонний характер. У больного отмечается нарушение фонации.

Приобретенные

Плоские повреждения

Пограничный невус развивается в период полового созревания или до его наступления. При осмотре больного убедитесь в отсутствии каких-либо признаков, указывающих на перерождение его в злокачественную меланому. При синдроме Пейтца—Егерса (генерализованный множественный полипоз кишечного тракта, сопровождающийся поражением тощей кишки) пигментные пятна располагаются также на слизистой оболочке десен, губ и пальцев. Это заболевание носит обычно наследственный характер (аутосомно-доминантное наследование). При опросе больной может указывать на наблюдавшиеся ранее нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, например желудочно-кишечные кровотечения или инвагинация. У больного с наследственной телеангиэктазией может наблюдаться поражение слизистой оболочки полости рта или кожи, особенно кончиков пальцев.

Повреждения, возвышающиеся над поверхностью

Слизистые ретенционные кисты могут развиваться у лиц любого возраста. Больной жалуется на появление опухолевидного образования на внутренней поверхности губы, мешающее нормальному приему пищи. Единственной жалобой больных с бородавкой, пиогенной гранулемой и плоскоклеточным раком губы является наличие опухолевидного образования на губе. В анамнезе у больного с раком губы можно выяснить наличие лейкоплакии (ороговение эпителия слизистой оболочки в виде разнообразной формы опалесцирующих пятен или обширных участков, иногда изъязвляющихся), жевание орехов, бетеля или курение трубки. В общепринятом понимании это относится к курению короткой глиняной трубки. При подробном опросе удастся выяснить, что больной часто находился на солнце, а рак губы обычно наблюдается у людей, длительное время находящихся на открытом воздухе, например, моряки, фермеры, рыбаки и люди с белой кожей, проживающие в странах с жарким климатом. Частыми жалобами больных с этой патологией являются образование изъязвлений и кровотечения. Поражения губ сифилитической этиологии в настоящее время встречаются крайне редко. На губах иногда можно обнаружить твердый шанкр, который является очень контагиозным. Гумозное поражение губ встречается крайне редко. Злокачественная меланома развивается в виде черного пятна, изъязвления или образования, возвышающегося над пятном пограничного невуса.

Эрозии

Наиболее частым поражением на губах является простой герпес, проявляющийся появлением на губе небольших болезненных пузырьков

или язвочек, вызывающих зуд. Подобные высыпания образуются у больных с нарушенным иммунитетом. Импетиго (контагиозная поверхностная пиодермия) часто располагается вокруг рта и на лице у детей, но может развиваться в любом возрасте. Пузырчатка характеризуется появлением пузырей на слизистой оболочке и коже губ.

Отек

Развитие отека губ может быть обусловлено различными причинами. Наиболее частой причиной является травма, обычно после прямого удара, но может появляться при ожогах (горячей жидкостью), солнечном ожоге или редко встречающемся ангионевротическом отеке, при котором отмечается поражение языка и других частей тела. При лекарственной непереносимости наряду с отеком развивается уртикарная сыпь не только на губах, но распространяется на лицо, а иногда по всему телу. У больных с болезнью Крона нередко наблюдается отечность губ. При этом отмечаются и другие характерные проявления болезни в виде поносов, болей в животе или развития периаанального сепсиса.

Хейлиты

Хейлиты – воспаление губы или губ, сопровождающееся покраснением и возникновением трещин в углах рта (ангулярный хейлит) или ангулярным стоматитом. Контактный дерматит развивается в результате контакта с аллергеном в виде губной помады либо обсасывания карандаша. При наличии этой патологии у ребенка следует выяснить привычку облизывать губы. Причиной развития хейлита у больных с нарушенным иммунитетом, у младенцев, у больных с наличием протезов во рту и железодефицитной анемией может быть кандидоз.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Врожденные

Расщепление губы обнаруживается при рождении младенца. Сопутствующее незаращение твердого неба выявляется при плановом обследовании младенца вскоре после рождения или диагностируется в связи с затруднениями, возникающими при кормлении младенца. При осмотре полости рта младенца постарайтесь не пропустить наличие подслизистого расщепления, при котором твердое небо, прикрытое слизистой оболочкой, вначале кажется нормальным. Поздние проявления этой патологии диагностируют в связи с изменениями речи и нарушениями слухового восприятия.

Приобретенные

Плоские поражения

Пограничный невус обнаруживается в виде плоского или слегка пигментированного пятна. Поражения губ при синдроме Пейтца–Егерса также проявляются в виде плоских пигментированных пятен, ко-

торые располагаются не только на слизистой оболочке губ, но и на деснах. У больного с наследственной телеангиэктазией эти сосудистые образования могут обнаруживаться также на слизистой оболочке рта, твердом небе и на коже, особенно на кончиках пальцев.

Возвышающиеся поражения

Слизистые ретенционные кисты располагаются обычно на внутренней поверхности губ и обнаруживаются в виде бледно-розового образования. В случаях, когда содержимое кисты просматривается через растянутую над ней слизистую оболочку, она принимает серовато-белый цвет. Кисты имеют гладкую поверхность, хорошо отграничены от окружающих тканей и редко бывают больше 2 см в диаметре. Бородавка обычно выявляется при простом осмотре в виде образования с грубой гипертрофией рогового слоя эпидермиса (гиперкератоз). Бородавки могут располагаться на ножке. Пиогенная гранулема представляет собой твердый, маленький узелок вишнево-красного цвета, состоящий из гиперплазированной грануляционной ткани. Плоскоклеточный рак выявляется в виде твердого изъязвленного образования с приподнятыми и вывернутыми краями. При пальпации можно обнаружить увеличенные лимфатические узлы, свидетельствующие о наличии метастазов. Злокачественная меланома может развиваться *de novo* или на месте предшествовавшего пограничного невуса. Меланома обычно обнаруживается в виде возвышающегося над окружающей тканью, пигментированного, иногда крошащегося образования, которое легко кровоточит. Вблизи могут располагаться дополнительные узелки опухоли, а при пальпации выявляется увеличение регионарных лимфатических узлов, указывающих на наличие метастазов. Сифилитические повреждения губ в настоящее время встречаются редко. На губах может располагаться шанкр (проявление первичного сифилиса) в виде твердой, безболезненной темно-красной папулы. В некоторых случаях развивается слегка болезненное изъязвление, покрытое корочками. Через 7—10 дней после появления шанкра отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов, слегка болезненных при пальпации.

Эрозии

Герпетические высыпания развиваются в виде болезненного скопления пузырьков, зудящей эритемы; при этом отмечается последовательное подсыпание узелков, которые затем подсыхают и через 4—5 дней покрываются корочками, после отделения которых образуются маленькие рубчики. Импетиго (контагиозная поверхностная пиодермия) обычно появляется на лице у детей, сопровождаясь образованием корочек золотистого цвета. Пемфигус, хроническое заболевание, характеризующееся появлением пузырьков на коже головы, лица и туловища, после вскрытия которых быстро образуются болезненные эрозии.

Отеки и хейлиты

Диагноз в большинстве случаев устанавливают на основании данных анамнеза. При этом обычно наблюдается покраснение и воспаление губ.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нв ↓ железodefицитная анемия (наблюдается у больных с хейлитами). Л ↑ воспалительный процесс. Л ↓ снижение иммунитета. СОЭ ↑ болезнь Крона, сифилис, злокачественное новообразование.

- **Мазок**

ПиЧ. Световая микроскопия жидкого содержимого из шанкра на темном фоне (выявляется наличие спирохет).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Биопсия**

Дифференциация доброкачественного и злокачественного новообразования. Пиогенная гранулема. Плоскоклеточный рак. Злокачественная меланома (биопсия с иссечением образования). Болезнь Крона.

- **АЦТИ**

С целью диагностики в случае увеличения лимфатических узлов при поражении губы.

- **Гастроскопия**

Синдром Пейтса–Егерса. Повреждения слизистой оболочки.

- **Колоноскопия**

Синдром Пейтса–Егерса. Повреждения слизистой оболочки.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

Заболевания уха — довольно распространенная патология в общей медицинской практике. Наиболее часто больные обращаются к врачу по поводу болей в ушах. Боль в ухе может наблюдаться при заболеваниях внутреннего уха или носить иррадиирующий характер из ротовой полости и глотки. Причины нарушений слуха освещаются на с. 126.

ПРИЧИНЫ

Местные

Наружное ухо	Травма Ожог Включение дермоида Злокачественное новообразование
Наружный слуховой проход	Наружный отит Фурункул Злокачественное новообразование (редко)
Среднее ухо	Воспаление среднего уха Хроническое воспаление среднего уха Мастоидит

Иррадиирующая боль

Заболевания зубов
Рак средней трети языка
Глотка
— тонзиллит
— фарингит
— перитонзиллярный абсцесс
— инородное тело

Неврологические

Опоясывающий лишай
Невралгия языкоглоточного нерва

АНАМНЕЗ

Местные

Наружное ухо

Травма уха может привести к развитию субперихондральной гематомы. Подобное осложнение наблюдается при скользящем ударе. У больного отмечаются кровоподтек и отек ушной раковины. При отсутствии оттока формируется так называемая изуродованная ушная раковина в виде цветной капусты, что часто наблюдается у ребгистов. Отрыв ушной раковины встречается редко, но возможен при значительной травме. Иногда после укусов животного или человека развиваются целлюлит и отек ушной раковины. У больного может отмечаться отек по периферии ушной раковины. В этом случае

необходимо тщательно выяснить наличие в анамнезе прокалывания ушной раковины, результатом которого может быть образование дермоида. Причиной возникновения язв ушной раковины может быть злокачественное новообразование, чаще всего это плоскоклеточный рак и разъедающие язвы.

Наружный слуховой проход

Больные могут жаловаться на раздражение, выделения из слухового прохода, боли и иногда нарушение слуха. Воспалительный процесс может распространяться на ушную раковину. При опросе больной может указать на недавно проводившиеся манипуляции в ухе спичкой или шпилькой для удаления ушной серы. При фурункуле наружного слухового прохода имеются жалобы на сильные, пульсирующие боли в ухе. Боль усиливается при введении в слуховой проход ушного зеркала. Из анамнеза иногда выясняется, что ранее в наружный слуховой проход вводилось инородное тело. Чаще всего с такой патологией обращаются дети. Нередко они вводят в уши зернышки или семечки. Взрослые часто вводят в наружный слуховой проход спички, ватные фитильки или бумажные палочки для удаления ушной серы. Иногда в ухо забираются насекомые. При этом больные отмечают боли в ухе и наличие выделений. Злокачественные новообразования наружного слухового прохода встречаются редко. В запущенных случаях отмечаются неустраиваемая боль, кровянистые выделения из уха; процесс может распространиться на среднее ухо, лицевой нерв или височно-нижнечелюстной сустав. Возможен парез лицевого нерва.

Среднее ухо

Острый средний отит встречается обычно у детей. Нередко развитию его предшествуют переохлаждение ребенка, перенесенный тонзиллит, аденоидит или детское инфекционное заболевание. У взрослых в анамнезе часто имеются синусит, травма, воздушный перелет или перелом височной кости. Отмечаются сильная боль в ухе, часто снижение слуха и покраснение кожных покровов, плохое самочувствие. Больные с хроническим средним отитом обращаются обычно с жалобой на снижение слуха, неприятные ощущения в ухе, шум в ухе и иногда нарушение равновесия. Острый мастоидит является осложнением среднего отита. Иногда он развивается после применения антибиотиков. В некоторых случаях у детей сохраняется боль в ухе, выделения из уха (густые и обильные) и потеря слуха с отеком тканей за ушной раковиной.

Иррадирующая боль

В первую очередь проверьте состояние зубов больного. У пожилых лиц причиной боли в ухе может быть рак задней $1/3$ языка. Выясните наличие в анамнезе у больного тонзиллита или фарингита или затруднений при глотании при перитонзиллярном абсцессе. В некото-

рых случаях причиной боли может быть инородное тело глотки. Причиной иррадиирующей боли могут быть и другие злокачественные заболевания. Выясните у больного наличие в анамнезе дисфагии.

Неврологические

Причиной поражения наружного слухового прохода может быть опоясывающий лишай узла колотца чувствительной части лицевого (промежуточного) нерва, расположенного в лицевом канале височной кости, ушной раковины и иногда твердого неба. Очень сильная боль, иррадиирующая из горла к языку и в ухо, наблюдается при невралгии языкоглоточного нерва.

ИССЛЕДОВАНИЯ

Местные

Наружное ухо

У больных с травмой уха при осмотре обнаруживается субперихондральная гематома. Причиной развития целлюлита и отека ушной раковины нередко являются укусы. Дермоидное включение обычно встречается после проколов ушной раковины и проявляется в виде опухолевидного образования, располагающегося вблизи места прокола. Злокачественные заболевания проявляются образованием на ушной раковине язвы в виде характерной разъедающей язвы или язвы с вывернутыми краями при плоскоклеточном раке ушной раковины.

Наружный слуховой проход

Чаще всего отмечается воспаление в области входа в слуховой проход. При этом имеются жалобы на боли в слуховом проходе, а при ауроскопии отмечаются мокнутие, отек и покраснение стенок наружного слухового прохода. Образование фурункула в наружном слуховом проходе сопровождается сильными болями в ухе. При ауроскопии в наружном слуховом проходе выявляется напряженный болезненный при прикосновении фурункул или даже гной. Наличие в наружном слуховом проходе инородного тела или злокачественного заболевания легко выявляется при ауроскопии.

Среднее ухо

При остром воспалении среднего уха у больного обычно отмечаются покраснение лица, плохое самочувствие, часто повышение температуры до 39–40°С. При исследовании барабанная перепонка теряет блеск и выглядит мутной, исчезает световой рефлекс, отмечается болезненность при малейшем прикосновении, она выглядит утолщенной и выпуклой. У некоторых больных имеются признаки перфорации барабанной перепонки с наличием слизистого, гнойного или кровянистого отделяемого. У больных с хроническим средним отитом выявляется жидкое содержимое в среднем ухе (склеенное

ухо) с обесцвечиванием и часто втяжением барабанной перепонки. При исследовании с камертоном выявляется проводниковая глухота. У ребенка с острым мастоидитом отмечается плохое самочувствие с высокой температурой тела. При исследовании имеются болезненность в области сосцевидного отростка и отек тканей позади ушной раковины. При ауроскопии можно наблюдать гиперемию и выпуклость барабанной перепонки или ее перфорацию с наличием отделяемого.

Иррадирующая боль

У больного необходимо проверить состояние зубов. У больных пожилого возраста осмотрите заднюю треть языка для исключения рака. Осмотрите горло с помощью зеркала для выявления тонзиллита, фарингита, паратонзиллярного абсцесса, инородного тела или злокачественного новообразования.

Неврологические

При наличии у больного опоясывающего лишая в слуховом проходе, на ушной раковине, а иногда на твердом небе и в зеве выявляются пузырьки. Высыпанию пузырьков часто предшествуют сильные боли в ухе. У больных с невралгией языкоглоточного нерва при исследовании горла можно выявить измененный участок, являющийся пусковым фактором, сходным с таковым при развитии невралгии тройничного нерва.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Большую часть заболеваний уха можно диагностировать лишь на основании клинических данных.

- **Нб, ОАК, СОЭ**

Нб ↓ злокачественное заболевание. Л ↑ острое воспаление среднего уха, острый мастоидит. СОЭ ↑ злокачественное новообразование и воспалительный процесс.

- **Мазок**

ПиЧ. Наружный отит. Выделения при воспалении среднего уха. Фурункул. Тонзиллит.

- **Биопсия**

Злокачественное новообразование наружного уха и наружного слухового прохода. Рак задней $1/3$ языка.

- **Рентгенография черепа**

При мастоидите выявляется затемнение и сращение воздушных клеток сосцевидного отростка.

- **КТ**

Злокачественное новообразование и мастоидит.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕСЕН

Заболевания десен, особенно кровотечения, встречаются довольно часто. Причинами кровотечений из десен в большинстве случаев являются местные воспалительные процессы, но кровотечения могут быть проявлением системного заболевания.

ПРИЧИНЫ

Кровотечения

- Заболевания зубов
- Воспаление
 - бактериальное
 - вирусное
 - грибковое
- Дискразия (патология) крови
- Ятрогении
 - антикоагулянты
 - химиотерапия
 - лучевая терапия

Гипертрофия

- Инфекция при заболеваниях зубов
- Лекарственные средства
 - фенитоин
 - нифедипин
 - циклоспорин

Ретракция

- Хронический периодонтит
- Возрастная

Прочие

- Злокачественные (язвы)
- Отравление свинцом
- Отравление мышьяком

АНАМНЕЗ

Заболевания периодонта являются, вероятно, наиболее частой причиной кровоточивости десен. Несоблюдение больным правил личной гигиены становится очевидным при осмотре состояния зубов. Инфекция ротовой полости является причиной жалоб больного на покраснение, воспаление десен, которые начинают кровоточить спонтанно или после легкой травмы, например чистки зубов. Больной может указывать на то, что ранее ему проводилась химиотерапия по поводу злокачественного новообразования с последующим нарушением гомеостаза или местная лучевая терапия. Наличие в анамнезе поражений ротовой полости, сопровождавшихся болями,

может указать на перенесенный им простой герпес. Иногда причиной гингивостоматита (воспаления десен и слизистой оболочки полости рта) может быть инфекционный мононуклеоз. При этом у больного могут отмечаться повышение температуры с недомоганием, сонливость и увеличение лимфатических узлов. Нарушения функции костного мозга, например, злокачественная инфильтрация или апластическая анемия, сопровождаются развитием агранулоцитоза и тромбоцитопении. Агранулоцитоз вызывает снижение сопротивляемости организма к инфекции; тромбоцитопения сопровождается повышенной кровоточивостью. Больной может отмечать общее недомогание и сонливость, обусловленную лимфаденопатией, спонтанные или в результате небольшой травмы кровотечения из других мест. При опросе больного иногда выясняется наличие у него гемофилии или болезни Виллебранда. К более редко встречающимся состояниям относятся цинга (субклинический дефицит витамина С может наблюдаться у больных пожилого возраста) и наследственная геморрагическая телеангиэктазия. Выясните наличие у больного родственников, у которых отмечалась повышенная кровоточивость, а также полный перечень принимаемых им лекарственных препаратов. Расспросите больного в отношении использования фенитоина, нифедипина или циклоспорина. Выясните также наличие контакта с химическими веществами, особенно мышьяком и свинцом.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Местное

Осмотрите полость рта для выявления признаков воспаления и кровоточивости десен. Выясните, имеется ли поражение только десен или процесс охватывает всю полость рта. Проверьте состояние зубов, наличие кариозных зубов или периодонтита. Выясните наличие признаков гиперплазии десен. При гиперплазии десен отмечается гипертрофия преимущественно межзубных сосочков. Выясните наличие на деснах каких-либо локальных изъязвлений, указывающих на злокачественный процесс. Обратите внимание на наличие каких-либо признаков сокращения десен, которое часто наблюдается у больных пожилого возраста, но может развиваться при хроническом периодонтите. Отравление мышьяком и свинцом редко сопровождается кровоточивостью десен. Десны становятся воспаленными, отечными, с небольшой кровоточивостью, а при отравлении свинцом по их краю появляется характерная синяя кайма. Одновременно у больного могут проявляться другие признаки отравления, особенно пигментация кожи, рвота, понос и гиперкератоз подошвенной поверхности стоп и ладоней рук. При отравлении мышьяком у больного может наблюдаться периферическая нейропатия.

ЗАМЕЧАНИЯ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА

Проведите всестороннее физикальное обследование больного с целью выявления признаков какого-либо системного заболевания.

Проведите пальпацию периферических лимфатических узлов для исключения лимфаденопатии. Убедитесь в отсутствии увеличения у больного печени и селезенки и множественных кровоподтеков (синяков) на теле больного. Проверьте наличие телеангиэктазий.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ злокачественное новообразование, недостаточное питание.
Л ↑ воспалительный процесс. Л ↓ дискразия крови (нарушение гомеостаза), химиотерапия. СОЭ ↑ злокачественное новообразование, воспалительный процесс. Тромбоциты ↓ тромбоцитопения.

- **Мазок**

ПиЧ. Инфицированные язвы.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Тромбоэластография**

Дискразия, антикоагулянты.

- **Содержание в крови витамина С**

Цинга.

- **Биопсия**

Злокачественные язвы.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА

Заболевания языка встречаются чрезвычайно часто и носят довольно разнообразный характер — от простой обложенности до обширного воспалительного процесса и злокачественного новообразования. Заболевания и поражения языка часто служат проявлением какого-то системного заболевания.

ПРИЧИНЫ

Обложенность

Заболевания желудочно-кишечного тракта
 Дегидратация
 Ротовое дыхание
 Курение
 Антибиотики

Изменение цвета

Белые пятна, например, лейкоплакия, молочница
 Бледный (анемия)
 Красный
 — пернициозная анемия
 — дефицит витамина В₁₂
 Пигментированный
 — болезнь Аддисона

Увеличение размера (макроглоссия)

Кретинизм
 Микседема
 Синдром Дауна
 Акромегалия
 Инфекция
 Травма (например, горячей жидкостью), ядовитые вещества

Инфекция

Сифилис
 Сепсис
 Курение
 Пряности
 Спирт
 Острые зубы

Изъязвление

Афтозная язва
 Травма зубами
 Шанкр
 Гумма
 Рак

Атрофия

Паралич подъязычного нерва

АНАМНЕЗ

Обложенность

У больных с обложенным языком в анамнезе отмечаются заболевания желудочно-кишечного тракта, дегидратация, ротовое дыхание, курение или лечение антибиотиками.

Изменение цвета

Белые пятна на языке указывают на лейкоплакию или кандидоз; в последнем случае при опросе выясняется длительное применение больным антибиотиков, химиотерапии или снижение иммунитета различной этиологии. Бледный язык может быть признаком анемии, голубой язык указывает на цианоз центрального происхождения. Больной нередко обращается к врачу с жалобами на покраснение и боль в языке, которые могут быть признаком пернициозной анемии или других форм дефицита витамина В₁₂ в организме. Пигментация языка может быть признаком болезни Аддисона.

Увеличение языка

Больной может обратиться с жалобой на увеличение языка, сопровождающееся болезненностью или безболезненное. Уже при первом контакте с больным можно отметить нарушение артикуляции (произношения) или глотания. Кретинизм выявляется при первом взгляде на больного (в настоящее время встречается крайне редко), так же как и у больного с болезнью Дауна. Увеличение языка может быть у больного микседемой. При этом, как правило, отмечаются и другие признаки микседемы — медлительность, большая масса тела, сухая кожа, грубый голос. Больной отмечает склонность к запорам, сонливость и неприятие холодной погоды. Акромегалия также становится очевидной при осмотре больного: он высокого роста, с обувью большого размера на ногах, имеет характерный голос и форму нижней челюсти. При воспалении (см. ниже) больной жалуется на отечность языка, которая может развиваться при аллергической реакции, травме, особенно ожогах горячими жидкостями или едкими веществами. При инфекции отмечается болезненность языка; классическими предрасполагающими факторами развития хронического поверхностного глоссита являются шесть «S»: сифилис, курение (smoking), специи, спирт, сепсис, острые (sharp) зубы.

Изъязвление

Изъязвление языка встречается довольно часто. Афтозные язвы болезненны и нередко развиваются у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями. Травма языка острым зубом или плохое состояние зубов вызывают образование язв на языке. Образование на языке шанкра или гуммы встречается редко у больных сифилисом. Больные раком языка — обычно пожилые люди в возрасте 60–70 лет, которые обращаются с жалобами на образование безболезненной язвочки, часто располагающейся по краям дорсальной

поверхности языка. Больные раком задней $1/3$ языка отмечают боли в языке, иррадиирующие в ухо, в результате вовлечения в процесс языковой ветви тройничного нерва, обеспечивающего иннервацию языка, и далее по ушно-височному нерву боль передается в ухо.

Атрофия

Атрофия языка развивается при параличе подъязычного нерва. Выясните у больного о возможности недавно перенесенной операции на шее или травмы, при которых может наблюдаться повреждение подъязычного нерва. Атрофия языка развивается на стороне поражения.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обложенность языка

При осмотре полости рта отмечается равномерная обложенность языка. Обратите внимание на цвет языка и характер налета. Выясните у больного наличие признаков заболевания желудочно-кишечного тракта.

Изменение цвета

Изменение цвета языка выявляется при осмотре полости рта. Белые пятна на языке могут указывать на наличие у больного лейкоплакии. Белые бляшки на языке, на которых через некоторое время образуются бороздки (щели), являются предраковым состоянием. Прочие белые пятна на языке могут быть признаком кандидоза (молочница). В отличие от лейкоплакии, после удаления этих белых бляшек образуются язвочки на слизистой оболочке щек. Изменения цвета могут носить однородный (бледный и цианотичный) или пятнистый характер (пигментация при болезни Аддисона). У больного пернициозной анемией наблюдаются явления глоссита в виде ярко-красного, гладкого и резко болезненного языка.

Увеличение языка

Наличие большого, выступающего изо рта языка является характерным для больных с синдромом Дауна. При этом отмечаются и другие признаки синдрома в виде выраженной веконосковой складки (эпикантус), плоское недоразвитое лицо, задержка умственного развития. Обратите внимание на наличие у больного признаков кретинизма, например, задержка роста, относительно большая голова, толстые веки, толстый широкий нос, большие губы, широко расставленные глаза. У больного с микседемой наблюдаются сухость кожи и волос, увеличение щитовидной железы (зоб), замедление сухожильных рефлексов, явления застойной сердечной недостаточности и отеки без образования ямочек при надавливании пальцем. У больного акромегалией обращают на себя внимание большие стопы, prognatia (выступающая вперед верхняя челюсть), толстые, боль-

ные руки землекопа, низкий голос и нередко явления сердечной недостаточности. У больных с генерализованной инфекцией отмечается гиперемированный отечный язык. Аллергическая реакция проявляется отеком языка, губ, гортани, явлениями бронхоспазма и распространенной сыпью. В этом случае у больного выясняется наличие контакта с аллергеном. Прием едкой или горячей жидкости сопровождается не только воспалением языка, но и всей слизистой оболочки полости рта и глотки.

Изъязвления

Афтозные язвы развиваются на слизистой оболочке полости рта в виде болезненных пузырьковых высыпаний с гиперемированным основанием, после вскрытия которых образуются небольшие, круглой формы, глубокие и болезненные язвочки белого цвета. Травма языка зубами приводит к образованию язв по латеральному краю языка, прилежащему к острому зубу. Шанкр и гумма встречаются редко, так же как и туберкулезная язва языка. Язва ракового происхождения, располагающаяся на верхней поверхности языка, обычно по латеральному его краю, на ощупь плотная, с вывернутыми краями, рыхлая, легко кровоточит при прикосновении. У больного нередко можно пальпировать увеличенные регионарные узлы, либо вследствие присоединившейся инфекции, либо метастатического поражения.

Атрофия

Попросите больного высунуть язык. При этом можно обнаружить атрофию языка и его девиацию в сторону поражения. Проверьте наличие у больного рубцов на шее, указывающих на повреждение языкоглоточного нерва.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ анемия (микроцитарная, макроцитарная). Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ воспалительный процесс, злокачественное новообразование.

• Витамин В₁₂ в плазме

Снижение содержания его в крови у больных с пернициозной анемией.

• ФПЩЖ

T₄ ↓, ТСГ ↑ при микседеме.

• Мазок

ПиЧ. Инфекция. Ангина Венсана. Сифилис. Бактериальная, вирусная и грибковая инфекции.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Серологические исследования

Сифилис.

- **КТ**
Опухоль гипофиза у больных с акромегалией.
- **Проба на толерантность к глюкозе с определением гормона роста**
Акромегалия.
- **Пробы со стимуляцией АКГГ**
Болезнь Аддисона.
- **Биопсия**
Рак.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРЛА ○

Боль в горле является очень частой жалобой, особенно у детей и лиц молодого возраста. Длительно сохраняющаяся боль в горле у больного пожилого возраста должна насторожить врача, поскольку она может быть признаком злокачественного новообразования.

ПРИЧИНЫ

Инфекционные

- Тонзиллит
 - бактериальный, например, стрептококковый, гонококковый
 - вирусный, например железистая лихорадка
- Фарингит
 - вирусный
 - грибковый
- Перитонзиллярный абсцесс

Воспалительные

- Тиреоидит (редко)

Неопластические

- Рак
 - миндалин
 - задней трети языка
 - гортани
- Лимфома
- Нарушение гомеостаза

Неврологические

- Невралгия языкоглоточного нерва

Иррадиирующая боль

- Ангина
- Спазм пищевода

Прочие

- СПИД
- Рефлюкс-эзофагит

АНАМНЕЗ

Инфекционные

При воспалительном процессе больной жалуется на боль в горле, иррадиирующую в ухо, дисфагию, головную боль, недомогание. Наличие в анамнезе оральной секса позволяет заподозрить орофарингальную гонорею. Развитие перитонзиллярного абсцесса обычно начинается с острого тонзиллита, но затем больной отмечает ухудшение общего самочувствия, повышение температуры, дисфагию и боль в горле, иррадиирующую в ухо. Больной с железистой лихорадкой

обращается к врачу с явлениями тяжелого мембранозного тонзиллита; при этом у него отмечаются недомогание и увеличение других лимфатических узлов.

Воспалительные

У больного с подострым тиреоидитом отмечается увеличение щитовидной железы, сопровождающееся болями в шее, повышением температуры, слабостью, недомоганием. Это заболевание встречается редко.

Неопластические

Больной раком миндалины обращается по поводу образования на миндалине болезненного изъязвления с уплотнением. Нередко боль иррадирует в ухо, может наблюдаться выделение слюны с примесью крови. В запущенном случае больной отмечает появление на шее опухолевидного образования, представляющего собой метастатическое увеличение шейных лимфатических узлов. Рак задней $1/3$ языка может проявляться появлением ощущения болезненности в горле, сопровождающегося затруднением при глотании. Больной отмечает наличие крови в слюне и иррадиацию болей в ухо. Больной раком надгортанной области может жаловаться на ощущение опухоли в глотке. При этом обычно отмечается изменение голоса и довольно рано появляется увеличение шейных лимфатических узлов. Лимфома миндалины редко вызывает ощущение боли и больной обращается с жалобой на увеличение одной из миндалин. Больной с заболеванием крови может жаловаться на боль в горле в результате присоединившейся инфекции, обусловленной наличием нейтропении.

Неврологические

Невралгия языкоглоточного нерва характеризуется появлением сильной острой боли в корне языка, иррадиирующей в горло и ухо, усиливающейся при глотании или прикосновении к глотке.

Иррадиирующая боль

Ангина может сопровождаться болью в горле и обычно связана с движением челюсти. У больного могут отмечаться боли в грудной клетке, иррадиирующие в нижнюю челюсть и в дистальные отделы левой руки. В некоторых случаях при диффузном спазме пищевода отмечается боль в грудной клетке с иррадиацией в горло и нижнюю челюсть.

Прочие

Боли в горле могут наблюдаться иногда у больных СПИДом, они обусловлены сопутствующей бактериальной флорой, например вирусной или грибковой. У больных с рефлюкс-эзофагитом могут наблюдаться жгучие боли и ощущение опухоли в горле.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Инфекционные**

У больного с тонзиллитом обычно отмечают повышенную температуру, запах изо рта, а при осмотре полости рта отмечаются гнойные выделения из крипт небных миндалин. Слизистая оболочка глотки имеет гиперемированный, воспаленный вид. При пальпации отмечается увеличение шейных лимфатических узлов. Проверьте наличие увеличенных лимфатических узлов в других участках тела и увеличение селезенки, которое может наблюдаться при железистой лихорадке. У больного с перитонзиллярным абсцессом отмечается тризм жевательных мышц, при осмотре полости рта — отечность мягкая и смещение миндалин вниз и медиально за счет абсцесса.

Воспалительные

У больного с тиреоидитом отмечают болезненность и диффузное увеличение щитовидной железы, которая смещается при глотании. Это заболевание встречается редко.

Неопластические

Рак миндалин определяется в виде плотной, изъязвленной опухоли, расположенной на миндалине. Иногда отмечается увеличение шейных лимфатических узлов. При раке задней $1/3$ языка и надсвязочного отдела гортани обычно определяется твердая язва. В качестве дополнительного исследования больному необходимо провести ларингоскопию. Пропальпируйте шейные лимфатические узлы и проведите обследование органов возможного метастазирования, например, легких, печени. Лимфома обычно проявляется в виде безболезненного увеличения миндалин. У больного с заболеванием крови при обследовании выявляются увеличение лимфатических узлов и гепатоспленомегалия. Агранулоцитоз сопровождается изъязвлением и образованием мембран на миндалинах и слизистой оболочке полости рта.

Неврологические

Диагноз невралгии языкоглоточного нерва устанавливают обычно на основании жалоб и данных анамнеза. Даже легкое прикосновение к твердому небу вызывает сильную боль.

Иррадиирующая боль

Ангина и спазмы пищевода выявляются обычно на основании жалоб больного.

Прочие

Фарингит и тонзиллит могут наблюдаться у больных СПИДом вследствие присоединившейся вирусной или бактериальной инфекции. В этом случае у больного наблюдаются и другие проявления СПИДа, например, недомогание, повышенная температура, снижение массы

тела, воспалительные заболевания органов грудной полости, саркома Капоши (множественная доброкачественная или злокачественная опухоль из примитивной сосудистой ткани в коже, лимфатических узлах или внутренних органах). Диагноз рефлюкс-эзофагита обычно устанавливают на основании жалоб больного и данных анамнеза. Данные обследования обычно очень скудные.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Hb ↓ злокачественное новообразование. Л ↑ воспалительный процесс. Заболевание крови. Лимфоцитоз при железистой лихорадке. СОЭ ↑ злокачественное новообразование. Воспаление. Тиреоидит.

- **Мазок**

Посев на чувствительность к антибиотикам — стрептококк и гонококк.

- **Вирусные антитела**

Железистая лихорадка.

- **ЭКГ**

Ишемия миокарда.

- **РГК**

Метастазы.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Непрямая ларингоскопия**

Воспаление. Злокачественное новообразование.

- **ЭГДС**

Эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

- **Исследование на ВИЧ**

СПИД.

- **Биопсия**

Дифференциация злокачественной и доброкачественной опухоли.

- **КТ**

Опухоль. Распространение опухолевого процесса.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПАЛЬЦЕВ

Травматические повреждения пальцев встречаются довольно часто. Пальцы являются важными тактильными органами, и функция кисти может оказаться нарушенной. Травматические повреждения пальцев — см. на с. 138.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Отсутствие пальца
Дополнительный палец
Синдактилия (сращение пальцев)

Приобретенные

Травматические/дегенеративные	Контрактура Дююитрена Щелкающий палец Молоткообразный палец Деформация в виде лебединой шеи Бутонообразная деформация Узелки Гебердена
Неопластические	Подногтевая меланома Экхондрома

АНАМНЕЗ

Врожденные

Эти патологические нарушения выявляются при рождении младенца. Они могут сочетаться с другими врожденными аномалиями.

Приобретенные

Травматические/дегенеративные

Контрактура Дююитрена. На ранней стадии формирования контрактуры больной может указывать на появление узелка на ладонной поверхности кисти у основания безымянного пальца. В конечном счете больной жалуется на ограниченное разгибание пальца в ПФС указательного пальца, а позже и мизинца. При этом нарушается хватательная способность кисти. При выяснении анамнеза подобная патология может носить наследственный характер. Выясните наличие в анамнезе эпилепсии, цирроза печени или сахарного диабета.

Щелкающий палец. Больной жалуется, что палец при движении «прыгает» или «щелкает», иногда его заклинивает в согнутом положении. При этом в анамнезе отсутствуют какие-либо указания на травму.

Молоткообразный палец. Причиной подобной деформации является травматическое повреждение сухожилия разгибателя концевой фаланги пальца. Обычно больной указывает на наличие в анамнезе травмы. Эта деформация возникает в том случае, если кончик пальца

во время разгибания ударяется о твердый предмет, например при захватывании мяча во время игры в крикет. Палец принимает положение с согнутой дистальной фалангой.

Деформация в виде лебединой шеи. Больной жалуется на деформацию дистальной части пальца.

Бутонообразная деформация. Этот вид деформации является противоположностью предыдущей. И в данном случае имеются жалобы только на деформацию пальца.

Узелки Гебердена. Больной жалуется на отечность в области суставов концевых фаланг пальцев, т.е. их отечность и деформацию. При этом больной может указывать на наличие в анамнезе остеоартритов других суставов.

Неопластические

Подногтевая меланома. Эта опухоль развивается в виде пигментированного образования под ногтем. Больной отрицает наличие травмы, как это характерно для подногтевой гематомы, которая имеет такую же пигментацию в период организации. В отличие от подногтевой гематомы меланома не прорастает в ноготь. В дальнейшем меланома может приподнимать ноготь с развитием на этом участке изъязвления.

Экхондрома. Больной отмечает появление вдоль пальца опухолевидного образования костной плотности. Это образование может разрастаться под ногтем, вызывая его деформацию.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Врожденные причины

Врожденные аномалии пальцев выявляются при рождении младенца. Проверьте наличие других врожденных деформаций.

Приобретенные

Травматические/дегенеративные

Контрактура Дюпюитрена. При исследовании обнаруживают только плотные узелки на ладонной поверхности кисти возле основания безымянного пальца. При этом можно отметить наличие явной складчатости кожи ладонной поверхности кисти. В дальнейшем у больного развивается сгибательная контрактура ПФ и МФ суставов. Наиболее выраженное поражение отмечается в безымянном пальце, который притягивается к ладонной поверхности кисти. DMF сустав остается в разогнутом состоянии. Проверьте наличие у больного каких-либо признаков сахарного диабета или заболеваний печени. Иногда у этих больных отмечается сопутствующее заболевание полового члена — болезнь Пейрони¹.

Щелкающий палец. Больной может продемонстрировать возможность пальца выскакивать и щелкать при разгибании. При пальпа-

¹ Развитие бляшек и тяжелой плотной фиброзной ткани вокруг пещеристых тел полового члена, вызывающие его деформацию и болезненную эрекцию. — *Примеч. ред.*

ции можно определить утолщенное сухожилие и сухожильное влагалище над головкой пястной кости.

Молоткообразный палец. Несмотря на попытку больного выпрямить пораженный палец, дистальная его фаланга остается в согнутом положении примерно на 20°.

Деформация в виде лебединой шеи. Отмечается переразгибание в ПМФ суставе и сгибание в дистальном межфаланговом суставе.

Бутонообразная деформация. Эта патология является противоположностью деформации в виде лебединой шеи. Отмечается сгибание в ПМФ суставе с чрезмерным разгибанием в ДМФ суставе. Эта деформация возникает во время травмы с растяжением и разрывом центральной части разгибателя пальца с выходом через образовавшуюся щель ПМФ сустава.

Узелки Гебердена. При этой патологии наблюдается образование мелких экзостозов на дорсальной поверхности суставных краев дистальных фаланг пальцев.

Неопластические

Подногтевая меланома. Подногтевая меланома выглядит в виде образования коричневого цвета с расплывчатым краем. В некоторых случаях она имеет склонность к экстенсивному росту и приподнимает ноготь.

Экхондрома. Это безболезненное плотное образование, располагающееся на костной ткани пальца. Поверхность ее обычно гладкая. Она распространяется под ноготь и приподнимает его.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагноз почти всех этих состояний устанавливают только на основании данных клинического обследования.

- **ОАК, СОЭ**

НЬ ↓, СОЭ ↑ при диссеминации злокачественной опухоли – подногтевой меланомы.

- **Глюкоза крови**

Сахарный диабет (контрактура Дюпюитрена).

- **ФПП**

Цирроз печени (контрактура Дюпюитрена).

- **Ревматоидный фактор**

Ревматоидный артрит – деформация типа лебединой шеи, бутонообразная деформация.

- **Рентгенография пальца**

Узелки Гебердена, экхондрома.

- **Биопсия**

Иссечение опухоли с последующим исследованием при злокачественной меланоме.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ

Заболевания суставов являются довольно часто встречающейся патологией. Они могут возникать остро, как это наблюдается у больных с приступом подагры или ревматической атакой, сопровождающимися повышением температуры, или носят хронический характер, например при остеоартрите. Некоторые острые поражения суставов принимают хроническое течение, например ревматоидный артрит.

В первой части этого раздела обсуждаются общие причины артропатии; во второй – рассматриваются заболевания отдельных суставов. Из большого количества причин артропатий рассматриваются лишь наиболее часто встречающиеся.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Ахондроплазия
Синдром Элерса–Данлоса
Синдром Марфана
Несовершенный остеогенез

Приобретенные

Инфекционные

Пиогенный артрит
Вирусный
Ревматический
Эндокардит
Бруцеллезный
Тифозный
Туберкулезный

Воспалительные

Ревматоидный артрит
Псориатическая артропатия
Болезнь Шенлейна–Геноха
Болезнь Рейтера
Анкилозирующий спондилит
Болезнь соединительной ткани
Ревматическая полимиалгия

Дегенеративные

Остеоартрит

Энтеропатические

Острые желудочно-кишечные инфекции
Иммунопролиферативная болезнь тонкой кишки
Шунтирующие операции на желудочно-кишечном тракте

Эндокринные

Акромегалия

Метаболические

Подагра
Гемохроматоз

Нейропатические

Суставы Шарко (табетическая артропатия)

Гематологические	Гемофилия Лейкемия Серповидно-клеточная анемия
Медикаментозные	Антикоагулянты Гормоны
Неопластические	Гипертрофическая легочная остеоартропатия
Прочие	Асептический некроз кости Саркоидоз Болезнь Бехчета (редко)

АНАМНЕЗ

Врожденные

Первичный остеоартрит может развиваться у больных с ахондроплазией (нарушение эпихондрального остеогенеза, приводящего к развитию карликовости за счет коротких конечностей). При синдроме Элерса—Данлоса отмечается врожденное нарушение развития соединительной ткани (коллагеновых структур), проявляющееся в гиперэластичности и ранимости кожи, разболтанности суставов. У больных могут наблюдаться подвывихи, вывихи суставов и припухлость вследствие кровоизлияний в полость сустава, также осложнения в результате кровотечений, наблюдающихся при синдроме Элерса—Данлоса. У больных с синдромом Марфана развивается разболтанность суставов. Больные жалуются на боли в суставах и припухлость вследствие кровоизлияний в полость суставов. У больных с несовершенным остеогенезом (ломкость костей) легко наступают вывихи суставов.

Приобретенные

Инфекционные

При септическом артрите обычно поражается один сустав с наличием гиперемии кожи, отека, болей в суставе и ограничения подвижности. Поражение сустава обусловлено гематогенным распространением инфекции, но может распространяться с прилежащего очага остеомиелита. Этиологическими факторами являются золотистый стафилококк, гонококк, возбудители бруцеллеза и брюшного тифа. У больного с туберкулезным артритом обычно наблюдаются отек и ограничение движений в суставе. В отличие от септического артрита, при туберкулезном артритe не отмечаются гиперемия кожи и местное повышение температуры в области сустава. У больных, которым проводится гормональная или иммуносупрессивная терапия, существует повышенный риск развития инфекционных артритов. Артриты вирусной этиологии могут наблюдаться при коревой краснухе, эпидемическом паротите, гепатите и некоторых энтеровирусных инфекциях. Причиной ревматического артрита является стрептококковая инфекция, например, скарлатина или тонзиллит.

У больного отмечаются мигрирующие боли в суставах, наряду с симптомами поражения сердца, эритематозными высыпаниями на коже и образованием подкожных узелков.

Воспалительные

Ревматоидный артрит развивается с появления болей, отечности суставов и ограничения их подвижности. В дальнейшем развиваются деформация суставов с отеком пястнофаланговых суставов с деформацией их по типу лебединой шеи и бутонообразные деформации с девиацией локтевой кости. В процесс вовлекаются и крупные суставы. Больные отмечают и другие, внесуставные, проявления ревматоидного артрита в виде ревматоидных узелков, симптомы поражения сосудов, глаз или невропатии. Псориатическая артропатия появляется через несколько лет после появления кожных изменений. При болезни Рейтера отмечается поражение одного или нескольких суставов. Такого больного необходимо тщательно расспросить о половой жизни, наличии в анамнезе уретрита и конъюнктивита. Анкилозирующий спондилит развивается у молодых мужчин вначале с появления в утренние часы ограничений подвижности в позвоночнике. В последующем поражение развивается в подвздошно-крестцовом сочленении, что заканчивается развитием анкилоза с кифотическим изгибом позвоночника. Большой нередко жалуется также на поражение бедренного и коленного суставов. Развитие артрита иногда наблюдается у больных с СКВ. Одновременно наблюдаются симптомы поражения кожи, легких или почек. Ревматическая полимиалгия отмечается преимущественно у женщин пожилого возраста. У них развивается умеренно выраженный полиартрит с небольшими болями и ограничением подвижности в суставах в утренние часы. Пурпура Шенлейна–Геноха проявляется мелкоточечными кровоизлияниями в коже, часто в области ягодиц и разгибательной поверхности конечностей, сопровождающимися болями в суставах и их припуханием, болями в животе, развитием нефрита. Боли в суставах, как правило, в коленных и голеностопных, их припухание и тугоподвижность являются временными и сохраняются в течение нескольких дней.

Дегенеративные

Остеоартрит обычно развивается у лиц старше 50 лет, при отсутствии в анамнезе поражения суставов другой этиологии. Имеются жалобы на боли в суставах при движении, усиливающиеся к концу дня, отечность суставов и неустойчивость при ходьбе.

Энтеропатические

Расспросите больного о перенесенных заболеваниях, особенно наличии в анамнезе болезни Крона или язвенного колита, шунтирующих операций на желудочно-кишечном тракте. У больного может наблюдаться поражение позвоночника или периферических суставов.

Эндокринные

У больных акромегалией нередко развивается поражение суставов. Больные чаще жалуются на увеличение кистей рук, стоп (требуется обувь большего размера), изменение голоса (он становится более низким и грубым), чем на поражение суставов.

Метаболические

Приступ подагры начинается с появления сильных болей, гиперемии и отека в I плюсно-фаланговом суставе. Иногда поражаются и другие суставы. В анамнезе у больного может быть полицитемия, лейкопения или применение цитотоксических или иммунодепрессивных препаратов. Уже при первом знакомстве с больным гемохроматозом диагноз становится очевидным. У больного отмечаются признаки цирроза печени, сахарного диабета, кардиомиопатии и наличие пигментации кожи.

Нейропатические

Больной обычно жалуется на отечность суставов, которые становятся неустойчивыми, но безболезненными. При расспросе больные указывают на наличие в анамнезе сахарного диабета, спинной сухотки (сифилис), сирингомиелии или лепры.

Гематологические

У больных гемофилией развиваются кровоизлияния в суставы (гемартроз), наличие которых легко выясняется при беседе с больным. В дальнейшем развивается деформирующая артропатия. Боли в костях и суставах могут наблюдаться как у детей, так и взрослых больных лейкопенией. Приступы болей в костях и суставах нередко развиваются у больных серповидно-клеточной анемией. У них могут наблюдаться асептические некрозы кости, приводящие к последующему развитию остеоартрита.

Медикаментозные

Применение антикоагулянтов может сопровождаться развитием кровоизлияния в суставы. У больных, длительно применяющих стероидные гормоны, могут развиваться септические артриты или асептические некрозы кости с последующим развитием остеоартрита.

Неопластические

У больных злокачественным новообразованием редко наблюдается непосредственное распространение опухолевого процесса на сустав. Однако гипертрофическая легочная артропатия встречается чаще, преимущественно у больных раком легкого, но может развиваться и у больных с врожденными пороками сердца.

Прочие

Асептический некроз кости может приводить к развитию вторичного артрита. Наиболее часто развивается асептический некроз головки

бедренной кости, проксимальной части ладьевидной, таранной и полулунной костей. Расспросите больного о применении стероидных препаратов. Асептический некроз ладьевидной кости сопровождается ее переломом, асептический некроз головки бедра приводит к перелому шейки бедра или соскальзыванию верхнего эпифиза бедренной кости. Больной жалуется на наличие повышенной температуры, недомогание, увеличение периферических лимфатических узлов. У больных с синдромом Бехчета (рецидивирующий афтозный стоматит, язвенные изменения слизистой оболочки гениталий в сочетании с увеитом или иридоциклитом) также может развиваться поражение суставов. В случае менингоэнцефалита может наблюдаться поражение ЦНС.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Врожденные

Диагноз ахондроплазии становится очевидным при простом осмотре больного. У больных с синдромом Элерса—Данлоса отмечается наличие разболтанности суставов и гиперэластичность и ранимость кожи, признаки вывиха и подвывиха суставов. Больные с синдромом Марфана имеют характерный высокий рост с длинными конечностями, пальцами (арахнодактилия), дугообразно изогнутое высокое твердое небо, двустороннюю эктопию хрусталика и поражение сосудов в виде аневризмы восходящего отдела аорты с поражением аортального клапана. Диагноз несовершенного остеогенеза обычно становится очевидным при простом осмотре больного. Это больные низкого роста вследствие часто развивающихся переломов костей и деформации конечностей. У больного часто отмечаются голубые склеры и гипотония.

Приобретенные

Инфекционные

У больного с инфекционным артритом обнаруживается гиперемизированный, болезненный и отечный сустав, нередко повышенная температура. Расспросите больного о перенесенных заболеваниях, особенно таких, как эпидемический паротит (увеличенные слюнные железы), краснуха (сыпь), гепатит (желтуха), что может указывать на вирусную этиологию заболевания. У больного с ревматизмом можно обнаружить симптомы поражения сердца в виде шумов при аускультации сердца, мигрирующий полиартрит, наличие подкожных узелков, ревматической эритемы (экссудативная полиморфная эритема) и иногда хорей (Сиденгама), характеризующейся произвольными, беспорядочными, отрывистыми движениями мышц лица, шеи и конечностей, исчезающих во время сна.

Воспалительные

У больного ревматоидным артритом выявляется отечность пястно-фаланговых суставов. При осмотре обнаруживается деформация

суставов в виде лебединой шеи и бутона и наличие девиации локтевой кости. Иногда у больного отмечается подвывих запястья, разрыв сухожилия. В дальнейшем развивается поражение крупных суставов, и при наличии миелопатии может развиваться подвывих атлантоосевого сустава. Помимо местных у больного выявляются различные общие симптомы, включая анемию, лимфаденопатию, спленомегалию, васкулит и поражение глаз. У больного с псориатической артропатией при осмотре выявляется наличие кожного псориаза. У больного обнаруживается полиартрит, но чаще поражается подвздошнокрестцовое сочленение. При болезни Рейтера у больного может быть уретрит, конъюнктивит, бленорейная кератодермия, кольцевидный баланит (воспаление головки полового члена или клитора), ладонный фасциит и тендинит ахиллова сухожилия. Клиническая симптоматика у больного с анкилозирующим спондилитом является довольно скудной и проявляется вначале уменьшением дыхательной экскурсии грудной клетки, но в дальнейшем отмечается поражение подвздошно-крестцового сочленения с выраженной стибательной контрактурой позвоночника (кифоз) и чрезмерным его разгибанием в шейном отделе. Больной с СКВ жалуется на недомогание, боли в суставах и мышцах, при осмотре на лице имеется характерная сыпь в форме бабочки. У больного с синдромом Рейно отмечаются спленомегалия, выпотной плеврит, перикардит. Ревматическая полимиалгия сопровождается болезненностью мышц, умеренно выраженным полиартритом, нередко в сочетании с артериитом височной артерии.

Дегенеративные

При остеоартрите обычно отмечается поражение межфаланговых суставов, пястнофалангового сустава большого пальца руки, I плюснефалангового сустава, шейного, поясничного отдела позвоночника, бедренных и коленных суставов. При исследовании обнаруживается болезненность и утолщение суставов, ограничение их подвижности, узелки Гебердена (мелкие экзостозы на концевых фалангах пальцев разрастаются на бугорках суставных краев дистальных фаланг) и нередко наличие выпота в суставах.

Энтеропатические

У больного можно обнаружить наличие спондилоартрита в сочетании с артритом подвздошно-крестцового сочленения. Реже отмечается поражение крупных суставов в форме моноартропатии и поражение мелких суставов.

Эндокринные

Больной с акромегалией имеет характерный вид: высокого роста, с большими кистями рук и стопами, большим языком, прогнатией, кифозом, наличием артралгии, грубым низким голосом. При обследовании выявляются признаки сердечной недостаточности. У больного

иногда обнаруживаются симптомы опухоли гипофиза в виде двусторонней гемианопии вследствие локального давления на перекрест зрительных нервов.

Метаболические

У больного подагрой отмечается резко болезненный, отечный сустав с гиперемированной над ним кожей. Чаще всего поражается первый плюснофаланговый сустав, но в процесс могут вовлекаться и другие суставы. При пальпации можно обнаружить подагрические узелки, например, на ушной раковине, сухожилиях, суставах. При гемохроматозе помимо артропатии у больного можно обнаружить гепатомегалию, цирроз печени, сахарный диабет, кардиомиопатию и пигментацию кожи.

Нейропатические

У больного с нейропатией можно наблюдать безболезненную деформацию суставов с наличием подвывиха. Суставы обычно безболезненны при пальпации, нормальной температуры на ощупь, нередко обнаруживается патологическая подвижность. При неврологическом исследовании выявляются признаки поражения дорсальных столбов спинного мозга. У больного с сифилисом (спинная сухотка) можно обнаружить зрачки Аргайлла Робертсона (вид рефлекторной неподвижности зрачков, характеризующийся отсутствием прямой и содружественной реакции зрачков на свет при сохранении реакции на аккомодацию и конвергенцию).

Гематологические

Больной с гемофилией жалуется на остро развившуюся боль в суставе, ограничение подвижности в нем вследствие внутрисуставного кровоизлияния. Впоследствии происходит деформация суставов. Поражение суставов может наблюдаться у больных лейкоемией и острым приступом серповидно-клеточной анемии.

Медикаментозные

Длительное применение стероидных гормонов может осложняться развитием асептического некроза, особенно бедренных костей. При этом больной жалуется на боли и ограничение движений в суставах. В дальнейшем у него развивается остеоартрит. У больных, получающих антикоагулянты, может развиваться острый гемартроз.

Неопластические

У больных раком легкого часто развивается гипертрофическая легочная остеоартропатия. При этом отмечается симметричное поражение концов длинных трубчатых костей в виде неравномерного их утолщения. У больного наблюдается симптом барабанных палочек. При развитии локальной опухоли больные жалуются на постоянные боли в конечности; у них нередко наступают патологические переломы костей.

Прочие

Больной с асептическим некрозом жалуется на боль, болезненность при пальпации и ограничение движений в пораженной кости. Впоследствии развивается остеоартрит пораженной конечности. При саркоидозе наблюдается повышение температуры, увеличение периферических лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки, признаки поражения легких и сердца, а также ЦНС. У больных с болезнью Бехчета отмечаются артрит, афтозный стоматит, изъязвления слизистой оболочки полости рта, язвенные изменения слизистой оболочки гениталий в сочетании с увеитом, кератитом или иридоциклитом и иногда поражением ЦНС.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **ОАК, СОЭ**

Hb ↓ анемия при хронических заболеваниях, например, при ревматоидном артрите, СКВ. Л ↑ заболевания инфекционной этиологии, лейкоemia. СОЭ ↑ хронические воспалительные заболевания, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, ревматизм.

• **М и Эл**

Поражение почек, например при СКВ.

• **ФПП**

Поражение печени, например при гемохроматозе.

• **Мочевая кислота сыворотки крови**

Подагра.

• **Ревматоидный фактор**

Ревматоидный артрит.

• **ПСА**

Рак предстательной железы.

• **Серповидно-клеточная проба**

Серповидно-клеточная анемия.

• **Рентгенография сустава**

Остеоартрит — отсутствие межсуставного пространства, субхондральный склероз, наличие кисты, остеофитов. Ревматоидный артрит — утолщение мягких тканей, истончение юкстасуставной костной ткани, отсутствие межсуставной щели, изъеденность костной ткани, подвывихи. Асептический некроз — отмечается большая плотность пораженного участка кости по сравнению с прилежащим участком нормальной костной ткани. Подагра — вначале отмечается отечность мягких тканей, с последующим поражением юкстасуставного участка кости в виде штампованного образования. Анкилозирующий спондилит — бамбуковый позвоночник, облитерация подвздошно-крестцовых сочленений.

• **РГК**

Рак легкого — гипертрофический легочный остеоартрит.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **Титр антистрептолизина О**

Ревматизм.

- **Посев крови**
Септический артрит – золотистый стафилококк, палочка бруцеллеза, брюшнотифозная сальмонелла.
- **Скрининг антител**
АНА положительный. Антиудвоенный – скрученной ДНК ↑ СКВ.
- **Серологическое исследование при бруцеллезе**
Бруцеллез.
- **Титры вирусов**
Вирусные инфекции.
- **Скрининг гепатита**
Гепатит В – сопровождается артралгией.
- **Серповидно-клеточная проба**
Серповидно-клеточная анемия.
- **Определение свертываемости.**
Лечение антикоагулянтами, гемофилия.
- **Проба Манту**
Туберкулез.
- **Исследование костей скелета**
Опухоль кости становится различной при снижении минерального состава свыше 50%. Акромегалия – изменения гипофизарной ямки, костей кисти и черепа.
- **Сканирование костей**
Диагностика метастазов, первичных опухолей. Болезнь Педжета, поражения костей воспалительного характера. Остеоартрит, ревматоидный артрит. Переломы костей.
- **Исследование суставной жидкости**
Микроскопическое исследование и посев на чувствительность к антибиотикам. Кристаллы при подагре.
- **Биопсия синовиальной оболочки сустава**
В редких случаях для подтверждения типа артрита.

ОТДЕЛЬНЫЕ СУСТАВЫ

В данном разделе разбираются заболевания отдельных суставов. Необходимо отметить, что в предыдущем разделе разбирались заболевания, вызывающие поражение почти любого сустава; в данном разделе освещаются лишь заболевания или патологические состояния, вызывающие поражение или боли в области отдельного конкретного сустава.

ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Синдром Клиппеля–Фейля (синдром короткой шеи)

Приобретенные	
Травматические	Вывих Перелом шейки плечевой кости Перелом ключицы
Дегенеративные	Тендинит сухожилия надостной мышцы Синдром столкновения Разрыв манжеты поворота плеча Замороженное плечо (спаечный капсулит) Остеоартрит — акромиально-ключичный — суставно-плечевой
Воспалительные	Ревматоидный артрит
Инфекционные	Септический артрит (редко) Туберкулезный артрит (редко)
Неопластические	Метастазирование в верхнюю часть плечевой кости/ребра/шею
Иррадиирующая боль	Шейный синдром Раздражение диафрагмы Опухоль Панкоста
Неврологические	Крыловидная лопатка

АНАМНЕЗ

Врожденные

Синдром Книппеля—Фейля — врожденный дефект, проявляющийся короткой шеей, обширным слиянием шейных позвонков и высоко расположенной лопаткой.

Приобретенные

Травматические

При опросе больного выясняется наличие травмы. Передние вывихи в плечевом суставе возникают обычно при падении на вытянутую руку. Возможно повторение вывиха. Больной жалуется на боли в плечевом суставе, обычно поддерживая травмированную руку, которая находится в состоянии отведения. Наиболее часто встречается передний вывих, а задний вывих, который нередко просматривается, возникает после травм, сопровождающихся внутренней ротацией, например во время судорог или при электро-травме. У больного с вывихом в акромиально-ключичном суставе выясняется наличие падения на плечо (обычно при игре в регби). Перелом хирургической шейки плечевой кости возникает при падении на плечо. Больной жалуется на боли в руке, деформацию, ограничение движений в плече. Перелом ключицы развивается при падении больного на вытянутую руку, локоть или только на плечо.

Дегенеративные

При тендините сухожилия надостной мышцы отмечается воспаление сухожилия вследствие дегенеративных изменений, ишемии или его кальцификации. Больной жалуется на внезапно развившуюся боль в плече или в начале кругового движения в плечевом суставе. При синдромах, сопровождающихся ударом, манжетка поворота плеча смещается под акромиальный отросток или акромиально-ключичный сустав, вызывая боль при отведении руки. Появление болей при описании рукой дуги между 30° и 60° указывает на наличие тендинита надостной мышцы; между 45° и 120° является признаком подакромиального бурсита, при котором большая часть бугристости плечевой кости заходит под акромиальный отросток. Разрывы манжеты поворота плеча (верхняя часть плечевого сустава, укрепленная сухожилиями надостных, подостных, малой круглой и подлопаточной мышц – манжета поворота плеча) развиваются у больных пожилого возраста и, вероятно, обусловлены дегенеративными изменениями манжеты. У лиц более молодого возраста, страдающих судорожными припадками, причиной разрыва манжеты поворота может быть сильная травма, сопровождающаяся разрывом надостной мышцы. При этом больной не в состоянии отвести руку при сохранении пассивных движений. Замороженное плечо (спаечный капсулит) возникает вследствие наличия болей в плече в покое и при движении, вызывающих ограничение движений, что способствует развитию синдрома замороженного плеча. Заболевание развивается у лиц среднего возраста, возможно с наличием травмы в анамнезе. Больной жалуется на боли и ограничение как активных, так и пассивных движений в плече. Иногда боль носит выраженный характер и приводит к нарушению нормального сна. Это заболевание может встречаться и у больных пожилого возраста после длительной иммобилизации руки, например после перелома Коллиса (перелом нижнего края лучевой кости со смещением дистального отломка кзади). Остеоартрит акромиально-ключичного сочленения сопровождается болью, возникающей при поднимании руки над головой и вращении плеча с дугой более 140° . Лопаточно-плечевой остеоартрит может носить идиопатический характер или возникает в результате асептического некроза или некроза после лучевой терапии по поводу рака молочной железы. Больной жалуется на боли в плече при движении и в ночное время.

Воспалительные

Ревматоидное поражение плечевого сустава встречается чаще, чем остеоартрит. У больного, как правило, наблюдается поражение и других суставов.

Инфекционные

Артрит плечевого сустава этой этиологии встречается редко. Больной жалуется на боли в плечевом суставе, гиперемии кожных покро-

нов и отечность в области сустава с ограничением в нем движений. Туберкулез плечевого сустава встречается крайне редко. У больного при этом наблюдаются общие клинические проявления туберкулеза в виде недомогания и повышенной температуры и обычно атрофия мышц вокруг плечевого сустава.

Неопластические

Метастазы развиваются в верхней части плечевой кости, сопровождаясь появлением болей в этой области. Нередко развиваются патологические переломы кости. Выясните у больного наличие в анамнезе рака легкого, грудной железы, щитовидной и предстательной желез и почек.

Иррадиирующая боль

Это наиболее частая причина болей в плечевом суставе. У больных с шейным спондилезом часто наблюдаются иррадиирующие боли в верхней части плеча. Выясните у больного о ранее наблюдавшихся болях в шейном отделе с ограничением движений головы. Раздражение диафрагмы может вызывать появление иррадиирующей боли к дерматому C_{IV} в верхнем отделе плеча. Это нередко наблюдается у больных с поддиафрагмальным абсцессом и перитонитом или плевритом. В этом случае у больного отмечается характерная клиническая картина перитонита. Кроме того, у больной необходимо провести исследование молочной железы. При подозрении на опухоль Панкоста, особенно при обнаружении у больной синдрома Горнера, необходимо тщательно расспросить ее о наличии в анамнезе каких-либо нарушений со стороны молочной железы.

Неврологические

У больных с крыловидной лопаткой могут отмечаться нарушения движений в плечевом суставе. Выясните у больного о недавно перенесенных операциях в области шеи или подмышечной впадины, например, скелетизация с удалением подмышечных лимфатических узлов при раке молочной железы, возможно повреждение длинного грудного нерва. Боли могут наблюдаться после переноса тяжести на плечах в течение длительного времени.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Врожденные

У больного с синдромом Клиппеля—Фейля, помимо наличия короткой шеи с высоко расположенной лопаткой, отмечаются и другие аномалии врожденного характера.

Приобретенные

Травматические

Больной обычно поддерживает травмированную руку. При осмотре отсутствуют нормальные контуры плеча (дельтовидная мышца

выглядит плоской и ввалившейся). Проверьте возможность повреждения подмышечного нерва (отсутствие чувствительности в области иннервации). У больного с вывихом акромиально-ключичного сочленения нередко пальпируется локальное опухолевидное образование (возможно, акромиальный конец ключицы). При переломе хирургической шейки плечевой кости больной жалуется на боль и болезненность при пальпации и невозможность отвести руку из-за боли. Исключите повреждение подмышечного нерва. При пальпации удается определить место перелома.

Дегенеративные

У больного отмечается ограничение подвижности в плечевом суставе. Проверьте появление болей при вращательных движениях, возможность начать отведение (разрывы сухожилия надостной мышцы). У больного с замороженным плечом выявляется ограничение как активных, так и пассивных движений в плечевом суставе. При остеоартрите отмечается ограничение движений в плече. При осмотре обратите внимание на наличие рубца после мастэктомии или признаков проведенной ранее лучевой терапии. При остеоартрите акромиально-ключичного сочленения отмечается явное выступание сустава с наличием локальной болезненности и появление болей при поднятии руки под большим углом.

Воспалительные

При ревматоидном поражении плечевого сустава выявляются признаки поражения ревматоидным артритом и других суставов. У больного отмечаются лихорадка, недомогание, повышение температуры кожи над областью сустава. При движении в плечелопаточном сочленении можно обнаружить крепитацию.

Инфекционные

У больного с инфекционным поражением сустава отмечаются гиперемия кожных покровов в области сустава и локальное повышение температуры, отечность и болезненность при пальпации сустава. При исследовании у больного можно обнаружить основной очаг инфекции.

Неопластические

Клиническая картина этой патологии скудная. В некоторых случаях выявляется патологический перелом с болью и локальной болезненностью при пальпации и ограничение движений в плече.

Иррадиирующая боль

Проверьте характер и объем движений в шейном отделе позвоночника. Проведите полное неврологическое обследование больного. При иррадиации болей из диафрагмы проведите пальпацию живота для выявления болезненности, защитной реакции брюшины (спа-

рическое сокращение мышц брюшной стенки при пальпации) и напряжения мышц передней брюшной стенки. Проведите исследование органов грудной клетки с целью выявления признаков пневмонии, плеврита или опухоли.

Неврологические

При осмотре больного обратите внимание на наличие рубцов на шее или в подмышечной впадине. Обратите внимание на наличие крыловидной лопатки во время отталкивания больного кистью от стены с отведенной рукой на 90° (вытягивание лопатки).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нв ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ ревматоидный артрит.

- **Рентгенография**

Рентгенография в двух проекциях. Артрит, вывих, перелом, метастазы.

- **Посев крови**

Септический артрит.

- **Проба Манту**

Туберкулез.

- **Сканирование костей**

Метастазы.

- **Аспирация**

Окрашивание по Граму. ПиЧ. Септический артрит.

- **КТ/МРТ**

Синдром болевой дуги.

ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ

ПРИЧИНЫ

Травматические

Надмышечковый перелом плечевой кости
 Вывих локтевого сустава
 Растяжение локтевого сустава
 Перелом головки лучевой кости
 Перелом локтевого отростка
 Перелом надмышелка/мышелка
 Оссифицирующий миозит

Дегенеративные

Остеоартрит
 Остеохондрит рассекающий

Воспалительные

Ревматоидный артрит

Неврологические

Тоннельный нерв, например, локтевой, задний межосный и срединный

Прочие

Бурсит локтевого отростка
Теннисный локоть
Локоть игрока в гольф
Варусный/вальгусный локоть

АНАМНЕЗ**Травматические**

Надмышечковый перелом встречается преимущественно у детей. Большая часть из таких переломов возникает в результате падения на вытянутую руку и сопровождается появлением боли и отеком тканей вокруг локтевого сустава. Этот тяжелый перелом может сопровождаться серьезными осложнениями. Вывих локтя может наблюдаться как у взрослых, так и у детей. Симптоматика этого повреждения не отличается от таковой при надмышечковом переломе. Растяжение локтевого сустава встречается у детей в возрасте 2–6 лет. При этом головка лучевой кости выскальзывает из кольцевидной связки. Это повреждение нередко происходит, когда ребенок качающими движениями пытается освободить свои руки, удерживаемые родителями. Переломы локтевого отростка чаще всего происходят в результате падения на руку (прямая травма). Нередко отросток ломается в результате чрезмерного внезапного сокращения трехглавой мышцы (*m. triceps*). Переломы мышечков и надмышечков встречаются редко и часто просматриваются. При оссифицирующем миозите нередко отмечается наличие в анамнезе надмышечкового перелома или вывиха локтевого сустава. Кальцифицированная гематома формируется впереди сустава, вызывая ограничение движений (особенно сгибания) в суставе. Это может наблюдаться после физиотерапевтической процедуры, с пассивным выпрямлением сустава после травмы или выполненной операции.

Дегенеративные

Остеоартрит локтевого сустава может развиваться у лиц, занимающихся тяжелым ручным трудом или после тяжелых внутрисуставных переломов. Рассекающий остеохондрит сопровождается болезненностью в локтевом суставе и ограничением движений, вследствие наличия в полости сустава инородного тела.

Воспалительные

Ревматоидный артрит может вызывать поражение локтевого сустава. У больного, как правило, отмечается поражение других суставов. В запущенных случаях с наличием выраженного нарушения функции сустава с деформацией в процесс может вовлекаться нерв с развитием признаков паралича локтевого нерва.

Неврологические

В области локтевого сустава нередко развивается тоннельный синдром различных нервов с появлением симптомов поражения соответствующих нервов: локтевого, срединного или заднего межкостного нервов.

Прочие

Бурсит локтевого отростка сопровождается болезненным отеком в области локтевого отростка. Он часто развивается у дорожных рабочих (укладчиков) и студентов (студенты во время занятий в позднее время, как правило, укладывают свою голову на локоть, лежащий на письменном столе). Нередко происходит инфицирование суставной сумки с появлением гиперемии, локального повышения температуры, болезненности и отека в области сустава. «Теннисный локоть» часто развивается у лиц в возрасте 30 и 50 лет с появлением болезненности на латеральной стороне локтевого сустава. Это осложнение развивается у лиц, занимающихся игрой в теннис, а также у лиц, работа которых связана с частым разгибанием и выворотом предплечья. Боль часто усиливается при сжимании кисти. Клинические проявления у больного с поражением типа локтя игрока в гольф идентичны таковым при «теннисном локте», но при этом наблюдается поражение медиального надмыщелка. Больной жалуется на боль и болезненность в области медиального надмыщелка, а также боли при чрезмерном разгибании пальцев и запястья. Вальгусный/варусный локоть нередко развивается после перелома в области локтевого сустава в детском возрасте. При вальгусном локте может наблюдаться прогрессирующее растяжение локтевого нерва с медленным развитием паралича локтевого нерва.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Травматические

У больного с надмыщелковым переломом отмечается отечность вокруг локтевого сустава и ограничение движений. При этом локтевой отросток, медиальный мыщелок и латеральный надмыщелок сохраняют нормальные отношения друг с другом в равностороннем треугольнике. Иногда происходит повреждение плечевой артерии и срединного или лучевого нерва. При заднем вывихе локтевого сустава описанные выше анатомические отношения в треугольнике нарушаются. В остальном, клиническая картина является сходной. Во всех случаях пропальпируйте пульс на периферических артериях.

убедитесь в адекватности периферического кровоснабжения, а также исключите паралич срединного и лучевого нервов. У больного с переломом локтевого отростка определяется отечность и болезненность непосредственно над локтевым отростком. У больного с повреждением медиального мышечка необходимо проверить целостность локтевого нерва. При оссифицирующем миозите кальцифицированное опухолевидное образование располагается впереди локтевого сустава, что приводит к ограничению сгибания.

Дегенеративные

У больных с остеоартритом определяется утолщение сустава с отсутствием движений и наличие крепитации. При рассекающем остеохондрите отмечается ограничение движений в суставе, крепитация и заклинивание сустава вследствие наличия в нем свободного тела.

Воспалительные

При ревматоидном артрите часто отмечается поражение других суставов. При длительном заболевании у больного отмечается увеличение сустава, нарушение функции и деформация. При обследовании больного проверьте целостность локтевого нерва.

Неврологические

При осмотре и обследовании больного проведите тщательное исследование целостности срединного, локтевого и лучевого нервов.

Прочие

При бурсите локтевого отростка (olecranon) под ним выявляется опухолевидное образование, заполненное жидкостью, с наличием флюктуации и просвечивания. В случае его воспаления определяется гиперемия кожных покровов и болезненность при пальпации. У больного с «теннисным локтем» при пальпации отмечается болезненность в области латерального надмыщелка. Пронация предплечья с одновременным разгибанием в локтевом суставе вызывает усиление болей. У больного с локтем игрока в гольф отмечается болезненность при пальпации в области медиального надмыщелка. Наличие вальгусной/варусной деформации становится очевидным при простом осмотре больного. У больного с вальгусной деформацией необходимо проверить целостность локтевого нерва.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нб ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑ септический артрит. СОЭ ↑ ревматоидный артрит.

• Ревматоидный фактор

Ревматоидный артрит.

- **Рентгенография**

Переломы в области локтевого сустава. Вывих локтевого сустава. Остеоартрит. Ревматоидный артрит. Рассекающий остеохондрит с наличием свободного тела в полости сустава. Оссифицирующий миозит.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **УЗИ**

Бурсит локтевого отростка (диагноз должен быть установлен на основании клинического обследования).

- **Аспирация**

Окрашивание по Граму. ПИЧ – инфекция. Кристаллы – подагра.

ЗАПЯСТЬЕ

ПРИЧИНЫ

Травматические

Перелом дистального отдела лучевой кости, например, Коллиса, Смита
 Вывихи
 Перелом ладьевидной кости
 Вывихи запястья

Дегенеративные

Остеоартрит

Воспалительные

Ревматоидный артрит

Прочие

Ганглион
 Тендосиновит
 – де Кервена
 – тендосиновит разгибателя пальцев
 Запястный синдром
 Асептический некроз полулунной кости (болезнь Кинбека)

АНАМНЕЗ

Травматические

Перелом Коллиса обычно встречается у женщин пожилого возраста с наличием остеопороза костей. При опросе больной выясняется падение на вытянутую руку. Больная жалуется на боль и деформацию в области перелома. Перелом Смита представляет собой зеркальное отображение перелома Коллиса, также сопровождается болью и деформацией конечности. Вывихи запястья встречаются редко, чаще

всего развивается вывих полулунной кости в результате падения на разогнутую кисть. Этот вывих может сопровождаться повреждением срединного нерва. Перелом ладьевидной кости развивается в результате падения на вытянутую руку или при ударе по ладони руки. Больной жалуется на боли и отечность кисти.

Дегенеративные

Остеоартрит запястья встречается относительно редко и обычно является следствием перенесенной ранее травмы, например перелома ладьевидной кости. Большинство больных жалуются на тянущие боли и ограничение подвижности в запястье.

Воспалительные

Поражение запястья часто наблюдается при ревматоидном артрите. Начало может быть острым. Пораженный сустав теперь на ощупь горячий, отмечается отечность, боль и ограничение подвижности запястья. В далеко зашедшей стадии развивается девиация локтевой кости и подвывих ладони.

Прочие

Ганглион — это болезненное опухолевидное образование на дорсальной поверхности запястья. Тендосиновит де Кервена обычно развивается у лиц среднего возраста. В процесс вовлекаются длинная отводящая мышца пальцев и короткий разгибатель пальцев. Больной жалуется на боли при движениях в запястье и нарушение хватательной функции кисти. «Крепитирующий тендосиновит» разгибателя кисти развивается после чрезмерной физической нагрузки. Поражение захватывает все сухожилия разгибателей или только какое-либо одно. При этом больной жалуется на боли и болезненность в области дорсальной поверхности запястья, усиливающиеся при движении. При тоннельном синдроме запястья или запястном синдроме чаще поражаются женщины среднего возраста с наличием в анамнезе беременности, ревматоидного артрита, микседемы, остеоартрита, переднего вывиха полулунной кости или артериовенозной фистулы, сформированной для проведения гемодиализа. У них появляются боли по ночам, при сгибании запястья и после повторяющихся движений в зоне иннервации срединного нерва. Боли успокаиваются при возвышенном положении руки. Больные жалуются на слабость в кисти и нарушение тонких движений вследствие поражения срединного нерва. Асептический некроз полулунной кости развивается после перенесенной ранее травмы. Заболевание встречается у лиц молодого возраста и проявляется болями и ограничением движений в кисти.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Травматические

При осмотре у больного с переломом Коллиса отмечается классическая деформация в виде столовой вилки со смещением дистального

отломка кзади и в лучевую сторону. При переломе Смита отмечается смещение дистального отломка в ладонную сторону и его пронация в этом же участке с образованием угла, открытого кпереди. При осмотре имеется припухлость, болезненность при пальпации и ограничение движений в лучезапястном суставе. При вывихе запястья отмечается припухлость в этой области. Убедитесь в отсутствии повреждения срединного нерва. При переломах ладьевидной кости развивается припухлость запястья с локальной болезненностью в области анатомической табакерки.

Дегенеративные

У больного с остеоартритом запястье выглядит нормальным. При исследовании отмечаются ограничение подвижности и боли при движении кистью.

Воспалительные

У больного с ревматоидным артритом пораженный сустав при осмотре отечный, горячий и болезненный на ощупь, имеется ограничение подвижности в суставе.

Прочие

Ганглион – четко ограниченное опухолевидное образование кистозного характера, безболезненное при пальпации. При тендосиновите у больного отмечается локальная болезненность и иногда отечность над пораженным участком сухожилия. Кроме нарушений хватательной способности кисти, никаких других признаков не наблюдается. У больной с туннельным запястным синдромом попытайтесь выяснить основную причину поражения, например, беременность, микседема. При исследовании отмечается слабость при отведении большого пальца и атрофия мышц возвышения большого пальца, снижение чувствительности в области большого и указательного пальцев, т.е. в зоне иннервации срединного нерва. Кроме того, отмечается положительный признак Тинеля: перкуссия над местом расположения срединного нерва в запястном канале вызывает развитие парестезии в зоне иннервации срединного нерва. У больного с асептическим некрозом полулунной кости (болезнь Кинбека) определяются локальная болезненность и ограничение разгибания кисти.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ заболевание воспалительного характера, например ревматоидный артрит.

• Ревматоидный фактор

Ревматоидный артрит.

- **Рентгенография**

Переломы, вывихи. При подозрении на перелом ладьевидной кости. Повышение плотности костной ткани при асептическом некрозе. Остеоартрит. Ревматоидный артрит.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев крови**

Септический артрит.

- **Аспирация**

Воспаление сустава — окрашивание по Граму материала, полученного при аспирации из сустава. ПиЧ. Кристаллы у больных с подагрой.

- **Исследование нервной проводимости**

Запястный синдром (при отсутствии классических признаков).

ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Врожденный вывих бедра (возрастная дисплазия бедра)

Приобретенные

Травматические

Перелом шейки бедра
Вывих бедра
Перелом лобковой кости
Чрезвертельный перелом бедра

Инфекционные

Острый гнойный артрит
Туберкулез

Воспалительные

Синдром Рейтера
Ревматоидный артрит
Акилозирующий спондилит

Дегенеративные

Неопластические
— метастазы
— лейкемия в детском возрасте
Остеоартрит
— первичный
— вторичный
Асептический некроз

Прочие

Прехолящий синовит
Болезнь Пертеса
Отрыв верхнего эпифиза бедренной кости

АНАМНЕЗ**Врожденные**

Врожденный вывих бедра (ВВБ) обычно диагностируют при общепринятом исследовании новорожденного с использованием пробы Ортогани. В ряде случаев ВВБ просматривается. Клиническая картина ВВБ становится совершенно очевидной, как только ребенок начинает ходить. Родители обращаются к врачу из-за наличия у ребенка хромоты (походка Тренделенбурга). При наличии у одного из родителей ВВБ отмечается повышенный риск возникновения этой патологии у ребенка. Чаще всего это первородящая, инфантильная женщина, роды в ягодичном предлежании плода. Выясните наличие других врожденных аномалий.

Приобретенные*Травматические*

Переломы шейки бедренной кости встречаются в основном у женщин пожилого возраста и могут возникать вследствие небольшой травмы, например, «я споткнулась и упала на ковре». Больной обычно жалуется на боли в бедре, усиливающиеся при малейшем движении, и не в состоянии удержать массу тела конечностью. У молодых людей такие переломы возможны в случае тяжелой травмы. Вывих бедра, обычно задний, возникает при тяжелой множественной травме. Он обычно возникает при автокатастрофах, при ударе коленом о щиток управления. Переломы костей таза обычно встречаются у лиц пожилого возраста, которые получают травмы при падении, чаще всего у себя дома. Больной отмечает боль глубоко в области бедра и при попытке наступить на ногу. Перелом вертлужной впадины обычно возникает в результате воздействия прямой травмы, например, падения на бок, или не прямой, при падении на стопы или при ударе коленом о приборный щиток автомобиля.

Инфекционные

Инфекция обычно распространяется гематогенным путем. Это может наблюдаться у детей с внутрисуставным расположением метафизов, так же как на бедре. Выясните у больного о лечении стероидными гормонами или другими иммунодепрессантами. Больной жалуется на боли в суставе и повышение температуры кожных покровов в области пораженного сустава, ограничение движений; болезненность при нагрузке на конечность. В случае туберкулезного поражения сустава выясняется наличие контакта с больным туберкулезом. Больной жалуется на недомогание, снижение массы тела и наличие профузных ночных потов. Объективно отмечается локальная болезненность с ограничением движений в суставе или атрофия мышц вокруг сустава.

Воспалительные

У больного с подозрением на болезнь Рейтера выясняется наличие в анамнезе уретрита и конъюнктивита. Больного необходимо

расспросить о возможности полового контакта или наличии в анамнезе дизентерии. У больного с ревматоидным артритом отмечается общее недомогание, утомляемость и снижение массы тела. Больной может жаловаться на боли в бедре, нередко сохраняющиеся при сгибании. Анкилозирующий спондилит может развиваться в области бедренного сустава. При этом вначале у больного развивается ригидность позвоночника.

Дегенеративные

Больной с остеоартритом жалуется на боли, ограничение подвижности и деформацию сустава. Больной испытывает большие затруднения при ходьбе. В суставе может появляться выпот и больной теряет способность передвигаться. Вторичный остеоартрит развивается после ранее перенесенных переломов, при наличии в анамнезе болезни Пертеса, отрыва эпифиза бедренной кости, асептического некроза, подагры и гемофилии. Асептический некроз головки бедренной кости может развиться у больного после внутрисуставного перелома шейки бедра или у больного с длительным анамнезом применения стероидных гормонов.

Неопластические

Верхняя часть бедренной кости, вблизи от ее шейки, наиболее подвержена метастазированию. Причиной возникновения у детей болей в области бедренного сустава может быть лейкоэмическая инфильтрация.

Прочие

Преходящий синовит сопровождается симптомами раздражения бедренного сустава с появлением у больного хромоты, болей и ограничения движений в конечности. Обострения при болезни Легга—Кальве—Пертеса (асептический некроз эпифизарной части головки бедренной кости; псевдококсалгия; юношеский остеохондрит головки бедра) возникают обычно через 7—8 лет. У больного отмечаются боли в бедре и хромота. Во всех других отношениях больной чувствует себя нормально. Отрыв эпифиза верхней части бедренной кости обычно наблюдается у молодых людей в возрасте 10 и 18 лет, чаще у мальчиков. Больные жалуются на боли в бедре и наличие хромоты. Боли могут иррадиировать в коленный сустав.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Врожденные

Пробу Ортолани с целью диагностики ВВБ проводят в первые дни после рождения. У лежащего на спине младенца при попытке отведения согнутых в коленном и тазобедренном суставах нижних конечностей в один из моментов ощущается «щелчок», т.е. головка бедренной кости с явным звуком вправляется в суставную впадину (проба Орлани). При выполнении пробы Барлова хирург удержива-

от верхнюю часть бедра между средним пальцем, расположенным на большом мыщелке, и большим пальцем руки в паховой складке и, поднимая головку бедренной кости, перемещает ее в вертлужную ямку и из нее, легко показывая достижение вывиха.

Приобретенные

Травматические

При осмотре больного с переломом шейки бедренной кости определяются укорочение конечности, приведение и наружная ротация конечности в результате действия поясничной мышцы на дистальный фрагмент бедренной кости. Пальпация бедра может быть болезненной. Движения в тазобедренном суставе также болезненны. У больного с вывихом бедра при наличии тяжелой травмы могут наблюдаться явления шока. При заднем вывихе бедро находится в согнутом положении, в состоянии приведения и внутренней ротации. Во время обследования больного проверьте целостность седалищного нерва. Одновременно у больного может наблюдаться повреждение бедренной кости или надколенника. Данные исследования у больного с изолированным разрывом тазового кольца довольно скудные, несмотря на то что при разрывах тазового кольца у больных нередко имеются переломы и разрывы в двух местах, нередко и заднего тазового кольца.

Инфекционные

У больного с острым гнойным артритом отмечается отечность в области бедренного сустава, болезненность при пальпации, кожные покровы вокруг сустава горячие на ощупь, резкие боли при любой попытке движений в суставе, спазм окружающих сустав мышц. Больной обычно высоко лихорадит. При туберкулезном поражении сустава отмечается локальная болезненность, отечность, признаки наличия в суставе выпота, атрофия и спазм окружающих сустав мышц.

Воспалительные

У больных с болезнью Рейтера отмечается наличие уретрита и конъюнктивита. При ревматоидном артрите больной отмечает усиление, недомогание и отечность сустава. Бедро часто находится в несколько согнутом положении, движения в нем болезненны, объем движений значительно ограничен. У больных с анкилозирующим спондилитом обычно отмечается ригидность и ограничение подвижности позвоночника наряду с тугоподвижностью в тазобедренных суставах. Мелкие суставы остаются не пораженными.

Дегенеративные

Больной с остеоартритом обычно прихрамывает. Конечность резко ротирована и находится в состоянии фиксированного отведения, согнута в бедренном суставе, из-за чего при осмотре кажется укороченной.

У больного выявляется ограничение объема движений: раньше всего наступает ограничение отведения, разгибания и внутренней ротации, которое является и более выраженным, определяется явно укорочение конечности. Асептический некроз сопровождается развитием деформации сустава, ригидности, ограничением объема движений с развитием в последующем вторичного остеоартрита.

Неопластические

При обследовании больного выясните наличие локальной болезненности в области бедренного сустава, исключите наличие опухоли грудной железы, легких, щитовидной и предстательной желез или почек. У детей с лейкемической инфильтрацией в области тазобедренного сустава могут выявляться и другие признаки заболевания, например, спонтанно возникающие кровоизлияния на коже, увеличение лимфатических узлов и селезенки.

Прочие

Больной с преходящим синовитом прихрамывает при ходьбе. При обследовании отмечается ограничение движений в суставе. Никаких признаков системного заболевания не выявляется. При болезни Пертеса наряду с наличием прихрамывания у больного выявляется ограничение качательных движений в суставе. У больного с отрывом верхнего эпифиза бедренной кости нога находится в состоянии наружной ротации, выявляется уменьшение объема пассивной внутренней ротации бедра.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Hb ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑ наличие воспалительного процесса. СОЭ ↑ заболевания воспалительного характера, например, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит.

- **Рентгенография бедра**

В прямой и боковой проекциях. Переломы, остеоартрит, ревматоидный артрит, вывих, болезнь Пертеса, отрыв верхнего эпифиза бедренной кости, туберкулез, асептический некроз.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев крови**

Септический артрит.

- **Аспирация**

Воспаление — окрашивание по Граму аспирационного материала, ПиЧ. Кристаллы при подагре.

- **УЗИ**

Врожденный вывих бедра.

- **Сканирование костей**

Асептический некроз, закрытый перелом.

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ

ПРИЧИНЫ

Травматические

Кости	Перелом надколенника
	Надмышечковые переломы бедренной кости
	Переломы большеберцовой кости, включая внутрисуставные
Связки	Повреждение медиальной и латеральной связок коленного сустава
	Повреждение крестообразных связок
	Разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра
Мениски	Разрыв менисков

Инфекционные

Гнойный артрит

Воспалительные

Ревматоидный артрит
 Синдром Рейтера
 Анкилозирующий спондилит

Дегенеративные

Остеоартрит

Метаболические

Подагра
 Псевдоподагра

Нейропатические

Сустав Шарко

Неопластические

Остеогенная саркома

Прочие

Бурситы
 – препателлярный бурсит (воспаление сумки надколенника, «колени горничных»)
 – подпателлярный бурсит («колени священника»)
 – полумембранозный бурсит
 Киста Бейкера
 Рассекающий остеохондрит
 Нарушение положения
 Варусное колено (согнутая нога)
 Вальгусное колено (вальгусная голень)
 Разболтанность пателлобедренного сочленения
 Болезнь Осгуда–Шлаттера (остеохондроз бугристости большеберцовой кости)
 Хондромалиция надколенника (патологическое размягчение хряща)
 Иррадиирующая боль из бедра/спины

АНАМНЕЗ**Травматические**

При переломах костей в области коленного сустава из анамнеза легко удается выяснить наличие травмы. Перелом чаще всего происходит в результате прямой травмы надколенника или чрезмерного сокращения четырехглавой мышцы бедра. Разрывы связок зачастую возникают у спортсменов, например футболистов. Больной обращается с жалобами на боль и отечность в коленном суставе. Механизм повреждения задней крестообразной связки следующий: при прочно фиксированной голени происходит резкое потягивание большеберцовой кости кзади на бедро, например при автокатастрофе, когда верхняя часть большеберцовой кости ударяется о приборную панель. Разрывы менисков чаще всего происходят у спортсменов или забойщиков. При фиксированной голени бедро совершает ротационное движение, и в этот момент вся масса тела опирается на согнутый коленный сустав, и внутренний мыщелок бедра резко надавливает на внутренний мениск. Больной жалуется на боли и отечность в области коленного сустава на стороне разорванного мениска. Нередко в коленном суставе появляется симптом блокады сустава, сустав блокируется в положении разгибания на 10–15°. Очень быстрое развитие отека указывает на внутрисуставное кровоизлияние и, следовательно, на перелом или повреждение крестообразных связок или отрыв периферического мениска.

Инфекционные

Инфицирование обычно носит гематогенный характер и встречается преимущественно у детей; может наблюдаться и у взрослых с ослабленным иммунитетом или длительное время лечившихся стероидными гормонами. Больной жалуется на боли и ограничение подвижности в суставе, повышение температуры кожных покровов в области сустава, болезненность при пальпации и движении, повышение температуры тела.

Воспалительные

Больной с ревматоидным поражением сустава жалуется на боль и отечность в области сустава; у него отмечаются и другие клинические проявления ревматоидного артрита, а также поражение других суставов. У больного с синдромом Рейтера отмечаются отечность и неприятные ощущения в области коленного сустава. При тщательном опросе выясняется наличие у него уретрита, конъюнктивита или перенесенной ранее дизентерии. При анкилозирующем спондилите наряду с жалобами на ригидность в позвоночнике у больного могут наблюдаться также нарушения со стороны коленного сустава.

Дегенеративные

Остеоартрит часто развивается в коленном суставе, преимущественно у лиц пожилого возраста с излишней массой тела. Больные отме-

боли в коленном суставе при движении, ригидность и деформацию сустава. При опросе больной может указывать на перенесенный ранее септический артрит, разрыв мениска, операцию на мениске или рассекающий остеохондрит.

Метаболические

Больных с подагрическим поражением коленного сустава отмечаются боли и отечность в области пораженного сустава. В некоторых случаях встречается *псевдоподагрическое поражение коленного сустава* (болезнь отложения пирофосфата). При этом у больного отмечается хондрокальциноз (обызвествление хряща), т.е. заболевание, характеризующееся отложениями солей кальция в суставном хряще, прилегающих мягких тканях и синовиальной оболочке.

Нейропатические

У больного отмечается выраженная деформация сустава, разболтанность без каких-либо болевых ощущений. В анамнезе у такого больного может быть сахарный диабет, сифилис или лепра.

Неопластические

Нижний конец бедра и верхний отдел большеберцовой кости часто являются местом развития остеогенной саркомы. Это обычно молодые люди в возрасте до 30 лет. Больные отмечают боли, отечность и деформацию в области коленного сустава. Больной может жаловаться на кашель, указывающий на появление метастазов в легких.

Прочие

У больного с бурситом впереди или позади коленного сустава непосредственно под кожей появляется ограниченная, малоболлезненная или вообще безболлезненная припухлость. Препателлярный бурсит часто встречается у лиц, во время работы опирающихся на колени, например у забойщиков. Инфрателлярный бурсит развивается у лиц, приседающих во время работы на пятки, откуда и соответствующее название — «колено священника». Бурсит полуперепончатой мышцы располагается на медиальной поверхности подколенной ямки. При обращении к врачу с явлениями инфицирования сумки у больного отмечается болезненность, краснота, отечность кожи и подкожных покровов. Киста Бейкера располагается в середине подколенной ямки. Больной обращается по поводу опухолевидного образования в подколенной ямке. При этом может отмечаться болезненность в области сустава, часто вследствие сопутствующего остеоартрита.

Рассекающий остеохондрит

Заболевание часто развивается у лиц в возрасте после 20 лет. В результате асептического некроза пораженный сегмент отделяется от кости и в полости сустава образуется свободное тело. Больной жалуется на боль, отечность в области сустава и периодическое его заклинивание.

Деформации коленного сустава

У больного с варусной деформацией коленного сустава отмечается искривление, получившее название «согнутая нога». При этом у ребенка отмечается нарушение роста, часто в результате повреждения ростковой эпифизарной зоны кости. У взрослых в анамнезе отмечаются рахит, болезнь Педжета или ревматоидный артрит. Вальгусная деформация (колено вывернуто внутрь) встречается преимущественно у детей, у которых имеется плоскостопие. У взрослых в анамнезе отмечается ревматоидный артрит.

Разболтанность пателло-бедренного сочленения

При этой патологии у больного может наблюдаться вывих надколенника. В остром периоде отмечается смещение надколенника в результате прямого удара по той или иной стороне коленного сустава. Рецидивы вывиха надколенника обычно развиваются у девушек. При этом отмечается уплощение контура латерального мыщелка со смещением надколенника вверх или образованием вальгусной деформации коленного сустава.

Болезнь Осгуда—Шлаттера

Болезнь Осгуда—Шлаттера (остеохондропатия бугристости большеберцовой кости) наблюдается преимущественно у мальчиков в возрасте 10—14 лет. Нередко многие из них увлекались спортом, например футболом. Больной жалуется на боли и отечность в области бугристости большеберцовой кости.

Хондромалиция надколенника (патологическое размягчение хряща)

Больной обращается с жалобой на локальную боль впереди коленного сустава. Это заболевание чаще всего встречается у женщин в возрасте 15—35 лет. Возможно наличие травмы в анамнезе. У больной отмечается небольшая отечность в области коленного сустава и болезненность, особенно при подъеме по ступенькам. Поражение обычно не препятствует движению.

Иррадиирующие боли

Боль в коленном суставе нередко носит иррадиирующий характер из области бедра и поясницы. При опросе больного выясните наличие каких-либо симптомов поражения бедра или позвоночника.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Травматические**

Диагностика переломов является довольно простой. У больного отмечается боль, деформация в области перелома, а при обследовании отмечается резкая болезненность и крепитация. При надмышелковых переломах необходимо проверить отсутствие нарушений периферического кровообращения в конечности. У больного с по-

повреждением связочного аппарата коленного сустава проведите пробу на устойчивость коленного сустава (симптом выдвигаемого блока), наличие в его полости жидкости, болезненности на стороне предполагаемого повреждения связки. С целью уточнения диагноза повреждения связочного аппарата определите наличие бокового варусной или вальгусной деформации коленного сустава. Выясните наличие подвывиха большеберцовой кости вперед или назад, указывающего на растяжение или разрыв передних или задних крестообразных связок коленного сустава, и выполните пробу Лашмана. При повреждениях мениска отмечается болезненность, отек в области сустава и в острых случаях наличие кровоизлияния. При исследовании может определяться блок сустава в положении разгибания на 10–15°. В застарелых случаях можно обнаружить атрофию четырехглавой мышцы бедра, наличие в суставе жидкости и болезненность в проекции расположения мениска. При повреждении медиального мениска может отмечаться положительная проба Мак-Мюррея (поворот большеберцовой кости относительно бедренной), хотя в настоящее время его выполняют редко.

Инфекционные

У больного отмечается повышенная температура тела, отечность сустава, локальное повышение температуры и гиперемия кожи и окружающих сустав тканей, болезненность при пальпации, а также спазм окружающих сустав мышц.

Носпалительные

У больного с ревматоидным артритом отмечается повышение температуры тела, боли и припухлость в области сустава и ограничение объема колебательных движений в суставе и утолщение синовиальной сумки. Нередко имеется поражение и других суставов. При синдроме Рейтера у больного выявляется припухлость и ограничение объема движений в суставе, а также очевидны проявления уретрита и конъюнктивита. При анкилозирующем спондилите в случае возможного поражения коленного сустава при осмотре наблюдается припухлость и ригидность сустава. Одновременно выявляется ограниченная подвижность позвоночника.

Дегенеративные

У больного с остеоартритом наблюдается припухлость сустава, выявленная наличием остеофитов, утолщение синовиальной оболочки или выпот и признаки атрофии четырехглавой мышцы бедра. При исследовании выявляется ограничение объема движений в суставе и болезненность при расширении объема движений. У больного нарушается походка. При одностороннем поражении сустава может развиваться деформация сустава.

Метаболические

Развитие приступа подагры сопровождается увеличением отечности сустава, гиперемией кожных покровов и локальным повышением температуры над суставом, ограничением движений. Сходная клиническая картина наблюдается при псевдоартрите.

Нейропатические

У больного отмечается выраженная припухлость и деформация сустава, ограничение подвижности с отсутствием какой-либо болезненности. Проведите исследование на возможность поражения dorsalного столба спинного мозга, отвечающего за нарушение чувствительности (проприоцептивная чувствительность).

Прочие

Бурсит – ограниченная, флюктуирующая припухлость, эластической консистенции, расположенная впереди надколенника (препателлярный бурсит) или ниже коленной чашечки (инфрателлярный бурсит). В подколенной ямке с медиальной поверхности, где располагается сумка полумембранозной мышцы, образуется полумембранозный бурсит в виде припухлости эластической консистенции с признаком баллотирования. При инфицировании содержимого сумки появляется гиперемия покрывающей ее кожи, последняя на ощупь становится горячей, отмечается резкая болезненность при пальпации. У больного с рассекающим остеохондритом обнаруживаются припухлость сустава вследствие образования в нем выпота и периодически возникающее заклинивание сустава. Диагноз варусной или вальгусной деформации становится очевидным при простом исследовании больного. Нестабильность пателлобедренного сочленения часто сопровождается острым или хроническим вывихом надколенника. При остром вывихе надколенника обнаруживается сместившийся надколенник; нога больного находится в согнутом положении в коленном суставе. В этом же месте отмечается локальная болезненность и припухлость. При хроническом вывихе наблюдается блок коленного сустава в полусогнутом положении. При этом часто происходит спонтанное вправление вывиха. При пальпации определяется либо слишком высоко расположенный или небольшой надколенник. У больного с болезнью Осгуда–Шлаттера отмечается болезненность и припухлость в области бугристости большеберцовой кости. В случаях хондромалии при пальпации выявляется небольшая припухлость и болезненность при прижимании надколенника к бедренной кости. Во всех случаях не забывайте провести исследование бедренного сустава и позвоночника, поскольку заболевание их может сопровождаться иррадирующими болями в коленном суставе. Киста Бейкера представляет собой диффузное опухолевидное образование в подколенной ямке, мягко эластической консистенции. Разрыв кисты сопровождается появлением боли.

ИЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**ОАК, СОЭ**

Нв ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑ воспалительный процесс, например гнойный артрит. СОЭ ↑ ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит.

• **Ревматоидный фактор**

Ревматоидный артрит.

• **Мочевая кислота в сыворотке крови**

Подагра.

• **Рентгенография коленного сустава (в передней и боковой проекциях, вид с обоих концов и контуры суставов)**

Переломы. Остеоартрит. Ревматоидный артрит. Наличие свободных тел в полости сустава. Остеогенная саркома. Рентгенография у больного с травмой сустава может потребоваться для диагностики повреждения связочного аппарата.

• **РГК**

Метастазы в легкое при остеогенной саркоме.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **Посев крови**

Гнойный артрит.

• **Аспирация содержимого сустава**

Окрашивание полученного при аспирации материала по Граму и посев на чувствительность к антибиотикам — воспаление. Наличие при микроскопическом исследовании содержимого сустава позволяет обнаружить кристаллы при подагре и ложной подагре.

• **Радионуклидное сканирование**

Опухоль. Воспаление, острый артрит.

• **Артроскопия**

Свободные тела в полости сустава. Выпот. Повреждения менисков.

• **Биопсия синовиальной оболочки**

С целью подтверждения диагноза.

ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ**ПРИЧИНЫ****Травматические**

Растяжение (боковых связок)
Переломы костей голеностопного сустава
Разрыв ахиллова сухожилия

Инфекционные

Гнойный артрит (редко)
Туберкулез (редко)

Воспалительные
Ревматоидный артрит
Дегенеративные
Остеоартрит
Прочие
Тендосиновит
Сустав футболиста
Остеохондрит таранной кости
Туннельный синдром предплюсны

АНАМНЕЗ

Травматические

У больного в анамнезе имеется указание на перенесенную травму. Наиболее часто встречается растяжение латеральной связки. При переломах костей голеностопного сустава отмечаются отек, деформация сустава, наличие кровоподтека и крепитации в области сустава. При высоком переломе малоберцовой кости может наблюдаться межберцовый диастаз. Разрыв ахиллова сухожилия часто развивается во время занятий спортом (иногда в постели), особенно у мужчин среднего возраста. Больные указывают, что они ощущают, будто их ударили в заднюю поверхность пятки.

Инфекционные

При гнойном артрите наблюдается гиперемия кожных покровов вокруг сустава, локальное повышение температуры кожи, болезненность при пальпации. Артрит туберкулезной этиологии встречается редко. У больного отмечаются боли в суставе при ходьбе; у него, как правило, имеется туберкулезный очаг в другом месте.

Воспалительные

Наиболее частой причиной поражения голеностопного сустава с наличием хронических болей, отека в области сустава является ревматоидный артрит. При этом выявляются другие проявления ревматоидного артрита, нередко отмечаются недомогание, повышение температуры тела.

Дегенеративные

Первичный остеоартрит голеностопного сустава встречается редко и обычно является осложнением неправильной репозиции отломков или асептического некроза таранной кости. Клинические проявления очень скудные.

Прочие

Тендовагинит (острое воспаление сухожильного влагалища) чаще наблюдается по задней поверхности наружной лодыжки, в некото-

рых случаях и в области медиальной лодыжки. Больной отмечает появление болей на соответствующей стороне сустава, особенно при повороте стопы внутрь или кнаружи. Голеностопный сустав футболиста в соответствии с названием развивается у лиц, играющих в футбол. Больной жалуется на недостаточно локализованную боль по передней поверхности голеностопного сустава. Остеохондрит таранной кости встречается редко и наблюдается у подростков и мужчин молодого возраста. При туннельном синдроме предплюсны возможно сдавление большеберцового нерва, проходящего под фиброзными пучками фасции сгибателей, вызывая развитие парестезии и жгучих болей в области икроножных мышц, в стопе и пальцах.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Травматические

При переломах костей голеностопного сустава отмечается деформация, припухлость, болезненность при пальпации и крепитация. При разрывах ахиллова сухожилия у больного обычно просматривается дефект ахиллова сухожилия и нарушение подошвенного сгибания стопы при оказании сопротивления.

Инфекционные

У больного с гнойным артритом отмечаются все признаки воспалительного процесса, включая болезненность при пальпации в голеностопном суставе, гиперемия кожи, отечность и локальное повышение температуры. При туберкулезе отмечается припухлость голеностопного сустава с атрофией икроножных мышц.

Воспалительные

При ревматоидном артрите редко наблюдается поражение только голеностопного сустава. При исследовании голеностопный сустав отечный, болезненный при пальпации, как правило, определяются признаки поражения и других суставов, включая стопы.

Дегенеративные

При остеоартрите наблюдаются отечность сустава, уменьшение объема движений и появление крепитации в суставе во время движений.

Прочие

У больного с тендовагинитом определяется выраженная отечность и болезненность по ходу сухожилий. Боль при форсированном повороте стопы внутрь или кнаружи наблюдается при вовлечении в процесс сухожилий задней большеберцовой и длинной малоберцовой мышц. При голеностопном суставе футболиста происходит разрыв передней капсулы сустава с последующим окостенением. При исследовании часто отмечается ограничение дорсальной флексии стопы. При остеохондрите таранной кости отмечается отечность и болезненность при пальпации. В суставе нередко обнаруживаются свободные тела.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• ОАК, СОЭ**

Hb ↓ анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидном артрите. Л ↑ воспалительный процесс, например гнойный артрит. СОЭ ↑ ревматоидный артрит.

• Рентгенография голеностопного сустава

Переломы. Может потребоваться выполнение жесткого снимка для выявления типа перелома. При наличии перелома снимок должен захватывать и верхнюю часть малоберцовой кости, поскольку при наличии диастаза в суставе наблюдается перелом верхней части тела малоберцовой кости. Ревматоидный артрит. Остеоартрит. Остеохондрит таранной кости. Кальцификация передней капсулы при голеностопном суставе футболиста.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• Посев крови**

Гнойный артрит.

• Аспирация содержимого сустава

Окрашивание по Граму и ПиЧ при воспалении. Наличие кристаллов в суставной жидкости указывает на подагру.

• Сканирование костей

Воспалительные процессы. Острый артрит.

• МРТ

Остеохондрит таранной кости.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ БОЛЯМИ

Боль в аноректальной области является довольно распространенным симптомом. У большей части больных причины ее появления вполне очевидны, например, трещина заднего прохода, перианальные абсцессы или тромбоз геморроидальных узлов.

ПРИЧИНЫ

Острые

Трещина заднего прохода
Перианальная гематома
Тромбоз геморроидальных узлов
Перианальные абсцессы
Межмышечный абсцесс
Ишиоректальный
Травма

Хронические

Прокталгия
Свищи заднего прохода
Опухоли аноректальной зоны. Одиночная язва прямой кишки
Хронический перианальный сепсис, например, болезнь Крона, туберкулез
Повреждения конского хвоста

АНАМНЕЗ

Жалобы больного, страдающего запорами, на боли при дефекации, которые часто сопровождаются выделением свежей крови (обычно на туалетной бумаге), со всей очевидностью указывают на наличие у него трещины заднего прохода. Внезапное появление болезненного при пальпации опухолевидного образования в перианальной области позволит заподозрить наличие перианальной гематомы. У больного, страдающего геморроем с эпизодами выпадения узлов и неудачными попытками вправления, которые сопровождаются острой болью, усиливающейся при попытке вправления, следует исключить тромбоз геморроидальных узлов. Постепенное развитие болей и появление болезненной припухлости в параректальной области позволяет предположить образование перианального абсцесса (парапроктита). У больного необходимо выяснить возможность перенесенной ранее травмы этой области. Диагноз прокталгии можно поставить только по наличию в анамнезе болей в промежности; боли носят спастический характер и продолжаются в течение до 30 мин. Причина этого страдания остается невыясненной, оно может быть обусловлено периодическим сокращением m. levator ani. Изменение функции кишечника и появление кровотечения при

дефекации указывают на развитие злокачественного новообразования анального канала. Боль является единственным симптомом в том случае, если опухоль располагается в анальном канале ниже зубчатой линии, где чувствительность носит соматический характер. При наличии отдельной язвы прямой кишки возможны жалобы на боли, но обычно больной отмечает кровотечения из прямой кишки, выделения слизи и затруднения при дефекации. Хронический перианальный сепсис может быть одним из симптомов болезни Крона или туберкулеза. В редких случаях причиной анальных болей может быть поражение конского хвоста спинного мозга.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Нередко при простом разведении ягодиц и осмотре можно обнаружить хроническую трещину заднего прохода, перианальную гематому, тромбированные геморроидальные узлы или опухоль, исходящую из анального канала. Напряженный гиперемированный участок тканей, болезненный при пальпации, характерен для парапроктита. Припухлость в одной из ягодиц, болезненная при пальпации, чаще всего указывает на наличие у больного большого ишиоректального абсцесса. При неуверенности в диагнозе следует провести пальцевое исследование прямой кишки. Ректороманоскопия (сигмоидоскопия) позволяет выявить одиночную язву прямой кишки, при которой обычно (но не всегда) обнаруживаются покраснение, отек и явное изъязвление слизистой оболочки. При подозрении на поражение конского хвоста необходимо провести полное неврологическое обследование больного. У больного с прокталгией никакой видимой патологии обнаружить не удается.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Л ↑ воспалительный процесс, например, абсцесс ↑ болезнь Крона, туберкулез и злокачественное новообразование.

- **Глюкоза крови**

Сепсис может быть осложнением сахарного диабета.

- **Проктоскопия**

Геморроидальные узлы. Злокачественные новообразования аноректальной зоны.

- **Ректороманоскопия**

Злокачественные новообразования аноректальной зоны.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **УЗИ конечного отдела прямой кишки**

Позволяет диагностировать межмышечные (межсфинктерные) абсцессы или свищи заднего прохода (прямой кишки).

- **МРТ**

Позволяет получить картину расположения сложных свищевых ходов или диагностировать поражение конского хвоста.

▶ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Заболевания полового члена встречаются довольно часто. Они препятствуют половому сношению. Поражения полового члена, требующие хирургического вмешательства, ограничиваются в большинстве случаев крайней плотью и головкой полового члена и необходимостью выполнения обрезания. Рак полового члена и болезнь Пейрони встречаются редко.

ПРИЧИНЫ

Крайняя плоть и головка полового члена

Фимоз
 Парафимоз
 Баланопостит
 Ксеротический облитерирующий баланит
 Герпес половых органов
 Кондилома (бородавки)
 Травма (укус)
 Эритроплазия Кейра
 Рак
 Шанкр (сифилис)

Тело полового члена

Болезнь Пейрони
 Приапизм

Уретра

Эписпадия
 Гипоспадия

АНАМНЕЗ

Крайняя плоть и головка полового члена

Фимоз

В большинстве случаев фимоз является врожденной патологией. Крайняя плоть с самого рождения бывает довольно плотной и большой жалуются на невозможность обнажения головки полового члена. У детей это может сопровождаться раздуванием крайней плоти во время мочеиспускания, вызывая развитие баланопостита. Взрослые жалуются на нарушение полового сношения.

Парафимоз

Парафимоз является осложнением имеющегося у больного фимоза. Крайняя плоть оттягивается с головки полового члена во время мытья и не возвращается в исходное положение. Это также возникает у взрослых во время полового сношения. У стационарного больного это может произойти во время катетеризации мочевого пузыря

и после этой манипуляции крайняя плоть не возвращается в исходное положение. При этом головка полового члена в области венца ущемляется суженной переходной складкой, препятствуя оттоку венозной крови, вызывая отек головки полового члена и крайней плоти. Больной поступает с жалобами на интенсивную боль и отек головки полового члена.

Баланопостит

Баланопостит – воспаление головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Больной жалуется на воспалительные явления в области головки полового члена и крайней плоти. Это зачастую является результатом несоблюдения правил гигиены, а у детей часто обусловлено наличием фимоза и скоплением мочи под крайней плотью. Причиной его развития у больных сахарным диабетом нередко является кандидоз.

Облитерирующий ксеротический баланит

Больной жалуется на утолщение и резкое натяжение крайней плоти, которую невозможно оттянуть с головки полового члена.

Герпес половых органов

Больной жалуется на высыпания болезненных пузырьков на крайней плоти и головке полового члена. Нередко это развивается у больного после полового контакта.

Кондиломы (бородавки)

Больной жалуется на образование бородавок на головке полового члена и соприкасающейся поверхности крайней плоти. Они, как правило, венерического происхождения.

Травма

У больного, как правило, отмечается перенесенная ранее травма, порой необычного характера. Это могут быть укусы любимой.

Эритроплазия Кейра

Больной обращается к врачу по поводу темно-красного, плоского, с бархатистой поверхностью пятна, появившегося на коже головки полового члена.

Рак

Рак полового члена развивается обычно у лиц пожилого возраста. Он практически не встречается у лиц, которым выполнялось ранее обрезание. В большинстве случаев больные обращаются с жалобой на опухолевидное образование или болезненную язвочку на головке полового члена. У больных без обрезания, которые не могут обнажить головку полового члена, из-под крайней плоти могут наблюдаться гнойные выделения с примесью крови.

Филлиритический шанкр

Шанкр на головке полового члена выглядит в виде безболезненной, глубокой язвы.

Опухоль полового члена**Болезнь Пейрони**

Больной отмечает появление опухолевидного образования в виде тяжа под кожей вдоль тела полового члена. Больной может жаловаться на то, что во время эрекции половой член принимает изогнутый вид.

Приапизм

Больной обращается с жалобой на длительную и болезненную эрекцию. Аномально длительная эрекция связана скорее с патологией, чем с половым возбуждением. У больных с подобной патологией могут наблюдаться лейкопения, серповидно-клеточная анемия, метастазирование злокачественной опухоли в тазовые органы, или он может находиться на хроническом гемодиализе. Приапизм может развиваться у мужчин при передозировке альпростатида, применяемого при нарушениях эректильной функции.

Уретра**Эписпадия**

Встречается редко. У больного, обычно младенца или ребенка, отмечается полное или частично незаращение мочеиспускательного канала на дорсальной поверхности головки полового члена.

Гипоспадия

Встречается чаще, чем эписпадия. У больного наблюдается отсутствие дистальной части мужского мочеиспускательного канала, отверстие которого открывается на нижней (вентральной) поверхности полового члена или у корня мошонки. Больные как с эписпадией, так и гипоспадией обычно жалуются на затруднения с мочеиспусканием.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Крайняя плоть и головка полового члена****Фимоз**

Крайняя плоть является довольно плотной и имеет отверстие с bulbозную головку. Попытка надвинуть ее на головку полового члена часто остается безуспешной. У больного нередко развивается баланопостит.

Парафимоз

Диагноз обычно становится ясным при простом осмотре. Головка полового члена увеличена в объеме, отечная, и проксимальнее венца головки (валик на задней части головки полового члена) имеется глубокая борозда, где располагается плотное сдавливающее кольцо кожи. У больного отмечаются сильные боли в половом члене.

Баланопостит

Баланопостит — воспаление головки полового члена, часто сопровождающееся воспалением внутреннего листка крайней плоти (постит). Из-под крайней плоти могут отмечаться выделения. В случаях поражения кандидозом на головке полового члена образуются красные, зудящие пятна. Причиной заболевания часто является нарушение правил личной гигиены.

Ксеротический облитерирующий балантит

У больного отмечается утолщение крайней плоти, с отсутствием эластичности и признаками фиброзного перерождения. Ее часто не удается натянуть на головку полового члена.

Герпес половых органов

Вначале на головке полового члена образуются зудящие пузырьки, превращающиеся затем в поверхностные, болезненные эрозии. Нередко в паховой области пальпируются болезненные лимфатические узлы.

Кондилома (бородавки)

На половом члене, обычно в бороздке между головкой и крайней плотью, располагается скопление бородавок, распространяющихся на головку.

Травма

Характер повреждений зависит от вида травмы. Иногда можно обнаружить следы зубов.

Эритроплазия Кейра

Эритроплазия Кейра рассматривается как предраковое состояние и является внутриэпителиальным раком *in situ*. На головке полового члена обнаруживается плоское, плотное пятно темно-красного цвета с бархатистой поверхностью.

Рак

Новообразование располагается обычно на границе крайней плоти и головки полового члена. При осмотре в этом месте обнаруживается опухолевидное образование или язвочка. Плотная при пальпации язвочка с вывернутыми краями возвышается над поверхность эпидермиса, основание ее содержит некротические ткани. Опухоль может метастазировать в паховые лимфатические узлы и другие места, часто воспаляется. У больных, крайняя плоть у которых не смещается на головку полового члена, с целью установления диагноза необходимо выполнять обрезание.

Сифилитический шанкр

На головке члена обнаруживается безболезненная твердая язва со скошенными краями. У больного выявляются разрозненные, увели-

ченные паховые узлы резиновой плотности, безболезненные при пальпации.

Тело

Болезнь Пейрони

У больных с этой патологией вокруг пещеристого тела полового члена возникают бляшки или тяжи из плотной фиброзной ткани. При пальпации отмечаются плотные опухолевидные образования, располагающиеся вдоль кавернозного тела. Больной, как правило, отмечает, что во время эрекции половой член принимает изогнутую форму.

Приапизм

Диагноз устанавливается просто, на основании жалоб больного на болезненную и длительную эрекцию.

Уретра

Диагноз эписпадии и гипоспадии становится очевидным при простом осмотре. У больного с гипоспадией (отсутствие дистальной части мужского мочеиспускательного канала с локализацией наружного отверстия уретры на нижней поверхности полового члена) отверстие уретры может располагаться в любом месте вдоль проекции уретры, в нескольких миллиметрах от кончика полового члена до промежности. При эписпадии (полное или частичное незаращение передней стенки мочеиспускательного канала), которая встречается редко, отверстие уретры располагается на досальной поверхности головки полового члена.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Л ↑ воспалительный процесс, лейкопения (сопровождающаяся приапизмом). СОЭ ↑ злокачественное новообразование.

- **Мазок**

ПиЧ. Микроскопия. Балантизм — бактериальной или грибковой этиологии.

- **Глюкоза крови**

Сахарный диабет — балантизм кандидозной этиологии.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Серповидно-клеточная проба**

Серповидно-клеточная анемия у больного с приапизмом.

- **Серологические исследования**

Сифилитический шанкр.

- **Биопсия**

Эритроплазия Кейра. Рак. Кондилома.

- **Обрезание**

С целью диагностики при невозможности осмотреть головку полового члена из-за плотного фимоза у больного с подозрением на рак.

▶ ЗАДЕРЖКА МОЧИ

Задержка мочи может быть острой, хронической или в виде обострения хронической. Больные с острой задержкой мочи требуют экстренного хирургического вмешательства. Острая задержка мочи – внезапно развившаяся невозможность мочеиспускания при переполненном и болезненном мочевом пузыре. При хронической задержке у больного определяется переполненный, безболезненный мочевой пузырь с нормальной или нарушенной способностью к мочеиспусканию.

ПРИЧИНЫ

Местные

Просвет уретры или шейка мочевого пузыря	Клапаны уретры Опухоли Камни Сгустки крови Язва канала
Уретра или стенка мочевого пузыря	Травма уретры Стеноз уретры Опухоль уретры
Сдавление извне	Увеличение предстательной железы Каловый завал Беременная матка Опухоль органов малого таза

Общие

Послеоперационные

Неврогенные	Повреждение спинного мозга Заболевание спинного мозга – спинная сухотка – опухоль спинного мозга – рассеянный склероз – диабетическая вегетативная нейропатия
Медикаментозные и токсические	Антихолинергические препараты Антидепрессанты Алкоголь

АНАМНЕЗ

Местные

Выясните у больного характер мочеиспускания, наличие затруднений в начале мочеиспускания, вялой струи, никтурии, учащенного мочеиспускания, дизурических расстройств. Выясните также наличие в анамнезе воспалительных процессов мочевых путей, уретрита, приступов мочекаменной болезни (что может указывать на камень, опустившийся в мочевой пузырь и плотно вклинившийся затем

в шейку мочевого пузыря или уретру) или гематурии. Расспросите, не было ли ранее катетеризации мочевого пузыря, что позволит предположить сужение просвета уретры. Наличие перенесенной травмы становится очевидным при осмотре больного. Расспросите больного о возможном падении на острый предмет, наличии у него в анамнезе травмы, сопровождающейся переломом костей таза, наблюдаются ли у него запоры (указывающие на возможность калового завала). Наличие беременности определяется при простом осмотре.

Общие

Острая задержка мочи в послеоперационном периоде встречается довольно часто, особенно у мужчин. Причиной ее может быть возбужденное состояние больного, смущение или неловкость перед окружающими, положение на спине, боль, применяемые у больного медикаментозные средства, перегрузка жидкостью или ранее диагностированный простатизм, сопровождающийся нерезко выраженной клинической картиной. После урологических операций причиной задержки мочи может быть сгусток крови в мочевом пузыре. Выясните наличие в анамнезе неврологических заболеваний, повреждений спинного мозга. Выясните характер используемых больным лекарственных средств.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Местные

У больного с внезапно развившейся задержкой мочеиспускания при пальпации может определяться увеличенный, болезненный мочевой пузырь. При острой задержке мочи увеличение мочевого пузыря редко бывает настолько выраженным, что при пальпации он определяется выше лобкового сочленения. У больных с хронической задержкой мочи часто определяется расширенный, но безболезненный мочевой пузырь; причем увеличение мочевого пузыря бывает обычно более выраженное, чем у больного с острой задержкой мочи, и может распространяться до пупка. У больного с хронической задержкой мочи могут наблюдаться явления недержания мочи вследствие переполнения мочевого пузыря. При пальпации по ходу уретры иногда можно определить наличие в ней камня или сужения. Выполните исследование прямой кишки с целью выявления гипертрофии предстательной железы или опухоли органов малого таза. У больных после перенесенного перелома костей таза, сопровождающегося повреждением уретры, при пальцевом исследовании прямой кишки можно определить высоко расположенную «блуждающую» предстательную железу. Проведите всестороннее обследование больного для выяснения признаков уремии, которая может наблюдаться у больных с хронической задержкой мочи.

Общие

Задержка мочи у больного в послеоперационном периоде является очевидной. Пальпация увеличенного мочевого пузыря у больного

в послеоперационном периоде нередко является невыполнимой из-за болей в послеоперационной ране и защитной реакции передней брюшной стенки. Неврологические причины острой задержки или обусловленные травмой спинного мозга выясняются довольно просто. Больному проведите полное неврологическое обследование

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нв ↓ при хронической почечной недостаточности, опухоли, гематурия. Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ злокачественное новообразование и воспалительный процесс.

- **ИСПМ**

Микроскопия. ПиЧ при ИМП. Цитологическое исследование для подтверждения злокачественного новообразования.

- **М и Эл**

Почечная недостаточность. Обструктивная уропатия.

- **РГК**

Отек легких (хроническая почечная недостаточность). Возможное наличие метастазов в легких.

- **УЗИ**

Размер мочевого пузыря подтверждает диагноз. Расширенные верхние отделы мочевыводящих путей вследствие ретроградного давления. Увеличенная матка при беременности.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Уретрография**

Уретральные клапаны. Сужение уретры. Травма уретры.

- **ПСА**

Рак предстательной железы.

- **Цистоскопия**

Камень, опухоль, сужение.

- **Уродинамика**

Идентификация и оценка неврологических нарушений или патология в области шейки мочевого пузыря.

▶ ЗАПОР

Запор — замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника от плотных каловых масс. Это состояние необходимо сопоставлять с нормальной функцией кишечника больного. Внезапно развившееся нарушение опорожнения кишечника может наблюдаться у больного с острой кишечной непроходимостью, генерализованной болезнью живота или внезапной сменой обстановки, например после госпитализации. Причины хронического запора довольно разнообразны. Запор является частой жалобой больных.

ПРИЧИНЫ

Врожденные	
	Болезнь Гиршпрунга
Приобретенные	
Непроходимость	Рак толстого кишечника Дивертикулез Сдавление кишечника извне, например, беременность, опухоли яичников
Болезненность в области заднего прохода	Трещины заднего прохода Перианальные абсцессы Ущемленный геморрой Состояние после удаления геморроидальных узлов
Адинамия кишечника	Динамическая (паралитическая) непроходимость Старость Травматическое повреждение спинного мозга
Эндокринные	Сахарный диабет (нейропатия) Микседема Гиперпаратиреоз
Медикаментозная	Кодеин Морфин Атропин Трициклические антидепрессанты Злоупотребление слабительными средствами
Прочие	Возбуждение/депрессия Синдром раздраженной тонкой кишки Изменения в диете Голодание Генерализованное заболевание

АНАМНЕЗ

Врожденные причины запора

Одно из проявлений болезни Гиршпрунга — наличие у больных запоров с момента их рождения. Впоследствии нередко развивается

выраженное увеличение живота. Заболевание часто удается диагностировать только в юношеском или даже в раннем зрелом возрасте.

Приобретенные

Непроходимость

Несмотря на возможность развития в некоторых случаях острой кишечной непроходимости, в большинстве случаев клиническая картина непроходимости развивается постепенно с приступообразных болей в животе, вздутия живота, уменьшения массы тела и иногда появления ложного поноса. Задержка стула в некоторых случаях может наблюдаться в результате сдавления кишечника близлежащим органом, например, беременной маткой, кистой яичника или крупной лейомиомой матки. Запоры могут наблюдаться у больных с дивертикулезом кишечника при наличии сужения просвета кишки или без него.

Болезненность в области заднего прохода

Боли при дефекации могут приводить к задержке стула из-за постоянной боязни возникновения боли. Наиболее частой причиной такой боли является трещина заднего прохода. Причиной болей могут быть ущемленные геморроидальные узлы (больной указывает на наличие в анамнезе геморроя) и перианальный абсцесс.

Парез кишечника

Динамическая непроходимость часто развивается после операций на органах брюшной полости или воспалительных процессах в брюшной полости. Динамическая непроходимость нередко развивается после переломов позвоночника или длительного постельного режима, особенно у лиц пожилого возраста. Основной жалобой больных с динамической непроходимостью является вздутие живота.

Эндокринные

При первом контакте с больным выясните наличие у него в анамнезе сахарного диабета. Запоры могут наблюдаться у больных микседемой. Выясните наличие каких-либо других симптомов, например, непереносимости холода, а также изменений волосяного покрова и кожи. Запор может наблюдаться у больных с гиперкальциемией любой этиологии. Нередко имеются жалобы на никтурию, тошноту, рвоту, боли в животе, могут быть нарушения психики.

Медикаментозные причины

Необходимо выяснить, какие лекарственные препараты принимает больной. Длительное применение слабительных средств может привести к атонии («безделью») кишечника и возникновению запора.

Другие причины

Больные в состоянии возбуждения и беспокойства или депрессии могут жаловаться на наличие запора. Больные в состоянии депрес-

сии нередко отмечают изменение характера сна: они рано просыпаются и с трудом засыпают. При синдроме раздраженной кишки больной может жаловаться на наличие поноса или запора или их чередование. Это может быть в случаях, когда больной старается поху-деть, или существуют другие причины, снижающие усвояемость пи-щи. Генерализованные заболевания, вызывающие снижение аппети-та, часто приводят к развитию запоров.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Непроходимость

Уже при осмотре больного с подозрением на непроходимость обра-щает на себя внимание вздутие живота, а при аускультации прослу-шиваются очень интенсивные, высокочастотные перистальтиче-ские шумы. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула ее обычно пустая. При пальпации живота у больного с дивертикулезом нередко отмечается болезненность в левой подвздошной области, а у больных со злокачественным новообразованием иногда удается его пропальпировать.

Болезненность в области заднего прохода

При осмотре области заднего прохода у таких больных выявляется наличие хронической трещины, ущемленных геморроидальных уз-лов или периаанального абсцесса. У больного с трещиной заднего прохода пальцевое исследование прямой кишки очень болезненно или вообще невозможно. У больного после удаления геморроидаль-ных узлов иногда, при отсутствии соответствующей медикаментоз-ной терапии, наблюдается задержка стула.

Парез кишечника

У больного с парезом кишечника может наблюдаться вздутие живота, нередко безболезненное. При аускультации живота отмечается полное отсутствие перистальтических шумов. На коже живота мож-но увидеть следы недавно перенесенной операции. При отсутствии очевидных причин динамической непроходимости следует провести полное неврологическое обследование больного.

Эндокринные причины

У больного сахарным диабетом могут наблюдаться другие характер-ные для этой патологии проявления. При подозрении на микседему проверьте наличие других характерных для этого заболевания при-знаков, например, грубые и сухие волосы, большой язык, грубый, хриплый голос, сниженные рефлексы.

Каждому больному с задержкой стула следует выполнять пальце-вое исследование прямой кишки. Ампула прямой кишки может быть совершенно пустой у больных с непроходимостью или содержать плотные каловые массы — у больных с функциональной задержкой стула.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**
Hb ↓ анемия при раке кишечника. Л ↑ дивертикулез. СОЭ ↑ рак.
- **М и Эл**
Мочевина крови ↑ у больных с дегидратацией при заболеваниях, вызывающих развитие непроходимости.
- **ФПП**
Альбумин ↓ у больных при голодании.
- **Сигмоскопия**
Опухоль – биопсия. Болезнь Гиршпрунга – биопсия, при которой выявляется отсутствие ганглиозных клеток.
- **ОРБП**
Непроходимость – расширенные петли кишечника.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Уровень кальция в крови**
Гиперпаратиреоз.
- **ФПЩЖ**
T₄ ↓, ТСГ ↑ при микседеме.
- **Глюкоза крови**
Сахарный диабет – диабетическая нейропатия.
- **Бариевая клизма**
Опухоли. Дивертикулез.
- **Колоноскопия**
Опухоли. Биопсия.
- **УЗИ**
Опухоли, кисты яичника, миома матки, беременность.
- **МРТ**
Травма спинного мозга. Поражения спинного мозга.

▶ 305

Зоб представляет собой увеличение щитовидной железы. Образование зоба обусловлено различными причинами, в том числе физиологически, когда увеличение размера щитовидной железы происходит в результате повышенной потребности в тиреоидном гормоне, например в период полового созревания; при злокачественном поражении, требующем экстренной диагностики и лечения. Поэтому большое значение имеет способность врача выявить больных с доброкачественным увеличением щитовидной железы, которым не требуется никакого лечения, и больных, нуждающихся в экстренной операции на щитовидной железе.

ПРИЧИНЫ**Простой (нетоксический) зоб**

Простой гиперпластический зоб
Многоузловый зоб

Токсический зоб

Диффузный зоб (болезнь Грейвса)
Токсический узел
Токсический многоузловый зоб

Новообразования щитовидной железы**Доброкачественные**

Аденома

Злокачественные

Папиллярный рак
Фолликулярный рак
Анапластический рак
Медулярный рак

Воспалительные

Тиреоидит де Кервена
Тиреоидит Риделя

Аутоиммунные

Тиреоидит Хашимото

АНАМНЕЗ**Простой гиперпластический зоб**

Больной обращается к врачу с жалобами на увеличение шеи. Физиологическими причинами развития этой формы зоба являются половое созревание и беременность. Наиболее частой причиной этой формы зоба является дефицит йода.

Многоузловой зоб

Эта наиболее частая форма зоба встречается преимущественно у женщин. Обычной жалобой больных является наличие опухолевидного

образования в области шеи, смещающегося при глотании. При очень больших размерах опухоли больной может жаловаться на затруднение дыхания или дисфагию.

Токсический зоб

Больной жалуется на наличие опухоли в области шеи. Часто пациенты отмечают, что предпочитают прохладную погоду, жалуются на повышенную потливость, утомляемость, повышенную возбудимость, потерю массы тела, несмотря на повышенный аппетит, диарею, сердцебиение и тремор.

Злокачественный зоб (рак щитовидной железы)

Больной отмечает диффузное увеличение щитовидной железы или жалуется на появление ограниченного опухолевидного образования в щитовидной железе. Папиллярный рак встречается у лиц более молодого возраста (до 35 лет). При этом помимо увеличения щитовидной железы может наблюдаться увеличение шейных лимфатических узлов. Фолликулярный рак развивается у лиц среднего возраста (40–60 лет). Больной с этой формой рака может жаловаться на боли в костях в результате метастазирования опухоли. Анапластический рак встречается преимущественно у лиц пожилого возраста. У больного могут наблюдаться стридор, затруднение дыхания и охриплость голоса. В ряде случаев отмечается выраженное увеличение лимфатических узлов. Медулярный рак встречается в любом возрасте. У больного следует выяснить наличие медулярной формы рака у родственников или симптомов, характерных для феохромоцитомы и гиперпаратиреоидизма (ассоциативный мужской синдром).

Воспалительный зоб (редко)

Больной обращается с жалобами на болезненную отечность щитовидной железы, сопровождающуюся недомоганием или мышечными болями (тиреоидит де Кервена). Наличие плотного опухолевидного образования в щитовидной железе, сопровождающееся дисфагией и затруднением дыхания, может указывать на наличие у больного тиреоидита Риделя.

Аутоиммунный зоб

Для болезни Хашимото характерно диффузное увеличение щитовидной железы, которая при пальпации имеет плотную консистенцию. Зоб Хашимото следует отличать от лимфомы. В первом случае у больного развивается гипотиреоз, он жалуется на непереносимость холодной погоды, утомляемость, изменение голоса (охриплость), увеличение массы тела, запоры и сухость кожи и волос.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Простой гиперпластический зоб

У больного имеется нормальное содержание йода в организме. Зоб обычно гладкий.

Многоузелковый зоб

На железе обычно пальпируются гладкие узелки. Иногда определяется только один узелок. У больного со значительным увеличением щитовидной железы проверьте наличие девиации трахеи. При перкуссии попытайтесь определить наличие или отсутствие притупления за грудиной, указывающего на распространение зоба за грудину.

Токсический зоб

При пальпации можно выявить диффузное увеличение железы, несколько узелков или одиночный узел. Определите наличие у больного экзофтальма, отставания века и сокращения века, теплых влажных ладоней и тремора. Выясните, имеется ли у него мерцательная аритмия. Проверьте наличие претибиальной микседемы (слизистый отек кожи в области большеберцовой кости, развивающийся у некоторых больных с гипертиреозом). Возможно повышение сухожильных рефлексов.

Злокачественный зоб (рак щитовидной железы)

При пальпации щитовидной железы нередко определяется одиночный узел (папиллярный рак) или более диффузное опухолевидное образование (фолликулярный рак). Анапластический рак имеет вид плотного, бугристого, опухолевидного образования и характеризуется локальным поражением. Проверьте наличие девиации трахеи. У больных с папиллярным раком и еще подвижной и свободной щитовидной железой при пальпации можно обнаружить увеличение шейных лимфатических узлов, которые всегда выявляются у больных с анапластическим раком, при котором узлы пальпаторно могут быть твердыми и неровными. Проверьте наличие признаков поражения возвратного гортанного нерва.

Воспалительный зоб

Подострый тиреоидит встречается редко. При этом отмечается болезненность при пальпации увеличенной щитовидной железы. У больного с тиреоидитом Риделя при пальпации определяется опухолевидное образование деревянистой плотности, распространяющееся на окружающие мышцы. Его следует внимательно дифференцировать с анапластическим раком.

Аутоиммунный зоб

Болезнь Хашимото проявляется в виде диффузного увеличения щитовидной железы, которая имеет плотную консистенцию. У больного постепенно развиваются признаки гипотиреоза: восковая бледность кожных покровов, отечность вокруг глаз, сухость утолщенной кожи и волос, редкий пульс, увеличение языка, периферические отеки и сниженные сухожильные рефлексы. Может присутствовать запястный синдром — боль и парестезии в руке в области разветвления срединного нерва.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**
Нб ↓ при диссеминации опухолевого процесса. СОЭ ↑ при тиреоидите.
- **ФПЩЖ**
Т₄ ↑, ТСГ ↓ при токсическом зобе. Т₄ ↓, ТСГ ↑ при гипотиреозе.
- **Тироидные антитела**
Тироидные антитела выявляются при болезни Хашимото.
- **РГК**
Метастазы при раке щитовидной железы (фолликулярный, анапластический).
- **Рентгенография апертуры грудной клетки**
Сдавление трахеи.
- **УЗИ**
С целью дифференциации кисты и опухоли щитовидной железы. Положение железы.
- **Радионуклидное сканирование**
Для дифференциации холодного и горячего узла¹. Холодные узлы могут носить злокачественный характер.
- **АБТИ**
Для дифференциации злокачественной и доброкачественной опухоли.
- **Ларингоскопия**
Вовлечение в процесс возвратного гортанного нерва.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Кальцитонин сыворотки крови**
↑ при медулярном раке щитовидной железы.
- **ПТГ**
Повышается при вирильном синдроме.

¹ Медицинский жаргон: щитовидная железа с большим поглощением радиоактивного йода по сравнению с окружающими тканями – горячая щитовидная железа. – *Примеч. ред.*

► ЗУД

Причиной зуда в большинстве случаев являются кожные заболевания, которые обычно диагностируются при простом осмотре больного. Ниже представлены причины генерализованного зуда не дерматологического характера.

ПРИЧИНЫ

Механическая желтуха

Хроническая почечная недостаточность

Гематологические заболевания

Дефицит железа
Полицитемия

Злокачественные новообразования

Рак легкого
Лимфогранулематоз

Эндокринные заболевания

Гипертиреоз
Гипотирозидизм
Сахарный диабет

Медикаментозные

Контрацептивные препараты (холестаза)
Опиаты (освобождение гистамина)
Синдром отмены алкоголя и лекарственных средств

Психогенные

АНАМНЕЗ

При обращении больного по поводу генерализованного зуда подробно выясните у него локализацию и продолжительность симптомов. Иногда появление зуда совпадает с началом лечения тем или иным препаратом, что позволяет вам прекратить применение этого препарата. Зуд может быть побочным эффектом отмены алкоголя или препарата. Появление зуда у больного после горячей ванны является характерным признаком полицитемии. Дефицит железа в организме больного, даже при отсутствии анемии, может быть причиной появления зуда; поэтому больному необходимо провести тщательное обследование для исключения признаков кровотечения из какого-либо органа.

Появление у больного с хроническим кашлем курильщика кровохарканья и снижение массы тела могут быть симптомами рака легкого, входящего в подгруппу злокачественных опухолей внутренних органов, вызывающих развитие зуда. Жалобы больного на увеличение

регионарных лимфатических узлов, повышения температуры, потливость по ночам и снижение массы тела указывают на наличие у него лимфогранулематоза (болезни Ходжкина). У больных с механической желтухой (см. с. 157) может наблюдаться зуд (вследствие накопления желчных кислот) даже при отсутствии у больного видимой желтухи. При полной механической непроходимости желчных путей больной отмечает обесцвечивание стула и появление темной мочи.

Наличие у больного симптомов полиорганного поражения в виде сонливости, анорексии, никтурии, олигурии, полиурии, гематурии, пенистой мочи в результате высокого содержания в ней белка, хрупкости кожи, отеков и болей в костях указывает на хроническую почечную недостаточность. Характерно, что у больных с острой почечной недостаточностью зуд наблюдается редко.

Поскольку в некоторых случаях зуд появляется при заболеваниях щитовидной железы, у больного следует провести оценку данных анамнеза и клинического исследования состояния щитовидной железы. У больного с гипертиреозом наблюдаются тремор, непереносимость повышенной температуры окружающей среды, сердцебиение, повышенный аппетит со снижением массы тела, повышенная возбудимость и диарея. При гипотиреозе отмечаются непереносимость холодной погоды, снижение памяти, увеличение массы тела, запоры и меноррагия.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

Широко открытые с широкими зрачками, редко мигающие глаза и тремор могут наблюдаться у больных с тиреотоксикозом. Бледность слизистых оболочек глаза является явным признаком выраженной анемии, тогда как у больного с полицитемией отмечаются резко инъецированные сосуды слизистой оболочки глаз и наличие плеторы на лице. Для выявления признаков желтухи необходимо осмотреть склеры больного. Желтоватый оттенок кожи больного с легко возникающими кровоподтеками и уремической температурой тела наблюдается при хронической почечной недостаточности. Ложкообразная форма ногтей и наличие ангулярного хейлита наблюдаются у больных с дефицитом железа. Пальцы рук в виде барабанных палочек часто наблюдаются у больных с раком легкого.

Общее обследование

Асимметричное локальное увеличение лимфатических узлов, безболезненных при пальпации, при отсутствии признаков инфекции указывает на наличие у больного болезни Ходжкина. У больного следует пальпаторно определить возможные патологические изменения щитовидной железы в виде увеличения ее, наличие асимметрии, узлов. У больного следует провести исследование легких для исключения рака легкого, при котором у больного нередко наблюдает-

я монофоническое стридорозное дыхание (частичная обструкция просвета бронха), ателектаз доли легкого, выпотной плеврит и синдром Горнера при опухоли в области верхушки легкого. Больной может отмечать болезненность в грудной стенке вследствие прорастания опухоли. У больных с лимфогранулематозом и истинной красной полицитемией нередко отмечается увеличение селезенки.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Экспресс-анализ мочи**
Наличие белка и крови у больных с поражением почек.
- **ОАК и формула крови**
Микроцитарная гипохромная анемия при дефиците железа, нормохромная нормоцитарная анемия при лимфогранулематозе, ↑ Hb при полицитемии.
- **М и Эл**
Мочевина и креатинин ↑ при почечной недостаточности.
- **Глюкоза**
↑ у больных с сахарным диабетом.
- **ФПП**
Билирубин ↑, щелочная фосфатаза ↑ при механической желтухе.
- **ФПШЖ**
ТСГ ↓ и Т₄ ↑ у больных с тиреотоксикозом; ТСГ ↑ и Т₄ ↓ при гипотиреозе.
- **РГК**
Рак легкого, увеличение лимфатических узлов корня легкого при лимфогранулематозе.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Иссечение лимфатического узла для исследования**
Лимфогранулематоз – клетки Рида–Штернберга.
- **УЗИ брюшной полости**
Расширенные желчные протоки при механической желтухе; позволяет установить локализацию и причину непроходимости. Уменьшение размера почек может наблюдаться у больных с хроническими заболеваниями почек и выявление множественных кист у больного с поликистозом почек.
- **Определение уровня железа, ферритина и протопорфирина в плазме крови**
Железо сыворотки ↓, ферритин ↓, свободный эритроцитарный протопорфирин ↑ при дефиците железа в организме.

▶ ЗУД ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Зуд в области заднего прохода является довольно частой жалобой, но приблизительно в половине случаев причина его развития остается невыясненной.

ПРИЧИНЫ

Выделения из заднего прохода

Мягкая бородавка
Анальный свищ
Бородавки
Геморрой
Рак
Полипы

Вызывающие загрязнение калом

Недержание
Несоблюдение личной гигиены
Диарея

Заболевания кожи

Кандидоз
Паховый дерматомикоз
Склеротический атрофический лишай
Контактный дерматит
Чесотка
Псориаз
Экзема

Паразиты

Круглые черви

Психогенные

Невротическое состояние

АНАМНЕЗ

Выделения из заднего прохода

Любая причина в пределах заднепроходного отверстия или нижнего отдела прямой кишки, вызывающая влажность и мокнутие кожи вокруг анального отверстия, может приводить к развитию зуда. Больные нередко сообщают о наличии у них геморроя или бородавок в области заднего прохода, а также выделений из заднепроходного отверстия, пачкающих нижнее белье.

Состояния, вызывающие загрязнение кожи калом

Зуд может наблюдаться у больного с недержанием или из-за несоблюдения правил личной гигиены. Это может наблюдаться и у больных с хронической диареей. Причинами хронической диареи могут быть

полит или болезнь Крона. Чрезмерное потоотделение в жаркую погоду также может вызвать появление зуда в области заднего прохода.

Заболевания кожи

Причиной появления зуда у больного с сахарным диабетом или нарушенным иммунитетом может быть кандидоз. Проверьте наличие у больного высыпаний, сопровождающихся зудом, в других участках тела. Это особенно важно у больных с чесоткой или экземой. Причиной развития контактных дерматитов могут быть используемые пациентом дезодоранты или смена применяемых стиральных порошков для нижнего белья. При псориазе обычно не наблюдается зуда, но у некоторых больных развивается сильный зуд, особенно в области инфицированных участков. Склеротический атрофический лишай встречается сравнительно редко и преимущественно у женщин, вызывая поражение наружных половых органов и промежности. У мужчин это проявляется в виде склеротического склерозирующего балантита. Поэтому расспросите больного о каких-либо имеющихся нарушениях в области крайней плоти.

Паразиты

Причиной зуда у детей обычно являются круглые гельминты (острицы), и родители нередко замечают их у ребенка.

Психогенные

Идиопатический зуд может наблюдаться у лиц в состоянии возбуждения. При этом у них развивается порочный цикл на появление зуда, с которым бывает довольно трудно справиться.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Анальное отверстие

При осмотре заднего прохода можно обнаружить мягкую бородавку, наружное отверстие анального свища, бородавки или геморроидальные узлы. При пальцевом исследовании прямой кишки иногда определяется рак заднепроходного канала или фиброзные полипы в области анального отверстия. При проктоскопии или сигмоскопии можно подтвердить наличие в анальном канале или прямой кишке какой-либо патологии.

Загрязнение калом

Загрязнение нижнего белья становится очевидным при простом осмотре. Легко выявляется также и несоблюдение больным личной гигиены. Выполните пальцевое исследование прямой кишки и проверьте тонус анального сфинктера.

Заболевания кожи

У пациентов, длительно лечившихся антибиотиками, больных сахарным диабетом и с нарушенным иммунитетом может развиваться

кандидоз. У мужчин чаще встречается паховый дерматомикоз. Помимо промежности воспалительный процесс распространяется на паховую область и промежность. У больного может также наблюдаться поражение ног эпидермофитией. У больного со склеротическим атрофическим лихеном в области анального отверстия обнаруживаются хорошо отграниченные плоские папулы с атрофированным на поверхности эпидермисом беловатого цвета. У мужчин осмотрите половой член для исключения ксеротического склерозирующего балантита. У больного с контактным дерматитом анальной области можно обнаружить поражение кожи в других местах. При наличии у больного чесотки очаги поражения выявляются обычно и на других участках тела. При этом у больного выявляются следы расчесов в виде ходов глубиной 5–10 мм, имеющих иногда S-образную форму. Изоляция паразита с помощью булавки и исследование под микроскопом позволит подтвердить диагноз. У больного с псориазом, так же как при экземе, обычно выявляется поражение кожи в других частях тела.

Паразиты

У ребенка вокруг анального отверстия иногда удается обнаружить круглые черви.

Психогенные

Во время беседы с больным нередко выясняется психическое заболевание или состояние возбуждения или депрессии.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Эти показатели являются обычно нормальными.

- **Анализ мочи**

Наличие сахара — у больного сахарным диабетом.

- **Глюкоза крови**

Сахарный диабет.

- **Посев и исследование кала**

Яйца, паразиты, кисты, причина диареи.

- **Соскоб кожи**

На наличие грибков, микроскопия и посев.

- **Ночные гигиенические прокладки**

Круглые гельминты.

- **Биопсия**

Рак анального канала, склерозирующий лихен.

► ИКОТА

Икота — характерный звук, вызываемый непроизвольным сокращением диафрагмы, сопровождающийся быстрым вдохом, прерываемым спастическим закрытием голосовой щели. Это состояние в большинстве случаев заканчивается самостоятельно без какого-либо лечения. Наиболее частой причиной икоты является расширение желудка, возникающее после быстрого приема пищи, жидкости с заглатыванием воздуха. Причины стойкого развития икоты представлены ниже.

ПРИЧИНЫ

Раздражение диафрагмального нерва

Рак пищевода
Опухоль легкого
Операция на органах грудной полости

Раздражение диафрагмы

Нижнедолевая пневмония
Эмпиема плевры
Поддиафрагмальный абсцесс
Диафрагмальная грыжа
Расширение желудка

Поражение ЦНС

Энцефалит
Менингит
Опухоли
Внутричерепное кровоизлияние
Поражение ствола мозга

Прочие

Истерия
Уремия
Интоксикация

АНАМНЕЗ

Причинами икоты являются нарушения преимущественно органов дыхания, брюшной полости и нервной системы. В этом направлении следует выяснять и анализировать данные анамнеза больного.

Анамнез заболеваний органов дыхания

Жалобы больного на кашель с выделением гнойной мокроты указывают на наличие воспалительного процесса органов дыхания. Однако больные с пневмонией часто отмечают недомогание и жалуются на озноб с высокой температурой. Длительное повышение температуры и наличие плевральных болей в грудной клетке без признаков разрешения клинической картины первоначального воспаления

у больных после пневмонии или операций на органах грудной клетки может быть предвестником начинающейся эмпиемы плевры. Икота может быть осложнением обычной операции на органах грудной полости. Наличие у злостного курильщика длительного кашля с появлением кровохарканья и снижением массы тела с определенностью указывает на развитие рака легкого.

Анамнез заболеваний органов брюшной полости

Причиной быстро прогрессирующей безболезненной дисфагии (см. с. 152) может быть рак пищевода. Врожденная диафрагмальная грыжа может вызывать у младенца расстройство дыхания; однако у взрослых диафрагмальная грыжа часто протекает бессимптомно и выявляется только при рентгенографии грудной клетки. Стойкое повышение температуры и недомогание у больных после операций на органах брюшной полости или по поводу воспалительных процессов, таких, как аппендицит или холецистит, может указывать на развитие внутрибрюшного абсцесса. Наиболее частым местом скопления гноя является поддиафрагмальная область (поддиафрагмальный абсцесс). При этом у больного отмечаются упорная икота и боли, иррадиирующие в плечо, лопатку и шею, нередко развивается выпотной плеврит.

Неврологические данные анамнеза

Повышение температуры, головная боль, фотофобия и ригидность мышц шеи — характерные признаки менингита. У больного с энцефалитом отмечаются спутанность и нарушение сознания, судороги. Ствол мозга является сложной анатомической структурой и поэтому клиническая симптоматика инфаркта или опухоли может быть довольно разнообразной в зависимости от степени поражения черепных нервов. Поражение коры мозга при инфаркте или кровоизлиянии в мозг может проявляться афазией, нарушением полей зрения и развитием гемиплегии. Основным различием в клинической картине инфаркта и опухоли мозга является скорость проявления клинической симптоматики; в первом случае картина нарушения мозгового кровообращения развивается внезапно, во втором — постепенно.

Прочие

Исчезновение икоты во время сна, наличие у больного необычных сопутствующих симптомов и противоречивых данных в анамнезе заболевания указывают на истерический характер икоты. Икота может наблюдаться у больных с уремией.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

У больного с повышенной температурой тела икота может возникать по самым различным причинам. Высокая температура с большими колебаниями чаще всего указывает на наличие у больного нагно-

льного процесса, например, эмпиемы плевры или поддиафрагмального абсцесса.

Следует провести тщательное исследование живота. Болезненность при пальпации в определенных участках живота позволяет предположить наличие у больного аппендицита или холецистита, являющихся потенциальной причиной формирования поддиафрагмального абсцесса. Более определенно на расположение абсцесса указывает точка наибольшей болезненности на коже передней брюшной стенки или болезненность в подреберной области.

При исследовании системы органов дыхания можно обнаружить отклонение трахеи при обширной эмпиеме или выпотном плеврите при раке легкого. При перкуссии определяется участок притупления перкуторного звука над зоной уплотнения легочной ткани, выпотного плеврита или эмпиемы. Высокое стояние купола диафрагмы у больных с большой диафрагмальной грыжей может сопровождаться клинической картиной, сходной с выпотным плевритом. У больного с пневмонией при аускультации в области очага воспаления выслушиваются крупнопузырчатые крепитирующие хрипы. При инфильтрации легочной ткани отмечается усиление голосового дрожания, тогда как при выпотном плеврите или эмпиеме плевры голосовое дрожание становится ослабленным.

Неврологическое исследование проводится с целью идентификации и определения анатомической зоны при том или ином поражении нервной системы. Специальные исследования проводят у больных с подозрением на наличие менингита: симптом Кернига (невозможность полностью выпрямить в коленном суставе ногу, предварительно согнутую в тазобедренном и коленном суставах) и симптом Брудзинского (непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах при пассивном сгибании головы больного, лежащего на спине).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При невозможности на основании данных анамнеза определить характер проведения у больного специальных исследований у него следует провести следующие общепринятые исследования.

- **ОАК**

Л ↑ при воспалительном процессе, злокачественном новообразовании.

- **СОЭ**

↑ воспаление, злокачественное новообразование.

- **М и Эл**

↑ мочевины, ↑ креатинин у больных с почечной недостаточностью.

- **РГК**

Выявление при рентгенографии грудной клетки периферического затемнения или полостного образования, опухолевидного образования в области корня легкого, ателектаза доли легкого позволяет предположить рак легкого. Уплотнение легочной ткани

свидетельствует о пневмонии. Наличие уровня жидкости может быть обусловлено эмпиемой плевры, выпотным плевритом при злокачественном новообразовании или поддиафрагмальным абсцессом. Высокое стояние одного купола диафрагмы указывает на паралич диафрагмального нерва в результате прорастания рака или наличие диафрагмальной грыжи.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Эндоскопия верхнего отдела ЖКТ и биопсия**
Рак пищевода.
- **Бронхоскопия и медиастиноскопия**
Биопсия при раке легкого.
- **КТ грудной клетки**
Биопсия при раке легкого; определение и идентификация полости при эмпиеме.
- **УЗИ брюшной полости**
Поддиафрагмальный абсцесс; аспирация и дренирование полости.
- **КТ/МРТ головы**
Инфаркт и опухоль мозга могут выявляться в виде участков с низкой плотностью. Эффект наслоения тени создается опухолью или кровоизлиянием, вызывающим смещение средней линии. Внутрочерепное кровотечение определяется в виде участка высокой плотности. Отек коры мозга наблюдается у больных с энцефалитом. Эти исследования позволяют выявить повышенное внутричерепное давление, которое служит противопоказанием к люмбальной пункции.
- **ЭЭГ**
Энцефалит — наличие периодических комплексов и замедление фонового ритма.
- **Люмбальная пункция**
Менингит. Энцефалит — большое содержание лейкоцитов в большинстве случаев указывает на его вирусную этиологию.

▶ ИМПОТЕНЦИЯ

Импотенция (более современный термин — «эректильная дисфункция») — неспособность достижения и поддержания эрекции полового члена у взрослого мужчины. Импотенция часто сопровождается психологической травмой и распадом семьи. Довольно часто в основе этой патологии лежат психологические причины, но наиболее частым органическим заболеванием является сахарный диабет.

ПРИЧИНЫ

Сосудистые

- Окклюзионные поражения аортоподвздошной зоны (синдром Лериша)
- Окклюзионные поражения сосудов у больных диабетом

Неврологические

- Spina bifida
- Повреждение спинного мозга
- Нейропатии, например диабетическая
- Операции на органах малого таза (повреждение n. erigentes)

Эндокринные

- Сахарный диабет
- Гипогонадизм
- Гипотиреозидизм
- Болезнь Аддисона
- Синдром Кушинга

Медикаментозные

- Гипотензивные
- Антидепрессанты
- Эстрогены
- Алкоголь
- Кокаин

Локальные состояния, сопровождающиеся болью

- Фимоз
- Болезнь Пейрони
- Короткая уздечка

Системные заболевания

- Злокачественные новообразования
- Хроническая почечная недостаточность
- Цирроз печени

Психогенные

АНАМНЕЗ

Выясните наличие у больного стрессовой ситуации, что и объяснит причину импотенции; наступает ли эрекция в любое время, особенно ночью? Выясните наличие у больного окклюзионных поражений периферических сосудов, особенно перемежающихся болей в ягодицах при нагрузке (синдром Лериша), наличие в анамнезе неврологической заболеваний. Расспросите о характере принимаемых больным препаратов, включая препараты, повышающие тонус. Выясните наличие в анамнезе сахарного диабета, гипотиреозидизма, болезни Аддисона или Кушинга, перенесенных ранее операций на органах малого таза, например, брюшнопромежностная резекция прямой кишки с повреждением n. erigentes. Проверьте наличие у больного локальных изменений полового члена, сопровождающихся болевыми ощущениями. Выясните наличие злокачественных новообразований, хронической почечной недостаточности: тошнота, сонливость, никтурия, периферические отеки, отек легких, одышка, рвота, икота, судороги.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Сосудистые

Проверьте пульсацию всех артерий нижних конечностей, при аускультации живота и области таза исключите наличие каких-либо сосудистых шумов.

Неврологические

Проведите полное неврологическое исследование.

Эндокринные

У больного обычно легко диагностируются сахарный диабет и его осложнения. Проверьте наличие у больного периферической нейропатии. Исключите гипотиреоз – увеличение массы тела, непереносимость холодной погоды, низкий, хриплый голос, сонливость, склонность к запорам. Проверьте возможность наличия у больного синдрома Кушинга – тонкая кожа, характерное лунообразное лицо, атрофические полосы на коже живота, ожирение, горб буйвола, гипертензия. Проверьте наличие признаков болезни Аддисона – слабость, снижение массы тела, пигментация ладонных складок и слизистой щек, гипотония. Проведите исследование яичек для исключения гипогонадизма. Проверьте наличие вторичных мужских половых признаков.

Локальные болезненные состояния

Осмотрите половой член для исключения фимоза, болезни Пейрони или короткой уздечки.

Системные заболевания

Уже при первом осмотре становится очевидным наличие у больного злокачественного новообразования. Выясните наличие признаков

хронической почечной недостаточности: бледность кожных покровов, периферические отеки, перикардита, выпотного плеврита, гипертензии. Проверьте наличие симптомов цирроза печени в виде характерных печеночных ладоней, сосудистых звездочек на коже, асцита, лейконихии, порхающего тремора, атрофии яичек, контрактуры Дюпюитрена.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ данных анамнеза и клиническое обследование в большинстве случаев позволяют установить диагноз.

- **ОАК, СОЭ**

Hb ↓ анемия, например, у больного с хронической почечной недостаточностью и злокачественным новообразованием. СОЭ ↑ злокачественное новообразование.

- **М и Эл**

Повышение уровня креатинина наблюдается у больных с хронической почечной недостаточностью.

- **ФПП**

Нарушение у больных с циррозом печени.

- **Глюкоза крови**

Сахарный диабет.

- **ФПЩЖ**

Гипотиреоз.

- **Допплеровское исследование**

Окклюзионные поражения периферических сосудов. Индекс артериального давления плечевой артерии – артерии полового члена < 0,6 указывает на сосудистую причину импотенции.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Исследование ночного набухания полового члена**

Во время эрекции по сравнению с отсутствием ее.

- **Интракорпоральное введение (в половой член) папаверина**

В случае нормального артериального кровоснабжения введение папаверина вызовет развитие эрекции. В случае чрезмерного венозного оттока половой член остается в расслабленном состоянии.

- **Рентгенография черепа**

Нарушения гипофиза.

- **КТ головы**

Поражение гипофиза.

- **Артериография**

С целью диагностики окклюзионных поражений артерий нижних конечностей, особенно изолированного стеноза внутренней подвздошной артерии.

- **Пролактин сыворотки крови**

- **Тестостерон сыворотки крови**

Низкое содержание тестостерона наблюдается у больных с гипогонадизмом.

- **ФСГ и ЛГ сыворотки крови**

Низкое содержание при нарушении функции гипофиза.

- **АКТГ стимулирующая проба**

Болезнь Аддисона.

- **Определение содержания кортизола в моче**

Синдром Кушинга.

- **Кортизол плазмы крови**

Синдром Кушинга.

▶ КАШЕЛЬ

Кашель представляет собой взрывной толчок воздуха при выдохе, предупреждающий развитие аспирации и способствующий удалению секрета и инородных частиц из легких.

ПРИЧИНЫ

Острые

Попадание инородного тела в дыхательные пути
Воспалительный процесс дыхательных путей

Хронические

Продуктивные (пролиферативные)	Хронические обструктивные заболевания легких Бронхоэктазы Отек легких Рак легких Тромбоэмболия легочной артерии Туберкулез
--------------------------------	---

АНАМНЕЗ

Начало и продолжительность заболевания

Появление кашля может быть внезапным или принимает хронический характер, если продолжается в течение свыше 3 нед. Причиной внезапно развившегося кашля в виде непрекращающегося удушья приступа может быть попадание инородного тела в дыхательные пути больного. Инородное тело достаточного больших размеров может привести к нарушению их проходимости. В этом случае кашель внезапно прекращается, развивается цианоз и при отсутствии своевременной помощи больной теряет сознание.

Мокрота

Выяснение у больного частоты кашля, количества и характера выделяемой мокроты может способствовать проведению дифференциального диагноза. Жалобы на постоянный кашель с гнойной мокротой указывают на наличие хронического бронхита и бронхоэктазов. Кашель с мокротой, в которой имеется примесь крови, является частой жалобой больных бронхогенным раком легкого, эмболией легочной артерии и туберкулезом.

Курение

Курение само по себе может быть причиной хронического кашля курильщика; однако длительное курение способствует развитию бронхогенного рака легкого и хронического бронхита.

Сопутствующие симптомы

Эпизодически (или даже при смене сезона) возникающие приступы затрудненного стридорозного дыхания часто являются симптомом бронхиальной астмы. Ее необходимо дифференцировать с монофонической одышкой, указывающей на нарушение бронхиальной проходимости, обусловленное инородным телом или опухолью.

Большая часть заболеваний органов дыхания, вызывающих кашель, сопровождается стридорозным, свистящим дыханием, но причиной внезапного появления у больного одышки может быть аспирация инородного тела или эмболия легочной артерии. Одышка со свистящим дыханием, усиливающаяся в горизонтальном положении больного, характерна для отека легких; однако нарушение дыхания, наблюдающееся у больных бронхиальной астмой, может усиливаться в ночное время. Потеря массы тела может быть одним из заметных симптомов наличия у больного злокачественной опухоли легких или туберкулеза.

Боли в грудной клетке плеврального характера могут наблюдаться у больных с тромбозом легочной артерии и пневмонией; сильные, непрекращающиеся боли в грудной клетке встречаются при метастазах опухоли легкого в кости. Жалобы больного на жгучие боли за грудиной, усиливающиеся при изменении положения тела, позволяют предположить наличие у него желудочно-пищеводного рефлюкса, а боли, сопровождающиеся кашлем, обычно обусловлены аспирацией забрасываемого кислого желудочного содержимого. Частое закапывание в нос у больных с обильным отделяемым из носа, поступающим в ротоглотку, или наличие в анамнезе аллергической реакции с ринитом может способствовать возникновению кашля.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Температура

Наличие у больного повышенной температуры тела указывает на инфекционный характер кашля; повышение температуры может наблюдаться и у больных с тромбозом легочной артерии.

Осмотр и пальпация

У больных с ХОЗЛ уже при поверхностном осмотре можно обратить внимание на бочкообразную форму грудной клетки. Больные со злокачественным новообразованием легкого или туберкулезом могут выглядеть истощенными. Цианоз нередко отмечается у больных с тромбозом легочной артерии и запущенными ХОЗЛ. При осмотре следует обратить внимание на пальцы для выявления барабанных палочек (см. с. 29), которые, как правило, наблюдаются у больных с бронхогенным раком легкого и бронхоэктазами. Повышение ЦВД с набуханием шейных вен отмечается у больных с сердечной недостаточностью. Увеличенные при пальпации надключичные лимфатические узлы могут обнаруживаться при воспалительных процессах дыхательных путей, туберкулезе и раке легкого.

Аускультация

Наличие при аускультации легких крепитирующих, крупнопузырчатых хрипов — характерный признак бронхоэктазов и отека легких. Аускультативная картина у больных раком легкого не имеет каких-либо специфических особенностей, нередко у таких больных отмечается наличие выпотного плеврита (притупление при перкуссии, отсутствие дыхательных шумов, снижение голосового дрожания) или ателектаз сегмента или доли легкого. Выслушивание над всей поверхностью легких стридорозного дыхания со свистящими хрипами — характерный признак бронхиальной астмы, а стойкое затрудненное дыхание на вдохе часто прослушивается у больных с нарушением бронхиальной проводимости.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев мокроты**

При наличии у больного кашля с мокротой ее следует отправить в лабораторию для исследования и посева, в том числе на микобактерии туберкулеза.

- **Пик объемной скорости выдоха (ПОСВ)**

Определение максимальной скорости потока в начале форсированного выдоха у больного непосредственно в палате оказывает помощь в диагностике бронхиальной астмы (низкий пик объемной скорости выдоха).

- **Лейкоцитоз**

Лейкоцитоз является косвенным показателем воспалительного процесса, он может также выявляться у больных с тромбоемболией легочной артерии.

- **РГК**

РГК является важным исследованием, с помощью которого можно выявить уплотнения в легких воспалительного характера. Расширение бронхов в участках затяжного воспалительного процесса указывает на наличие у больного бронхоэктазов. Уплотнения в области верхушки с участками кальциноза и увеличенные лимфатические узлы корня легкого — характерный признак туберкулеза легких. Для рентгенологической картины отека легких свойственно неоднородное, вуалевидное затемнение обоих легких; при этом могут выявляться рентгенологические признаки сердечной недостаточности, включая кардиомегалию, отклонение верхнедолевых легочных вен, двусторонний выпотной плеврит и линии Керли (тонкие горизонтальные линии длиной 1—2 см, располагающиеся в периферических отделах легких). Рак легкого проявляется в виде опухолевидного образования в области корня, уплотнения в периферических отделах легкого или ателектаза участка легкого и его уплотнения вследствие нарушения проходимости бронха.

- **Функциональные дыхательные тесты (ФДТ)**

Общепринятые ФДТ можно использовать с целью диагностики нарушений бронхиальной проходимости (бронхиальная астма).

хронический бронхит и бронхоэктазы), а при наблюдении за петлями дыхательного объема можно обнаружить фиксированное нарушение проходимости дыхательных путей.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Вентиляционно-перфузионное сканирование**

Диагностический тест на легочную эмболию выполняется у больных с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии.

- **Ангиография сосудов легких**

Исследование выполняют у тяжелобольных с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии при решении вопроса о хирургическом вмешательстве или проведении тромболитической терапии.

- **КТ грудной клетки**

КТ является информативным исследованием, предпринимаемым с целью диагностики и уточнения стадии рака легкого; используется также для распознавания бронхоэктазов.

- **Исследование рН**

Мониторный 24-часовой контроль рН проводится больным, у которых диагноз желудочно-пищеводного рефлюкса не может быть с определенностью установлен лишь на основании жалоб и данных анамнеза.

► КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Механическая кишечная непроходимость может быть простой (непроходимость в одном участке кишки) или закрытой (наличие обструкции обоих концов отрезка кишки). При сохранении жизнеспособности кишки непроходимость считается механической или нестрангуляционной. В случае странгуляционной непроходимости отмечается нарушение артериального кровоснабжения кишки с последующим развитием инфаркта кишки. Кишечная непроходимость является наиболее частой патологией, требующей экстренного хирургического вмешательства.

ПРИЧИНЫ

Тонкий кишечник

Внутрипросветные	Желчнокаменная Пищевой комок (после нарушения функции привратника или операции желудочного шунтирования)
Внутристеночная	Атрезия Болезнь Крона Туберкулез Опухоль, например, лимфома, рак (редко)
Внестеночные	Грыжа Спайки Заворот Инвагинация

Толстый кишечник

Внутрипросветные	Скопление кала
Внутристеночные	Рак Дивертикулез Болезнь Крона Болезнь Гиршпрунга
Внестеночные	Заворот Грыжа Спайки

Динамическая кишечная непроходимость (паралитический илеус)

Перитонит
Послеоперационная
Переломы позвоночника и костей таза
Забрюшинная гематома
Забрюшинная опухоль
Гипокалиемия
Медикаментозная, например, ганглиоблокаторы, антихолинэстеразные препараты
Длительный постельный режим

АНАМНЕЗ

Тонкокишечная непроходимость

Наиболее характерные симптомы кишечной непроходимости — схваткообразные боли в животе (кишечные колики), рвота пищей, желчью, с фекальным запахом в зависимости от уровня непроходимости. Вздутие живота, степень которого зависит от уровня обструкции (часто слегка выраженное при высокой и резко выраженное при низкой тонкокишечной непроходимости). Характерный признак непроходимости — отсутствие стула. Наличие в анамнезе перенесенной операции на органах брюшной полости может указывать на спаечную непроходимость. Больной может указать на наличие у него грыжи.

Толстокишечная непроходимость

При толстокишечной непроходимости больной отмечает схваткообразные боли в центре (правый отдел толстой кишки) или в левой нижней половине живота (левый отдел толстого кишечника), отсутствие стула. Рвота — поздний признак толстокишечной непроходимости. При этом виде непроходимости отмечается резкое вздутие живота. Больной может отмечать нарушение функции кишечника в последнее время и кровотечение из прямой кишки, указывающее на наличие рака толстой кишки. Указание больного на длительные запоры (продолжающиеся годы) и вздутие живота позволяют предположить наличие у него болезни Гиршпрунга. Наличие постоянных, сильных болей в животе свидетельствует о странгуляционной непроходимости с развитием некроза кишечника.

Динамическая непроходимость

Тщательно выясните у больного перечень используемых им препаратов. У больных, принимающих антикоагулянты, может развиться забрюшинная гематома. Явными факторами, способствующими возникновению динамической непроходимости, могут быть недавно перенесенная операция или перелом позвоночника. При паралитической непроходимости болей нет, но больной может отмечать дискомфорт, иногда наблюдаются рвота, отсутствие стула. Длительный постельный режим у больных пожилого возраста является довольно важным фактором, способствующим развитию динамической непроходимости.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Тонкокишечная непроходимость

Обследуйте больного с целью обнаружения послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке, выявления наружных грыж (проверьте грыжевые отверстия), исключите наличие непроходимости после пластики грыжи. У тучного больного легко просмотреть наличие небольшой бедренной грыжи. При резко вздутом животе боли обычно отсутствуют. При аускультации выслушиваются доста-

точно громкие кишечные шумы, которые нередко приобретают звонкий характер. Повышенная температура, тахикардия и локальная болезненность при пальпации свидетельствуют об угрозе развития инфаркта кишки. Обнаружение при пальпации опухолевидного образования в правой подвздошной области позволяет предположить наличие болезни Крона или рака слепой кишки (закрывает баугиниевую заслонку, вызывая развитие тонкокишечной непроходимости). Проведите пальцевое исследование прямой кишки.

Толстокишечная непроходимость

При толстокишечной непроходимости нередко отмечается выраженное вздутие живота с высоким тимпаническим звуком при пальпации; при аускультации выслушиваются достаточно громкие кишечные шумы. При ректальном исследовании ампулы прямой кишки может быть пустой, если причиной непроходимости не является скопление каловых масс. При пальпации иногда удается обнаружить опухолевидное образование, указывающее на рак толстой кишки, явившийся причиной развития непроходимости. Определение при пальпации болезненной и напряженной слепой кишки указывает на непроходимость с отключенной петлей кишки с интактной баугиниевой заслонкой и возможной угрозой перфорации слепой кишки.

Динамическая непроходимость

При динамической непроходимости отмечается выраженное вздутие живота, отсутствие кишечных шумов. При обследовании отмечаются признаки ранее перенесенной операции, травмы, забрюшинной гематомы и перитонита, переломов костей таза, позвоночника.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Нб, ОАК**
Нб ↓ злокачественное новообразование. Л ↑ воспалительный процесс, некроз кишечника.
- **М и Э, креатинин**
Дегидратация. Гипокалиемия, вызывающая развитие динамической непроходимости.
- **Исследование факторов свертывания крови**
Возможно наличие нарушений у больных с забрюшинной гематомой, особенно у больных, получающих антикоагулянты.
- **ОРБП**
Характерным рентгенологическим признаком является наличие в центре брюшной полости раздутых петель кишечника. В проксимальных отделах тонкого кишечника отмечается поперечная исчерченность, распространяющаяся на весь диаметр кишки (соприкасающийся клапан). Эта картина прогрессивно распространяется вплоть до терминального отдела подвздошной кишки. Газ в желчных протоках (непроходимость, вызванная желчным камнем

в просвете тонкой кишки). При толстокишечной непроходимости виден расширенный заполненный газом толстый кишечник с уровнями жидкости по периферии брюшной полости. При завороте сигмовидной кишки — расширенная петля кишки, принимающая форму «кофейного боба», выходящего из полости малого таза на левую сторону.

- **Сигмоскопия**

Опухоли прямой и сигмовидной кишок, заворот сигмовидной кишки. Биопсия — рак, отсутствие ганглиозных клеток у больных с болезнью Гиршпрунга.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Бариевая клизма**

При ограниченной бариевой клизме можно обнаружить поражение в виде «сердцевины яблока» при раке кишки или симптом «птичьего клюва» при завороте сигмовидной кишки. Инвагинацию.

- **Тонкокишечная клизма**

Болезнь Крона, туберкулез терминального отдела подвздошной кишки. Рак тонкой кишки.

- **КТ**

Забрюшинная гематома. Забрюшинная опухоль.

КОМА

Кома представляет собой длительное бессознательное состояние, характеризующееся отсутствием реакции на внешние раздражения. Под комой нередко понимают бессознательное состояние или состояние сознания, оцениваемое по балльной шкале (например, по шкале оценки комы Глазго) менее 8.

ПРИЧИНЫ

Травматические

Травма	Диффузное поражение аксонов Эпидуральная Субдуральная
--------	---

Метаболические

- Гипотермия
- Гипогликемия
- Гипергликемия
- Гипонатриемия
- Гипернатриемия
- Диабетический кетоацидоз

Органная недостаточность

- Сердечно-сосудистая недостаточность
- Дыхательная недостаточность
- Печеночная недостаточность (энцефалопатия)
- Почечная недостаточность (уремическая кома)
- Гипотиреозидизм

Сосудистые

- Нарушение мозгового кровообращения
- Субарахноидальное кровоизлияние

Инфекционные

- Менингит
- Энцефалит
- Малярия мозговая

Токсическая/медикаментозная

- Алкогольная
- Передозировка (наркотиков, трициклических препаратов, бензодиазепинов)
- Отравление окисью углерода

АНАМНЕЗ

Сведения о больном, находящемся в коме, обычно получают от бригады скорой помощи, родственников, друзей или очевидцев проис-

шествия. Другими источниками информации о причинах заболевания являются выписка, полученная из больницы, в которой пациент ранее находился, записи, сделанные медицинским персоналом, и таблетки или рецепты, обнаруженные в квартире больного.

Информация о больном

Первой частью получаемой информации являются сведения об обстоятельствах, при которых был обнаружен больной. Пострадавших с травмами доставляют в клинику с мест дорожного происшествия, пожара или их обнаруживают на улице после нападения. У лиц молодого возраста, доставляемых из ночных клубов, в первую очередь необходимо исключить алкогольную интоксикацию, приводящую к развитию гипогликемии, и действие запрещенных к применению препаратов (злокачественная гипертермия с «экстазом»). В направлении могут содержаться указания на суицидальные попытки или обнаруженные на месте пребывания больного пустые упаковки из-под лекарственных препаратов. Отравление окисью углерода наблюдается при суицидальных попытках в закрытых помещениях, где находится автомобиль с работающим двигателем.

Кроме того, это могут быть пострадавшие при пожарах. У больных, доставляемых с улицы, помимо основного патологического состояния может отмечаться гипотермия.

Начало заболевания

Информация свидетелей относительно скорости развития комы может способствовать выявлению ее причины. Внезапная потеря сознания, как правило, сопровождается припадком или коллапсом.

Травма

Частой причиной комы является черепно-мозговая травма; тупая травма черепа не всегда вызывает развитие комы. Диффузное поражение аксонов возникает в результате сильного действия на мозг срезающих (касательных) сил, вследствие быстро возникающих сил ускорения и торможения. Тупая черепно-мозговая травма может сопровождаться развитием эпидуральной гематомы в результате перелома костей черепа с повреждением менингеальных (оболочечных) артерий. В анамнезе у таких больных имеется травма с кратковременной потерей сознания, периодом просветления с хорошим самочувствием больного и ясным сознанием, с последующим развитием у него сонливости, появлением головных болей, рвоты, нарастающей гемиплегии и в дальнейшем — комы. Субдуральная гематома возникает в результате тяжелой черепно-мозговой травмы с повреждением сосудов мозга или менее выраженной травмы, сопровождающейся повреждением соединительных вен. Хроническая субдуральная гематома может развиваться даже при отсутствии у больного какой-либо травмы; такая форма поражения иногда встречается у больных пожилого возраста с атрофией коры мозга.

Помимо черепно-мозговой травмы кома может наблюдаться при других тяжелых травмах, приводящих к выраженной дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Головная боль

Внезапное появление головной боли перед развитием коматозного состояния может наблюдаться после травмы головы, при субарахноидальном кровоизлиянии (в классических случаях больной жалуется на внезапное появление невыносимой головной боли, которой он никогда не отмечал в своей жизни) или менингите (головная боль сопровождается фотофобией и ригидностью мышц шеи). Прогрессирующая головная боль, усиливающаяся по утрам и сопровождающаяся рвотой, может объясняться повышением внутричерепного давления, обусловленным опухолью мозга.

Предрасполагающие факторы

Знание предрасполагающих факторов имеет важное значение при оценке состояния больного, находящегося в коме. Указание на наличие в анамнезе сахарного диабета позволит предположить возможность у больного кетоацидоза (сахарный диабет I типа) и гипогликемии (в результате ошибочного назначения внутрь препаратов, стимулирующих секрецию инсулина, или дозировки инсулина). Имеющиеся у больного печеночная или почечная недостаточность могут способствовать углублению комы за счет вызываемой этими заболеваниями энцефалопатии и уремии, соответственно. Сопутствующий выраженный гипотиреоз способствует ухудшению состояния больного, находящегося в коме. Указания на ранее предпринимавшиеся больным суицидальные попытки или неоднократно наблюдавшиеся состояния депрессии указывают на возможность передозировки лекарственных средств. Больные, страдающие эпилепсией, могут находиться в состоянии эпилептиформного статуса или в послеприпадочном периоде. Коматозное состояние может развиваться у больных с терминальной стадией имеющихся у него поражений сердечно-сосудистой или дыхательной систем.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Температура

Всем больным следует неоднократно измерять температуру тела, поскольку это позволяет легко исключить наличие гипер- и гипотермии, которые могут наблюдаться у больных с тепловым ударом или при злоупотреблении лекарственными средствами.

Общее исследование

Больным, находящимся в коматозном состоянии, необходимо провести всестороннее исследование. С этой целью больного следует полностью раздеть, повернуть его на живот (для осмотра спины) и тщательно осмотреть череп для выявления признаков кровотечения,

наличия гематом и переломов. Наличие двусторонней периорбитальной (окологлазничной) гематомы или истечения из носа цереброспинальной жидкости (ринорея) указывает на перелом основания черепа в области передней черепной ямки. Ушиб или гематома над сосцевидным отростком (признак Баттла) или истечение цереброспинальной жидкости из уха (оторея) указывают на возможность перелома основания черепа в области средней черепной ямки. Необычный ярко-красный цвет лица пострадавшего указывает на отравление окисью углерода. Тучность больного с крупными чертами лица, сухой кожей и ломкими волосами — характерные признаки микседемы. При внимательном осмотре лица нередко можно обнаружить отсутствие у больного наружных двух третей бровей с лицом «девушки и крема». Необходимо внимательно осматривать руки на наличие ран и следов от уколов иглой, указывающих на злоупотребление наркотиками. Обнаружение подобных признаков у пациента, находящегося в состоянии комы, позволяет предположить передозировку наркотиков. Иногда у больных с менингококковой инфекцией можно обнаружить петехиальные высыпания.

Далее последовательно необходимо обследовать органы и системы больного; выявление признаков, указывающих на поражение печени (см. с. 113) или хроническую почечную недостаточность, позволяет предположить наличие энцефалопатии или уремии, соответственно. Следует внимательно исследовать пульс с целью выявления нарушений ритма, способствующих развитию сердечной недостаточности. При этом возможно повышение ЦВД. Повышение ЦВД и набухание вен шеи могут наблюдаться у больных с напряженным пневмотораксом и тампонадой сердца, вызывающими выраженное нарушение гемодинамики и способствующими развитию коматозного состояния.

Выслушивание при аускультации крепитирующих хрипов в обоих легких указывает на наличие их отека в результате сердечной недостаточности, бронхопневмонии, хронического бронхита или аспирации.

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Неврологическое исследование следует начинать с количественной оценки глубины подавления функции ЦНС по шкале комы Глазго. У больных с отсутствием травмы можно определить наличие ригидности мышц шеи, которая может выявляться при менингите или субарахноидальном кровоизлиянии. У больных с травматическими повреждениями в первую очередь до выполнения каких-либо манипуляций следует определить целостность шейного отдела позвоночника. Затем необходимо оценить размер зрачков, определить реакцию их на свет. Точечные зрачки обычно наблюдаются при передозировке наркотических анальгетиков, суженные — при поражении ствола мозга, а расширенные — у лиц, применяющих кокаин или

амфетамин, при гипогликемии, после эпилептического припадка и смерти ствола мозга. Наличие у больного расширенного зрачка и фиксированного взгляда на одной стороне, указывающее на поражение глазодвигательного нерва, возможно в результате сдавления внутричерепной гематомой или опухолью. Исследование глазного дна позволяет выявить отсутствие пульсации вены сетчатки или явный отек диска зрительного нерва, что указывает на повышение внутричерепного давления. У больного, находящегося в коматозном состоянии, можно выполнить лишь ограниченное неврологическое обследование, включающее оценку мышечного тонуса, наличие или отсутствие рефлексов и симптома Бабинского. Одностороннее повышение мышечного тонуса, гиперрефлексия и разгибательный подошвенный рефлекс указывают на поражение двигательного нейрона с противоположной стороны при нарушении мозгового кровообращения, внутричерепном кровоизлиянии или опухоли.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК

Повышенное количество лейкоцитов в крови наблюдается у больных с менингитом. При вирусных менингитах отмечается лимфоцитоз, а при бактериальных менингитах — нейтрофилия.

• Глюкоза крови

Определение уровня сахара в крови непосредственно у постели больного имеет важное значение для исключения гипогликемии, являющейся довольно легко устранимой причиной бессознательного состояния больного.

• Анализ мочи

Диагностическую ценность представляет исследование мочи на наличие кетоновых тел, содержание которых повышается у больных с диабетическим кетоацидозом.

• М и Эл

Повышение уровня мочевины и креатинина в крови отмечается у больных с почечной недостаточностью.

• ФПП

У больных с печеночной недостаточностью, как правило, отмечается повышение уровня билирубина трансaminaз крови.

• Функциональные пробы щитовидной железы (ФПЩЖ)

Тиреостимулирующий гормон (ТСГ) ↑, T_4 ↓ наблюдается у больных при гипотиреозидизме.

• Токсикологический скрининг

При подозрении на отравление или передозировку лекарственных средств важное значение как для диагностики, так и лечения имеет определение в крови больного уровня салицилатов и парацетамола. Следует также определить содержание в крови алкоголя, а при подозрении на отравление окисью углерода — концентрацию карбоксигемоглобина.

- **ЭКГ**

Регистрация ЭКГ имеет важное значение для диагностики нарушений ритма сердца и инфаркта миокарда (см. с. 59); любые изменения могут усугублять нарушения гемодинамики.

- **РГК**

Рентгеноскопия грудной клетки позволяет подтвердить диагноз отека легких или выявить наличие затемнений, обусловленных воспалительным процессом или аспирацией.

- **РГ шейного отдела позвоночника**

У больных после травмы, находящихся в бессознательном состоянии, позволяет исключить перелом шейного отдела позвоночника.

- **КТ**

Больным после травмы или с наличием клинических признаков, указывающих на черепно-мозговую травму, следует выполнить КТ (она более информативна, чем рентгенография черепа). Кроме того, КТ позволяет выявить наличие и локализацию внутричерепного кровоизлияния и опухоли.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Люмбальная пункция**

Люмбальную пункцию (прокол подпаутинного пространства спинного мозга на поясничном уровне) выполняют у больных с подозрением на менингит, аспирируемую ЦСЖ (которая может быть мутной) отправляют в лабораторию для микроскопического исследования и посева.

- **ЭЭГ**

ЭЭГ следует проводить больным с подозрением на эпилепсию. Однако диагноз развившегося эпилептического статуса устанавливают на основании клинических данных и проводят соответствующее лечение. Анализ ЭЭГ оказывает помощь в диагностике энцефалита.

► КРОВАВАЯ РВОТА

Может проявляться в виде рвоты чистой кровью или измененной под действием желудочного сока и кишечных ферментов, например кофейной гущей. Причиной рвоты с примесью крови является поражение желудочно-кишечного тракта, начиная с проксимального отдела до границы двенадцатиперстной и тощей кишки.

ПРИЧИНЫ

Заглатываемая кровь

Носовое кровотечение
Кровохарканье

Пищеводное

Варикозно-расширенные вены пищевода
Рефлюкс пищеводный
Рак пищевода

Желудочное

Пептическая язва
Синдром Маллори–Вейсса
Острая эрозия желудка
Рак
Лейомиома (редко)
Наследственные геморрагические телеангиэктазии (редко)
Порок развития сосудов (редко)

Из двенадцатиперстной кишки

Пептическая язва
Дивертикул двенадцатиперстной кишки
Аорто-двенадцатиперстнокишечный свищ
Проращение опухоли поджелудочной железы (редко)
Гемобилия (редко)

Нарушения свертываемости

Наблюдаемые при поражении печени
Тромбоцитопения
Гемофилия

Медикаментозные

Антикоагулянты
Аспирин
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
Гормоны

Прочие

Уремия
Заболевания соединительной ткани

АНАМНЕЗ

Заглатываемая кровь

Выясните у больного наличие в анамнезе носового кровотечения или кровохарканья.

Пищеводное

При подозрении на пищеводное кровотечение из анамнеза больного можно выяснить злоупотребление алкоголем или перенесенные заболевания печени, приводящие к развитию варикозного расширения вен пищевода. Выясните у больного наличие за грудиных болей, жжения или изжоги, указывающих на эзофагит. Расспросите его о наличии в анамнезе дисфагии. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода часто носит стремительный и обильный характер, которое редко наблюдается при эзофагите.

Желудочное

Жалобы больного на боли в эпигастральной области позволяют предположить возможность пептической язвы желудка. Некоторые больные указывают на проводившееся им ранее лечение гормонами или НПВП. Синдром Маллори–Вейсса обычно развивается у больных более молодого возраста после сытного обеда с приемом большого количества алкоголя и развившейся затем сильной рвотой. В первой порции содержится пища, во второй — чистая кровь. Острые эрозии желудка могут развиваться после стрессорных ситуаций или заболеваний, например, после перенесенной большой операции, при остром панкреатите, ожогах (язва Кушинга), черепно-мозговой травме (язва Кушинга). Профузное кровотечение при раке желудка встречается сравнительно редко. Часто характерным признаком рака желудка является анемия, хотя иногда может наблюдаться рвота кофейной гущей. При лейомиоме желудка отмечаются небольшие эпизоды рвоты с примесью крови. В анамнезе у больных с лейомиомой никаких особенностей, в том числе и сосудистых аномалий, отметить не удастся. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия встречается редко. Заподозрить ее можно на основании данных анамнеза или по наличию телеангиэктазий вокруг губ и на слизистой оболочке полости рта.

Двенадцатиперстная кишка

У больных с поражением двенадцатиперстной кишки значительно чаще наблюдается мелена, чем кровавая рвота. Из анамнеза нередко выясняется наличие хронической язвы двенадцатиперстной кишки, хотя рвота часто возникает остро, без длительного язвенного анамнеза. Кровотечение при прорастании опухоли поджелудочной железы наблюдается редко. У больного с этой патологией отмечаются недомогание, сонливость, потеря массы тела и рвота. Гемобилия встречается редко. Аорто-двенадцатиперстникокишечный свищ развивается редко, преимущественно у больных, перенесших резекцию анев-

ртимы брюшной аорты с последующим нагноением протеза. При развитии этого осложнения возникают обильная кровавая рвота и мелена.

Нарушения свертываемости крови

В анамнезе имеются кровотечения вследствие нарушений свертываемости, например при гемофилии. При этом больной может отмечать спонтанное появление на теле кровоподтеков или возникновение кровотечений из других источников.

Лекарственные средства

Больной может указывать на лечение антикоагулянтами, гормонами или НПВП. Всегда следует попросить его показать эти препараты, среди которых могут быть аспирин и НПВП.

Прочие

Уремия может вызвать развитие кровотечения. При этом у больного можно выявить другие симптомы, указывающие на наличие хронической почечной недостаточности, включая одышку, тошноту, недомогание, периферические отеки или кому. При болезнях соединительной ткани редко развивается кровотечение из желудочно-кишечного тракта.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

При выраженном кровотечении может развиваться геморрагический шок. При этом отмечают бледность кожных покровов, холодный липкий пот, выраженный спазм периферических сосудов, а также тахикардия и гипотония.

Заглатываемая кровь

Проверьте наличие у больного внешних признаков носового кровотечения. Проведите исследование органов грудной полости для выяснения причины кровохарканья.

Пищеводное

У больного с пищеводным кровотечением, не связанным с варикозным расширением вен пищевода, редко удается обнаружить какие-либо специфические симптомы, за исключением клинических признаков анемии и потери массы тела. У больного с варикозно-расширенными венами пищевода можно обнаружить желтуху, увеличение живота вследствие асцита, телеангиэктазии, печеночные ладони, барабанные палочки, гинекомастию, атрофию яичек, голову Медузы, сплено- или гематомегалию.

Желудочное

При желудочном кровотечении не удается выявить каких-либо характерных признаков. При раке желудка иногда удается пальпировать

опухолевидное образование в эпигастральной области или выявить увеличение лимфатического узла в левой надключичной области (вирховский узел). При пальпации живота нередко отмечается болезненность в эпигастральной области. В случаях наследственной геморрагической телеангиэктазии эти сосудистые образования можно обнаружить на губах и слизистой оболочке полости рта.

Двенадцатиперстная кишка

У больных кроме болезненности при пальпации в эпигастральной области обычно не удается выявить какие-либо другие признаки. В редких случаях кровотечения из двенадцатиперстной кишки, обусловленного проращением рака поджелудочной железы, в этой области иногда пальпируется опухолевидное образование.

Нарушения свертываемости крови

Можно обнаружить наличие на теле кровоподтеков или признаков кровотечения из других источников.

Лекарственные средства

Наличие клинических признаков зависит от тяжести кровотечения и локализации его источника.

Прочие

У больного с хронической почечной недостаточностью можно обнаружить признаки уремии, например, бледность, бронзовый цвет кожных покровов, отек легких, периферические отеки, перикардит, тампонаду сердца, гипертензию, ретинопатию. У больных с болезнью соединительной ткани, например узелковым полиартериитом, редко развивается кровавая рвота. Кроме того, у больного легко обнаружить другие признаки этого заболевания, например нейропатию, поражения сердца и кожи.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ анемия вследствие хронического кровотечения, например при злокачественном новообразовании. СОЭ ↑ заболевания соединительной ткани.

• М и Эл

У больных с уремией отмечается повышенное содержание в крови мочевины и креатинина. Повышение уровня мочевины в крови может наблюдаться в результате всасывания крови из кишечника.

• ФПП

Поражение печени, варикозное расширение вен пищевода, гемобилия.

• Тромбоэластография

Заболевания печени, диспепсическое кровотечение, антикоагулянты.

- ПГД

Позволяет обнаружить почти всю патологию, например, варикозное расширение вен пищевода, эзофагит, пептическую язву, эрозии желудка, синдром Маллори–Вейсса, рак и редкие причины кровотечения. При необходимости можно выполнить биопсию.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Ангиография

Сосудистые аномалии. Можно выявить редкие причины поражения двенадцатиперстной кишки, например аномальное кровоснабжение.

- УЗИ

Аневризма аорты.

- РГК

Заболевания органов грудной полости.

- КТ

Нагноение протеза аорты.

▶ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кровотечение из прямой кишки является довольно частой жалобой больных. Наиболее простой и часто встречающейся патологией у большей части больных, обращающихся к врачу по поводу кровотечения из прямой кишки, является геморрой. Однако к больному, обратившемуся с этим симптомом, следует отнестись самым серьезным образом и провести тщательное его обследование. Больного с кровотечением из прямой кишки и жалобами на изменение привычной деятельности кишечника, появление схваткообразных болей в животе до окончательного установления диагноза следует рассматривать как больного раком толсто-прямокишечного отдела желудочно-кишечного тракта.

ПРИЧИНЫ

Задний проход

Геморрой
Анальный свищ
Рак
Травма

Толстая и прямая кишка

Рак
Полипы
Дивертикулез
Воспалительные заболевания кишечника
– язвенный колит
– болезнь Крона
Ишемический колит
Ангиодисплазия
Лучевой колит или проктит
Выпадение прямой кишки
Одиночная язва прямой кишки

Тонкий кишечник

Дивертикул Меккеля
Инвагинация
Инфаркт брыжейки
Аорто-кишечный свищ

Верхний отдел желудочно-кишечного тракта

Массивное кровотечение. Например, язва двенадцатиперстной кишки

Прочие

Антикоагулянты
Диapedезное кровотечение
Уремия

АНАМНЕЗ**Задний проход***Геморрой*

Геморроидальные узлы наблюдаются в любом возрасте. Кровотечение из геморроидальных узлов выявляется на туалетной бумаге или выделением нескольких капель крови в унитаз после дефекации. Несложные геморроидальные узлы не вызывают болевых ощущений у больного.

Анальный свищ

Анальные свищи чаще всего встречаются у больных в возрасте до 40 лет. Нередко они наблюдаются у детей. Больной жалуется на боли при дефекации, продолжающиеся затем в течение нескольких минут или часов. Предрасполагающей причиной возникновения свища является запор, усилению которого, в свою очередь, способствует наличие свища, поскольку больной избегает акта дефекации из-за предстоящего испытания сильной боли. Кровь наблюдается на туалетной бумаге или в виде прожилков крови в стуле.

Рак анального канала

Рак анального канала встречается обычно у лиц пожилого возраста. Больной жалуется на боли при дефекации и наличие прожилков крови в стуле и крови на туалетной бумаге. На ранней стадии развития его можно ошибочно принять за анальный свищ.

Травма

При опросе больной может указывать на проникающее ранение анального канала. При этом могут выявляться сексуальные извращения или гомосексуализм.

Толсто-прямокишечные*Рак*

При раке толстой кишки больные отмечают примесь крови в кале, изменение привычной работы кишечника и появление схваткообразных болей в животе. При раке прямой кишки кровь обычно выплескивается на стул, у больного могут отмечаться тенезмы (болезненный спазм сфинктера анального отверстия с императивными позывами на стул), т.е. ощущение неполного освобождения прямой кишки.

Полипы

Жалобы и анамнез заболевания почти такие же, как при раке прямой кишки.

Дивертикулез

Кровотечение при дивертикулезе носит острый характер и сопровождается массивным выделением свежей крови из прямой кишки. Больные могут отмечать наличие у них дивертикулеза

Воспалительная болезнь кишечника

Больные язвенным колитом и болезнью Крона часто отмечают внезапное возникновение поноса, состоящего преимущественно из жидкости, коричневатые выделения из прямой кишки с примесью слизи и крови. Одновременно у больных нередко отмечаются схваткообразные боли в животе. Больные с язвенным проктитом жалуются на тенезмы.

Ишемический колит

Ишемические колиты развиваются преимущественно у лиц пожилого возраста: появляются схваткообразные боли в животе и из прямой кишки выделяется темно-красная венозная кровь.

Ангиодисплазия

Больной, обычно пожилого возраста, жалуется на кровотечение из прямой кишки, которое иногда является обильным, но чаще в виде небольших повторяющихся кровотечений.

Лучевой проктит или колит

Больные указывают на перенесенную ранее лучевую терапию, часто по поводу рака шейки матки. Основными жалобами являются выделения крови и слизи из прямой кишки и наличие тенезмов.

Выпадение прямой кишки

Больной с беспокойством указывает на частичное выпадение прямой кишки при дефекации. Кровотечение наблюдается лишь в случае травмы кишки.

Одиночная язва прямой кишки

У больного с этой патологией кровотечение развивается после дефекации, обычно в небольшом количестве. Кровотечение сопровождается выделением слизи и ощущением наличия в заднем проходе опухоли.

Тонкий кишечник

Дивертикул Меккеля

Заболевание наблюдается у лиц молодого возраста и сопровождается безболезненным кровотечением. Выделяемая кровь имеет темно-красный цвет, но в некоторых случаях может проявляться в виде мелены.

Инвагинация

Инвагинация обычно развивается у младенцев, но иногда наблюдается в любом возрасте. У ребенка отмечаются схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся вытягиванием ножек, пронзительным криком и выделением стула, состоящего из крови и слизи («желе из красной смородины»).

Инфаркт брыжейки

Заболевание встречается обычно у лиц пожилого возраста или более молодых с заболеваниями сердца. Начало заболевания внезапное с сильными болями в центральной части живота, напоминающими стенокардию. При исследовании отмечается болезненность по всему животу. Позднее у больного развиваются явления коллапса и шока.

Аорто-кишечный свищ

Подобная патология развивается в виде осложнения после протезирования брюшной аорты дакроновым протезом. Инфицирование протеза приводит к образованию свища между аортой и двенадцатиперстной кишкой. В зависимости от интенсивности кровотечения проявляется в виде мелены или профузным кровотечением с выделением из прямой кишки алой крови и развитием у больного геморрагического шока.

Верхний отдел желудочно-кишечного тракта

Массивное кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, например кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, язвы двенадцатиперстной кишки, может сопровождаться выделением из прямой кишки алой крови. Это обусловлено чрезвычайно быстрым пассажем крови по желудочно-кишечному тракту. У больного развиваются явления геморрагического шока.

Прочие

Расспросите больного о возможном применении антикоагулянтов. У больного могут быть нарушения свертываемости крови. Проверьте наличие кровотечения из других участков или спонтанно образующихся на теле кровоподтеков.

Уремия

Кровотечение из прямой кишки может наблюдаться у больных с уремией в результате сниженного числа тромбоцитов в крови.

Иногда кровотечение из прямой кишки может развиваться при коллагеновых заболеваниях, особенно узелковом периартериите.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Задний проход***Геморрой*

Уже при простом осмотре у больного обнаруживаются выступающие геморроидальные узлы; однако для уточнения диагноза больному обязательно следует выполнить сигмоскопию и ректоскопию.

Анальный свищ

При отведении анода можно обнаружить отверстие хронического анального свища на задней половине и реже на передней половине заднепроходного отверстия в окружении геморроидальных

узлов. Пальцевое исследование прямой кишки является чрезвычайно болезненным.

Рак

Наличие в анальном канале плотной язвы с вывернутыми краями указывает на злокачественный ее характер; однако, на ранней стадии рак довольно трудно отличить от хронического анального свища. Для уточнения диагноза требуется выполнение биопсии.

Травма

При осмотре у больного в области анального отверстия можно обнаружить кровоподтек, являющийся свидетельством перенесенной ранее травмы. На коже или слизистой оболочке можно увидеть трещину. Пальцевое исследование прямой кишки окажется болезненным.

Толстая и прямая кишка

Рак

У больного могут выявляться признаки кишечной непроходимости, а при пальпации живота иногда обнаруживается наличие опухолевидного образования. При исследовании прямой кишки можно выявить плотное, бугристое опухолевидное образование с изъязвленной поверхностью.

Полипы

Полип можно пальпировать при пальцевом исследовании прямой кишки. При физикальном исследовании каких-либо данных обычно не выявляется.

Дивертикулез

У больного можно обнаружить лишь болезненность при пальпации в левой подвздошной области. Каких-либо других объективных данных при физикальном исследовании обычно не выявляется.

Воспалительные заболевания кишечника

У больного с болезнью Крона при пальпации живота можно обнаружить наличие опухолевидного образования, локальную болезненность при пальпации. В случае наличия интоксикации отмечается вздутие и болезненность живота, а при развитии перфорации кишки появляются признаки разлитого перитонита.

Ишемический колит

При развитии ишемии толстого кишечника у больного могут наблюдаться явления шока, а при физикальном исследовании определяется болезненность в левой половине живота.

Ангиодисплазия

Данные объективного исследования у больного с ангиодисплазией обычно довольно скудные за исключением наличия кровотечения из

прямой кишки. Каких-либо патологических признаков при исследовании живота не определяется.

Лучевые колит или проктит

При пальпации живота нередко определяется лишь небольшая болезненность. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется зернистая слизистая и наличие крови на перчатке.

Выпадение прямой кишки

У больного обнаруживается очевидное выпадение прямой кишки с изъязвленной и кровотокающей слизистой оболочкой.

Одиночная язва прямой кишки

При исследовании живота никакой патологии не выявляется. При пальцевом исследовании прямой кишки может быть ощущение наличия в прямой кишке опухолевидного образования, сходного с полипом, которое ошибочно иногда принимают за раковую опухоль. При ректоскопии обнаруживаются болезненность и отечность слизистой оболочки и у 50% больных определяется явное изъязвление.

Тонкий кишечник

Дивертикул Меккеля

При физикальном исследовании живота обычно никаких данных не определяется.

Инвагинация

При пальпации живота в правой подвздошной области нередко определяется опухолевидное образование. По мере прогрессирования инвагинации правая подвздошная область становится «пустой».

Инфаркт кишечника

Причиной нарушения кровоснабжения кишечника и развития ишемии и инфаркта у больного с заболеванием сердца (мерцательная аритмия) является тромбоэмболия. У больного определяется разлитая болезненность живота и развитие в последующем коллапса и явлений шока.

Аорто-кишечный свищ

При осмотре у больного определяется длинный рубец по средней линии живота, указывающий на недавно перенесенную операцию по поводу аневризмы брюшной аорты. Какие-либо другие объективные признаки при исследовании живота отсутствуют.

Верхний отдел желудочно-кишечного тракта

Массивное кровотечение

У больного могут выявляться признаки печеночной недостаточности, являющейся причиной развития варикозно расширенных вен

пищевода и массивного кровотечения. У больного с язвой двенадцатиперстной кишки при пальпации живота может определяться болезненность в эпигастральной области.

Прочие

При передозировке антикоагулянтов у больного может наблюдаться кровотечение и из других источников, а также возможно развитие диapedезного кровотечения. При осмотре больного обратите внимание на наличие кровоподтеков на теле. Уремическое кровотечение часто наблюдается у больных с длительно существующей уремией, которым проводится плановый гемодиализ, имеется артериовенозная фистула или осуществляется АГД. Кровотечение из прямой кишки у больных с коллагеновыми заболеваниями встречается редко. Наиболее частой причиной кровотечения может быть узелковый периартериит. Кровотечение развивается в результате некротизирующего васкулита, и у больного могут быть признаки поражения других органов и тканей, например кожи.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нб ↓ может наблюдаться при всех видах кровотечений из прямой кишки. Л ↑ воспалительные заболевания кишечника, ишемический колит, аорто-кишечный свищ. Тромбоциты ↓ при диapedезном кровотечении. СОЭ ↑ рак, коллагеновая болезнь.

• М и Эл

Повышение уровня мочевины и креатинина в крови наблюдается у больных с уремическим кровотечением. Повышение уровня мочевины в крови может быть обусловлено всасыванием крови из просвета кишечника. Уровень креатинина в этом случае остается нормальным.

• ФПП

Печеночная недостаточность, сопровождающаяся варикозным расширением вен пищевода.

• Сигмоскопия/ректоскопия

Опухоли аноректальной области. Геморрой. Колит дистального отдела толстого кишечника. Изолированная язва прямой кишки. Биопсия.

• ОРБК

Признаки непроходимости при раке кишки. Воспалительное заболевание кишечника (токсическое расширение толстой кишки).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Бариевая клизма

Рак. Дивертикулез. Полипы. Воспалительная болезнь кишечника. Ишемический колит.

• Колоноскопия

Дивертикулез. Опухоли толстой кишки. Ангиодисплазия. Колит.

- **Ангиография (в период острого кровотечения)**
Ангиодисплазия. Кровотечение из дивертикула Меккеля.
- **Сканирование мечеными эритроцитами**
Ангиодисплазия. Дивертикул Меккеля.
- **Сканирование с технецием**
Дивертикул Меккеля.

► КРОВОХАРКАНЬЕ

Кровохарканье – отхаркивание крови или окрашенной кровью мокроты, выделяющейся из легких и бронхиального дерева. При массивном легочном кровотечении основной задачей врача еще до установления диагноза является обеспечение проходимости дыхательных путей и проведение экстренных реанимационных мероприятий.

ПРИЧИНЫ

Дыхательные

Рак легкого
Пневмония
Туберкулез
Хронический бронхит
Бронхоэктатическая болезнь
Отек легких
Синдром Гудпасчера
Гранулематоз Вегенера

Сосудистые

Тромбоэмболия легочной артерии
Легочная гипертензия – митральный стеноз
Наследственная геморрагическая телеангиэктазия

Системные

Нарушения свертываемости

АНАМНЕЗ

Начало

Внезапное кровохарканье может наблюдаться у больных с тромбоэмболией легочной артерии и острыми воспалительными процессами дыхательных путей; остальные представленные состояния носят хронический рецидивирующий характер. Несмотря на то что количество выделяемой при кашле крови не является достаточно информативным отличительным признаком, небольшая примесь крови, окрашивающая мокроту в розоватый цвет, – характерный признак отека легких.

Острое появление кашля с выделением мокроты, окрашенной кровью, можно наблюдать у больных с острым воспалением дыхательных путей и тромбоэмболией легочной артерии. Выделяемая больным мокрота может носить гнойный характер у больных с хроническим бронхитом и бронхоэктатической болезнью. У больных раком легкого, туберкулезом или митральным стенозом кровь в мокроте появляется в виде крапинок или пятнышек на носовом платке.

Одышка

Больные с хроническими заболеваниями легких или митральным стенозом длительное время страдают одышкой. Остро развившаяся

одышка у больного с тромбоэмболией легочной артерии сопровождается болями в грудной клетке. Одышка при отеке легких может появиться у больного через различное время и часто усиливается в положении лежа.

Уменьшение массы тела

Жалобы больного на прогрессирующее похудание позволяют предположить наличие у него туберкулеза или рака легкого, особенно если больной является злостным курильщиком. Наличие потливости по ночам является дополнительным характерным признаком туберкулеза.

Кровоточивость из других участков или органов

У больного следует исключить наличие других источников кровотечения и кровохарканье наблюдаются у больных с гранулематозом Вегенера и наследственной геморрагической телеангиэктазией. Носовые кровотечения *per se* в некоторых случаях можно принять за кровохарканье в случае смешивания мокроты с кровью, выделяющейся из носовых ходов.

Анамнез перенесенных заболеваний и медикаментозной терапии

Тщательно собранный анамнез позволит выявить системные нарушения свертываемости, как врожденного, например гемофилия, так и приобретенного характера, наблюдающиеся при применении антикоагулянтов или при ДВС-синдроме. Указания больного на наличие в анамнезе ревматических атак с повышением температуры тела может иметь значение в распознавании митрального стеноза. При наличии сопутствующего поражения почек исключите наличие у больного синдрома Гудпасчера и гранулематоза Вегенера.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

Кахексия — характерный признак злокачественного новообразования, туберкулеза и хронического заболевания легких. Отсутствие переносицы или седловидный нос — характерные внешние признаки гранулематоза Вегенера. Пальцы в виде барабанных палочек (см. с.) часто наблюдаются у больных раком легкого, хроническим бронхитом и бронхоэктатической болезнью. Наличие на щеках больного эритемы в виде крыльев бабочки — характерный признак митрального стеноза. Выявление на слизистых оболочках небольших расширенных сосудов указывает на наследственную геморрагическую телеангиэктазию. Набухшие шейные вены и повышение ЦВД наблюдаются при массивной тромбоэмболии легочной артерии или у больных с митральным стенозом и явлениями застойной сердечной недостаточности. Бочкообразная грудная клетка с ограниченной экскурсией при шлехе нередко наблюдается у больных с хроническим бронхитом.

Пальпация

Во время остро развившегося легочного кровотечения у больного часто отмечается тахикардия вследствие выраженных кашлевых усилий, возбуждения или кровопотери. Выявление у больного неправильного ритма сердца в виде фибрилляции предсердий (мерцательная аритмия) позволяет предположить наличие у него митрального стеноза. Более того, больным с мерцательной аритмией, как правило, проводится антикоагулянтная терапия. Увеличение надключичных лимфатических узлов наблюдается при воспалительных процессах или раке легкого. Следует провести пальпацию икроножных мышц для выявления болезненности и измерить окружность голени; увеличение объема голени может наблюдаться при тромбозе глубоких вен — источнике тромбоэмболии легочной артерии.

Перкуссия и аускультация

Перкуссия выявляет очагов крепитации и бронхиального дыхания указывает на наличие у больного долевой пневмонии. Рассеянные крупнопузырчатые, крепитирующие хрипы выслушиваются у больных с бронхоэктазами, отеком легких или хроническим бронхитом. У больного с первичным раком легкого могут наблюдаться такие специфические клинические признаки, как тяжелое дыхание со свистящими хрипами, обусловленное нарушением проходимости дыхательных путей, проявление ателектаза доли или всего легкого, выпотного плеврита и окклюзии верхней полой вены. При аускультации сердца у больного на выдохе в положении на левом боку усиленный I тон и грубый диастолический шум указывают на наличие митрального стеноза.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Анализ мокроты

Мокроту больного собирают для микроскопического исследования, посева и цитологического исследования. При посеве нередко высевается патогенная микрофлора, а при цитологическом исследовании выявляются клетки злокачественной опухоли. При подозрении на туберкулез проводят неоднократный посев мокроты, мочи, промывных вод из бронхов или при повторных бронхологических исследованиях выполняют биопсию легкого.

• ЭКГ

У больных с судорожными приступами кашля, возбуждением, кровопотерей на ЭКГ нередко отмечается синусовая тахикардия. $S_1Q_3T_3$ указывает на наличие перегрузки правых отделов сердца при тромбозе легочной артерии, хотя чаще всего наблюдаются неспецифические изменения сегмента ST.

• ОАК

$Hb \downarrow$ у больных с хроническим легочным кровотечением, сопровождающимся развитием железодефицитной анемии. Остро развившееся кровотечение может не сопровождаться изменением ко-

личества эритроцитов в крови в течение до 24 ч. Л[↑] может наблюдаться у больного с острым кровотечением или воспалением дыхательных путей. Наличие моноцитоза характерно для туберкулеза. Тромбоциты ↓ при нарушении гомеостаза.

• **М и Эл**

Нарушение функции почек, сопровождающееся повышением уровня мочевины и креатинина крови, может быть обусловлено гломерулонефритом у больных с синдромом Гудпасчера или гранулематозом Вегенера. Однако кровопотеря и наличие у больного гиповолемии могут способствовать развитию у него преренальной почечной недостаточности.

• **Тромбоэластография**

Исследование показателей свертывания проводят с целью идентификации каких-либо нарушений, являющихся причиной удлинения ПВ или АЧТВ.

• **РГК**

Двусторонняя неоднородность легочного рисунка с диффузными уплотнениями легочной ткани, выявляемая при рентгенографии, может наблюдаться при бронхопневмонии и отеке легкого. Снижение прозрачности и легочного рисунка доли легкого указывает на долевую пневмонию. Рецидивирующие небольшие затемнения или инфильтраты в легочной ткани могут наблюдаться у больных с синдромом Гудпасчера или гранулематозом Вегенера вследствие повторяющихся внутриальвеолярных кровотечений. Первичный очаг у больного с туберкулезом легкого обычно выявляется в средней или верхней доле легкого. Сомнения в диагнозе устраняются при выявлении в легких различного количества кальцификатов, тогда как при активном туберкулезе легких очаг классически располагается в верхушке легкого. Рентгенологическая картина у больного с неосложненным хроническим бронхитом может оставаться нормальной; однако при наличии бронхоэктазов определяется расширение бронхов с выраженным их уплотнением. При раке легкого можно наблюдать различную рентгенологическую картину: периферическое образование; образование в корне легкого; ателектаз доли легкого или выпотной плеврит. Двойной край правого сердца (увеличение дуги правого желудочка) и наслоение контура левого желудочка на позвоночник в косяной позиции — характерные признаки увеличения левого предсердия у больных митральным стенозом. При легочной гипертензии рентгенологически определяется расширение центральных ветвей легочной артерии с признаками увеличения правого желудочка.

• **Бронхоскопия**

Фибробронхоскопия позволяет определить источник кровотечения и провести биопсию кровоточащего участка. У больных с наследственной геморрагической телеангиэктазией выявляются множественные артериовенозные аномалии.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• Проба Манту**

У больных с подозрением на туберкулез, которым не проводилась иммунизация БЦЖ, используют начальное разведение при пробе Манту (1:10 000).

• Анализ мочи

У больных с гломерулонефритом при синдроме Гудпасчера и гранулематозе Вегенера можно обнаружить в моче белок и скопления эритроцитов.

• Антигломерулярные антитела к базальной мембране

Наличие их характерно для синдрома Гудпасчера.

• Биопсия почки

Для подтверждения диагноза синдрома Гудпасчера и гранулематоза Вегенера.

• Биопсия ткани

Рак легкого в большинстве случаев диагностируется при рентгенографии легких; реже диагноз устанавливают по данным цитологического исследования. Точный диагноз устанавливают на основании морфологического исследования материала, получаемого при бронхоскопии, медиастиноскопии, биопсии под контролем КТ, или операционного материала.

• КТ грудной клетки

Очень полезное дополнение при диагностике бронхоэктатической болезни в тех случаях, когда диагноз не удается установить на основании клинических данных и рентгенографии грудной клетки, а также для определения стадии распространения злокачественного новообразования.

• В/П сканирование

Является информативным методом при диагностике тромбоэмболии легочной артерии, хотя ангиография служит общепринятым «золотым стандартом».

• Эхокардиография

Позволяет оценить функцию левого желудочка у больных с отеком легкого. Информативный метод в диагностике тромбоэмболии легочной артерии, поскольку при массивной тромбоэмболии может развиваться правожелудочковая недостаточность. Этот метод позволяет оценить целостность клапанного аппарата сердца, выявить клапанный стеноз с ограничением подвижности створок митрального клапана.

▶ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ

Лимфаденопатия — гиперплазия лимфоидной ткани, сопровождающаяся увеличением лимфатических узлов, является довольно часто встречающейся патологией. Увеличение лимфатических узлов может носить ограниченный или общий характер. Причины развития лимфаденопатии являются весьма разнообразными. Внимательный анализ данных анамнеза и клинического исследования часто облегчает установление диагноза. Увеличение лимфатических узлов, особенно шейных, довольно часто выявляется у практически здоровых детей. Увеличение и болезненность лимфатических узлов обычно наблюдается при воспалительных процессах. Плотные или твердые, безболезненные лимфатические узлы часто выявляются при злокачественных новообразованиях. В этом разделе рассматриваются только наиболее часто встречающиеся причины увеличения лимфатических узлов.

ПРИЧИНЫ

Первичная инфекция

Вирусные	Инфекционный мононуклеоз ВИЧ ЦМВ Коревая краснуха Корь
----------	--

Бактериальные	Туберкулез Сифилис Бруцеллез Болезнь «кошачьих царапин» Филяриоз Септицемия
---------------	--

Простейшие	Токсоплазмоз
------------	--------------

Вторичная инфекция

Например, тонзиллит с шейным лимфаденитом, абсцесс с регионарным лимфаденитом

Первичные злокачественные

Острая лимфобластная лейкемия
Хронический лимфолейкоз
Лимфогранулематоз
Неходжжкинская лимфома
Миелопролиферативные нарушения

Вторичные злокачественные

Метастазирование из местной злокачественной опухоли

Прочие

Саркоидоз
СКВ
Ревматоидный артрит

АНАМНЕЗ**Инфекционные**

Местные воспалительные процессы выявляются довольно просто, например абсцесс зуба, сопровождающийся увеличением шейных лимфатических узлов. У больного с увеличением всех лимфатических узлов в анамнезе отмечается наличие утомляемости, сонливости и повышение температуры. Проведите обследование больного с целью выявления туберкулеза, при котором у больных со сниженным иммунитетом может наблюдаться генерализованная лимфаденопатия. Выясните у больного возможное пребывание за границей, наличие в доме домашних животных, например кошек (лихорадка кошачьих царапин) или собак (токсоплазмоз). В случае лихорадки, вызванной кошачьими царапинами, последние часто эпителизируются еще до обращения к врачу. Тщательно выясните у больного наличие перенесенной ранее травмы.

Первичные злокачественные

Больной со злокачественным новообразованием обычно жалуется на быструю утомляемость, повышение температуры или ночные поты. Он может указывать на наличие опухолевидного образования в некоторых участках тела, спонтанное появление кровоизлияний и кровотечений, обусловленных тромбоцитопенией.

Вторичные злокачественные

Больной может выявить первичное новообразование, но может долгое время не замечать очень маленькое образование (например, злокачественная меланома в недоступном месте). Больной может указывать на проведенный ранее курс лечения по поводу злокачественного новообразования, с последующим образованием метастазов (например, увеличение подмышечных или шейных лимфатических узлов через несколько лет после радикальной операции по поводу рака молочной железы).

Прочие состояния

При саркоидозе наблюдается двусторонняя лимфаденопатия, но может быть одностороннее увеличение лимфатических узлов. Выясните у больного наличие в анамнезе СКВ или ревматоидного артрита.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

При обследовании больного определите наличие увеличенных лимфатических узлов. Выясните наличие боли или болезненности

их при пальпации, указывающих на воспалительный процесс. Плотные и безболезненные при пальпации лимфатические узлы являются характерным признаком метастазирования злокачественного новообразования. Проведите обследование органов и участков тела, лимфатическая система которых дренируется в эти узлы с целью определения источника воспаления или локализации злокачественного новообразования. Осмотрите больного на наличие царапин на коже, указывающих на болезнь кошачьих царапин, наличие кровоподтеков. Проведите пальпацию всех доступных участков возможного увеличения лимфатических узлов: шейные, подмышечные, паховые, подколенные и заушные. Исключите увеличение селезенки и печени. Проведите полное, всестороннее обследование больного.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ нарушения гомеостаза. Тромбоциты ↓ нарушение гомеостаза. Л ↑ воспалительный процесс, лейкопения. СОЭ ↑ опухоль, воспалительный процесс. Формула крови. Лейкемия.

• **ФПП**

Наличие метастазов в печени.

• **Определение свертываемости крови**

Нарушение гомеостаза.

• **Титры вирусов**

Вирусная инфекция, например, Эпштейна–Барр, ВИЧ.

• **РГК**

Увеличение лимфатических узлов корня легкого при саркоидозе. Туберкулез. Метастазы.

• **Проба Манту**

Туберкулез.

• **Мазок**

Локальная инфекция. ПЧА.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **Определение антител**

СКВ, ревматоидный артрит.

• **Посев крови**

Септицемия.

• **Серологические исследования**

Сифилис.

• **Проба Квейма**

Саркоидоз.

• **Исследование плазмы на токсоплазмоз**

Токсоплазмоз.

• **КТ**

Распределение лимфатических узлов. Определение стадии лимфогранулематоза.

- **АЦТИ лимфатического узла**

Дифференциация злокачественного и доброкачественного поражения.

- **Биопсия**

Лимфатического узла, например, лимфогранулематоз, метастаз. Биопсия локального образования, например, для дифференциации воспалительного и злокачественного поражения.

• МЕЛЕНА

Мелена – выделение темного, дегтеобразного кала со специфическим запахом из-за наличия крови, измененной под воздействием соляной кислоты и кишечных ферментов в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта. Мелена редко наблюдается при кровотечении из отделов кишечника, расположенных дистальнее тощей кишки, хотя мелену можно наблюдать при кровотечениях из дивертикула Меккеля.

ПРИЧИНЫ

Исцеляваемая кровь

Носовое кровотечение
Кровохарканье

Пищеводные

Варикозно-расширенные вены пищевода
Рефлюкс-эзофагит
Рак пищевода

Желудочные

Пептическая язва
Синдром Маллори–Вейсса
Острая эрозия желудка
Рак
Лейомиома (редко)
Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (редко)
Аномалии сосудов (редко)

Двенадцатиперстная кишка

Пептическая язва
Дивертикул двенадцатиперстной кишки
Аорто-двенадцатиперстный свищ
Прорастающая опухоль поджелудочной железы (редко)
Гемофилия (редко)

Тонкокишечные

Лейомиома (редко)
Дивертикула Меккеля (редко)

Нарушения свертываемости

Обусловленные поражением печени
Тромбоцитопения
Гемофилия

Медикаментозные

Антикоагулянты
Аспирин
Нестероидные противовоспалительные препараты
Гормоны

Прочие

Уремия
Заболевания соединительной ткани

Другие причины темного стула

Лечение препаратами железа
Препараты висмута
Лакрица
Активированный уголь
Красное вино (в больших количествах)

АНАМНЕЗ**Заглатываемая кровь**

При опросе больного выясните наличие носовых кровотечений или кровохарканья.

Пищевод

Из анамнеза можно выяснить злоупотребление больного алкоголем или наличие заболеваний печени как возможные причины варикозного расширения вен пищевода. Расспросите больного о наличии жгучих болей за грудиной и изжоги, указывающих на наличие эзофагита. Выясните наличие дисфагии. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода часто бывает обильным и внезапным. Такое кровотечение при эзофагите маловероятно.

Желудок

Ранее наблюдавшиеся у больного боли в эпигастральной области указывают на пептическую язву желудка. Расспросите больного о применявшихся им ранее гормонах или НСПП. Синдром Маллори–Вейсса встречается у больных более молодого возраста, употребляющих большое количество спиртного и пищи, у которых может наблюдаться интенсивная рвота. Первоначально отмечается рвота съеденной пищей, при второй попытке выделяется кровь. Острые эрозии желудка нередко развиваются при стрессорных состояниях, например, большой операции, острый панкреатит, ожоги (язва Кушинга). При раке желудка редко наблюдается значительное желудочное кровотечение. У этих больных часто развивается анемия и иногда может наблюдаться рвота «кофейной гущей». При лейомиоме отмечается умеренно выраженная рвота с примесью крови. При этом у больного отсутствуют какие-либо анамнестические данные относительно заболевания и предыдущих кровотечений. Никаких указаний относительно ранее наблюдаемых кровотечений не выявляется у больного с аномалией сосудов. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия встречается редко. Больной может указать на подобное заболевание в анамнезе или диагноз становится очевидным при обнаружении телеангиэктазий вокруг губ и в полости рта.

Двенадцатиперстная кишка

При поражениях двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся кровотечением, у больного чаще отмечается появление мелены, а не рвоты с примесью крови. Иногда у больного в анамнезе отмечается наличие хронической язвы двенадцатиперстной кишки, но в большинстве случаев больной поступает с признаками острого кровотечения без какого-либо длительного анамнеза. Кровотечение при распространении ракового процесса на двенадцатиперстную кишку встречается редко. Больной жалуется на недомогание, утомляемость, сонливость, снижение массы тела и рвоту. Гемобилия наблюдается редко. Кровотечение в результате развития аорто-двенадцатиперстного свища встречается редко, и обычно после протезирования брюшной аорты с последующим нагноением протеза. В этих случаях у больного развивается выраженное кровотечение, сопровождающееся обильной кровавой рвотой, гипотонией, слабостью и другими симптомами выраженного кровотечения.

Тонкий кишечник

Лейомиома тонкой кишки иногда может сопровождаться кровотечением и меленой. Кровотечение из дивертикула Меккеля носит достаточно интенсивный характер и у больного при этом отмечается выделение скорее темно-красной крови, чем характерной мелены.

Прочие причины темного стула

Расспросите больного о характере питания и применяемых им лекарственных препаратах.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

В зависимости от тяжести кровотечения в некоторых случаях у больного могут наблюдаться характерные признаки геморрагического шока: бледность кожных покровов, холодный, липкий пот, спазм периферических сосудов, тахикардия и гипотония.

Заглатываемая кровь

При осмотре больного обратите внимание на признаки носового кровотечения. Проведите тщательное обследование органов грудной клетки для выяснения возможной причины кровохарканья.

Пищеводное

У больного с поражением пищевода можно обнаружить лишь анемию и снижение массы тела. В случае кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода у больного могут наблюдаться желтуха, увеличение объема живота за счет асцита, сосудистые звездочки, печеночные ладони, пальцы в виде барабанных палочек, гинекомастия, атрофия яичек, голова Медузы, спленомегалия или гепатомегалия.

Желудочные

Клинические данные в некоторых случаях являются довольно скудными. У больного иногда удается выявить болезненность при пальпации в эпигастральной области или наличие опухолевидного образования; увеличенный лимфатический узел в левой надключичной области (вирховские узлы). При наследственной телеангиэктазии у больного можно обнаружить телеангиэктазии на губах и слизистой оболочке рта.

Двенадцатиперстная кишка

При обследовании обычно не удается выявить каких-либо симптомов, за исключением болезненности при пальпации в эпигастральной области. В редких случаях кровотечения из двенадцатиперстной кишки при распространении рака поджелудочной железы при пальпации иногда удается выявить опухолевидное образование в эпигастральной области.

Тонкий кишечник

Объективные данные очень скудные. Лишь в редких случаях при лейомиоме тонкой кишки удается пальпировать опухолевидное образование.

Нарушения свертываемости крови

При осмотре больного можно обнаружить следы кровоподтеков на теле или кровотечение из других естественных отверстий.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нб ↓ анемия в результате хронического кровотечения, например рак. СОЭ ↑ болезнь соединительной ткани.

• МиЭл

Повышение уровня мочевины и креатинина в крови наблюдается у больных с уреимией. Повышение уровня мочевины обусловлено всасыванием крови из кишечника.

• ФПП

Печеночная недостаточность, варикозное расширение вен пищевода, гемофилия.

• Исследование свертываемости крови

Заболевания печени. Диapedезное кровотечение. Антикоагулянты.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ЭГДС

С целью диагностики варикозно-расширенных вен пищевода, эзофагита, пептической язвы, эрозий желудка, разрыва слизистой оболочки пищевода при синдроме Маллори-Вейсса, рака и более редко встречающихся причин кровотечения. При необходимости выполняют биопсию.

Ангиография

Аномалии сосудов. В редких случаях позволяет диагностировать *поро-двенадцатиперстный свищ*.

- **Сканирование с использованием технеция**

Дивертикул Меккеля с наличием слизистой оболочки желудка.

- **Сканирование с использованием меченых эритроцитов**

Редко встречающиеся причины кровотечения из тонкой кишки.

- **Бариевая клизма тонкого кишечника**

Лейомиома, дивертикул Меккеля.

▶ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ

Зрение является очень важной формой восприятия, и больные, обращающиеся по поводу нарушений зрения, часто испытывают большие переживания. Представленные ниже общие состояния, при которых могут наблюдаться нарушения зрения, распределены в соответствии с наблюдающимися симптомами.

ПРИЧИНЫ

Зрительные нарушения (искры света или летающие мушки)

Мигрень
Отслойка сетчатки
Кровоизлияние в стекловидное тело
Отслойка стекловидного тела

Расплывчатое зрение

Ошибки рефракции
Черепно-мозговая травма
Тупая травма глаза
Острая закрытоугольная глаукома

Потеря зрения

Частичная

Гомонимная гемианопия — нарушение мозгового кровообращения, опухоль
Битемпоральная гемианопия — опухоль гипофиза
Утрата горизонтальных полей зрения — окклюзия сосудов сетчатки
Утрата периферических полей зрения — глаукома, отек диска зрительного нерва
Утрата центральных полей зрения — дегенерация желтого пятна сетчатки

Полная потеря зрения

Острая

Преходящая слепота
Артериит височных артерий
Неврит зрительного нерва
Окклюзия центральной вены сетчатки
Окклюзия центральной артерии сетчатки
Отек диска зрительного нерва
— повышение внутричерепного давления
— злокачественная гипертония

Постепенная

Катаракта
Глаукома
Диабетическая ретинопатия
Возрастная дегенерация желтого пятна

АНАМНЕЗ

В первую очередь необходимо выяснить наличие потери зрения на один или оба глаза. Нарушения со стороны глазного яблока или зрительного нерва сопровождаются потерей зрения на один глаз, тогда как поражение зрительного перекреста или расположенных кзади от него структур вызывает потерю зрения на оба глаза, что связано с вертикальным меридианом. Потеря центрального зрения может быть обусловлена патологией зрительного нерва или желтого пятна. Повреждение сетчатки вызывает развитие «положительной» скотомы (воспринимаемое больным в виде черного пятна в поле зрения), тогда как повреждение задней части сетчатки приводит к появлению «отрицательной» скотомы (больной не замечает выпадения части поля зрения).

Зрительные нарушения

Больные во время приступа мигрени часто отмечают появление искр света и зигзагообразных линий в обоих глазах, сопровождающихся пульсирующей головной болью, тошнотой, рвотой и фотофобией. Отслойка задней поверхности стекловидного тела, кровоизлияние в стекловидное тело и отслойка сетчатки сопровождаются появлением ощущения летающих мушек и искр света. Острота и поля зрения вначале остаются нормальными, но могут нарушаться при значительном кровоизлиянии в стекловидное тело или в случае прогрессирующей отслойки сетчатки.

Смутное зрение

Наиболее частой причиной возникновения у больного смутного зрения являются нарушения рефракции (близорукость и дальнозоркость). Это часто встречающееся нарушение зрения обычно корригируется подбором очков. У больных с черепно-мозговой травмой и повреждением глаза также может развиваться временное ощущение смутного зрения. Больные с острой закрытоугольной глаукомой, отеком роговицы отмечают появление гало (кольцевидное свечение вокруг освещаемого объекта в виде ореола), сопровождающееся гиремией и болью в глазу.

Потеря зрения (слепота)

Потеря зрения может быть частичной или полной. Вычерчивание частичной потери полей зрения является очень информативным. Причиной потери вертикальных полей зрения является поражение задней части зрительного перекреста, чаще всего возникающего у больных с нарушением мозгового кровообращения, хотя подобные нарушения могут развиваться при опухолях мозга. Утрата горизонтального поля зрения наблюдается, как правило, при поражении сетчатки в результате окклюзии питающих ее сосудов. Больные с глаукомой жалуются на трубчатое зрение (сужение поля зрения наподобие восприятия через полый цилиндр или трубку), а у больных

с дегенерацией желтого пятна отмечается внезапная потеря центрального поля зрения.

Причиной внезапной потери зрения является поражение сосудов. Причиной развития у больного преходящей слепоты одного глаза является тромбоэмболия глазничной артерии. Больные обычно жалуются на «занавес, опускающийся через поле зрения». У больного с гигантоклеточным артериитом глазничной артерии наряду с внезапно развившейся слепотой отмечаются головные боли в височной области и боли в нижней челюсти при жевании. Одновременно у них нередко наблюдается ревматическая миалгия. Отек диска зрительного нерва может вызывать временную потерю зрения, продолжающуюся секунды и связанную с положением больного.

Слепота на один глаз в результате неврита зрительного нерва может наблюдаться у больного с рассеянным склерозом; при этом часто появляются боли за глазами яблоками, усиливающиеся при движении глазных яблок, и отмечается прогрессирующее в течение нескольких дней снижение интенсивности освещения.

Наиболее частой причиной развития слепоты среди населения Западной Европы является диабетическая ретинопатия. Кроме того, у больных сахарным диабетом отмечается большая склонность к развитию катаракты и глаукомы. Причинами постепенного снижения остроты зрения у больных пожилого возраста могут быть катаракта, глаукома или возрастная дегенерация желтого пятна. Вследствие постепенного начала заболевания эти больные нередко обращаются к врачу в запущенной стадии процесса. Наличие катаракты можно обнаружить при обследовании глаза.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Данные исследования естественной и корригированной остроты зрения с помощью щелевой лампы следует оценить по символам таблиц Шеллена или Сивцева. Если больной не может различить большие буквы, то зрение оценивают по определению количества пальцев. Затем определяют восприятие большим движением пальцев и, наконец, способность различать свет от темноты. У больных с нарушениями рефракции зрение корригируют с помощью линз по символам таблиц Шеллена через небольшое отверстие. Определенные поля зрения проводят с помощью противопоставляющего исследования, с помощью которого можно оценить приблизительную степень потери полей зрения.

Исследование реакции зрачка на свет (непрямой и произвольной) позволяет оценить состояние зрительного тракта. Отсутствие прямого светового рефлекса наблюдается при одностороннем поражении зрительного нерва и окклюзии центральной артерии сетчатки.

При заболеваниях зрительного нерва у больного отмечается непропорциональное снижение цветового восприятия по сравнению

с нарушением остроты зрения. Нарушение цветового восприятия можно определить с помощью пластинок Ишихара.

Исследование глазного дна

При исследовании глазного дна можно получить большую информацию. У больного с катарактой исчезает световой (красный) рефлекс. У больного сахарным диабетом можно обнаружить заднюю ретинопатию, сопровождающуюся точечными и пятнистыми кровоизлияниями, напоминающими вату. При ретинопатии у больных с гипертонической болезнью определяются ярко-красные кровоизлияния, серебристые нити, артериовенозный спазм и отек диска зрительного нерва. Прорастание новых сосудов на сетчатке указывает на пролиферативную ретинопатию. При инфаркте сетчатка выглядит отечной и бледной; желтое пятно кажется приподнятым, красного цвета (вишневое-красное пятно). При исследовании глазного дна можно также увидеть складки отслоенной сетчатки, а у больного с кровоизлиянием в стекловидное тело в нем определяются сгустки крови. Края диска зрительного нерва становятся расплывчатыми с явлениями отека диска и неврита зрительного нерва, но в запущенных случаях он становится бледным. У больного с глаукомой диск зрительного нерва принимает чашеобразную форму (глаукоматозное углубление в диске зрительного нерва).

В завершение исследования глаза больному необходимо провести полное неврологическое обследование, а также обследование сердечно-сосудистой системы для выявления источника тромбоэмболии. При пальпации пульса можно определить наличие у больного мерцательной аритмии, а при аускультации сердца и сонных артерий выявить наличие шумов. Измерение АД позволит исключить у больного гипертоническую болезнь.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **СОЭ**

Гигантоклеточный артериит.

- **Глюкоза крови**

Глюкоза ↑ сахарный диабет.

- **Измерение внутриглазного давления**

↑ у больных с глаукомой.

- **Периметрия**

Графическое изображение полей зрения. У больного с глаукомой выявляется дугообразная скотома (изолированная область, в которой зрение ослаблено или отсутствует по ходу нервных волокон, по краям диска зрительного нерва). Центральная скотома может наблюдаться при неврите зрительного нерва. Битемпоральная гемианопия/гомонимная гемианопия (выпадение правых или левых половин полей зрения) и квадрантная гемианопия (выпадение одного квадранта поля зрения одного или обоих глаз) наблюдается у больных с неврологической патологией.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• КТ/МРТ черепа**

Опухоли, нарушение мозгового кровообращения, рассеянный склероз.

• Допплеровское исследование сонных артерий

Выявление атеросклеротической бляшки у больного с преходящей слепотой.

• Биопсия височной артерии

Височный артериит.

• УЗИ

С целью оценки состояния сетчатки у больного с отсутствием какой-либо патологии при исследовании глазного дна из-за наличия катаракты или кровоизлияния в стекловидное тело.

► НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА

Нарушения голоса могут наблюдаться при различных патологических состояниях. Изменение тембра голоса может колебаться от небольшой охриплости до афонии. В этих случаях чрезвычайно важно исключить у больного рак гортани, который сравнительно успешно лечится на ранней стадии развития, но появление метастазов является плохим прогностическим признаком.

ПРИЧИНЫ

Инфекционные

Ларингит

Травматические

Тупая травма

Перенапряжение голосовых связок

Неопластические

Папиллома гортани

Рак гортани

Паралич возвратного нерва гортани

Зоб

Рак пищевода

Рак легкого

Аневризма грудного отдела аорты

После операций на органах грудной клетки, паращитовидных железах и щитовидной железе

Психогенные

Тяжелая миастения

АНАМНЕЗ

Развитие

Временная регистрация ухудшения тембра голоса имеет важное значение для дифференциации причин заболевания. Воспалительные явления и перенапряжение голосовых связок могут сопровождаться нарушениями тембра голоса. Прогрессирующее нарушение голоса может быть обусловлено опухолью, а стойкая охриплость указывает на паралич возвратного нерва гортани.

Предрасполагающие факторы

Наличие у больного вирусной инфекции может быть причиной острого ларингита. В большинстве случаев это вирус гриппа. Курение и травма голосовых связок в результате перенапряжения у певцов или при сильном крике часто являются достаточными факторами, способными привести к возникновению охриплости голоса. Наличие

у больного тупой травмы гортани может быть очевидным при простом осмотре, и охриплость в результате перелома хрящей гортани может быть единственным признаком возможного нарушения проходимости дыхательных путей.

Анамнез перенесенных заболеваний

Причиной паралича возвратного гортанного нерва, наблюдающегося у больного с зобом, обычно является рак щитовидной железы. Поражение этого нерва возможно в результате прорастания его опухолью при раке пищевода или легкого. Охриплость голоса может быть первой жалобой больных с аневризмой грудного отдела аорты. Ранее перенесенные операции на щитовидной железе или органах грудной клетки могут осложняться повреждением возвратного гортанного нерва.

Сопутствующие симптомы

У больного с острым ларингитом может отмечаться болезненность в горле. Боли, иррадиирующие в ухо, или дисфагия могут быть признаками запущенной стадии рака гортани. Быстро прогрессирующая дисфагия является также признаком рака пищевода. Носовой голос в сочетании с птозом, диплопией и мышечной слабостью являются характерными признаками тяжелой миастении. Странности поведения больного, сопровождающиеся нарушением интенсивности голоса, но сохраняющейся способностью кашлять позволяют заподозрить функциональный характер нарушений голоса; однако этот диагноз следует устанавливать на основании исключения.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Непрямую ларингоскопию выполняют с помощью зеркала и лобной лампы. В случае неудачи ларингоскопию можно легко выполнить с помощью гибкого фиброоптического ларингоскопа под местной анестезией. При остром ларингите можно наблюдать гиперемию гортани без какого-либо отделяемого. При этом исследовании можно легко выявить папилломы голосовых связок и рак гортани. Повреждение возвратного гортанного нерва сопровождается односторонним параличом голосовой связки. При выявлении этой патологии необходимо провести детальное обследование больного с целью определения основной причины поражения. При обследовании области шеи необходимо исключить наличие зоба. Обнаружение при пальпации увеличенных надключичных лимфатических узлов позволяет предположить рак пищевода. При исследовании органов грудной клетки обратите внимание на наличие признаков ателектаза легкого и выпотного плеврита, что нередко наблюдается при раке легкого.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК

↑ Лейкоцитоз при ларингите.

- **СОЭ**

- ↑ при ларингите, раке.

- **РГК**

- Рак легкого, расширенное средостение при аневризме грудной аорты.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Тензилоновая проба**

- У больного с тяжелой миастенией.

- **Эндоскопия**

- Рак пищевода.

- **КТ шеи**

- С целью диагностики и стадии рака гортани и щитовидной железы.

- **КТ грудной клетки**

- Опухоль легкого, аневризма грудной аорты.

- **Аортография дуги аорты**

- Аневризма грудного отдела аорты.

- **АБТИ**

- Рак щитовидной железы.

▶ НАРУШЕНИЯ ПОТООТДЕЛЕНИЯ

Врачу часто приходится сталкиваться со случаями чрезмерного потоотделения и заниматься больным, когда это мешает его нормальной жизни в обществе. Причины этой патологии бывают довольно разными — от чрезвычайно простой до весьма серьезной.

ПРИЧИНЫ

Чрезмерное потоотделение

Гипогликемия

Общие инфекционные процессы

Злокачественные новообразования Опухоли мозга
Лимфогранулематоз

Эндокринные Феохромоцитомы
Тиреотоксикоз
Карциноидный синдром
Диабетическая вегетативная нейропатия
Менопауза

Психические Зависимость/синдром отмены
Состояние возбуждения

Недостаточное потоотделение

Тепловой удар
Гипогидротическая эктодермальная дисплазия
Потница
Поражение симпатического проводящего пути

АНАМНЕЗ

Помимо теплового удара другие причины недостаточного потоотделения встречаются редко и обычно связаны с врожденной патологией потовых желез, включая гипогидратическую эктодермальную дисплазию, проявляющуюся врожденной дистрофией и недостаточным образованием ногтей, волос и зубов. Отсутствие потоотделения может наблюдаться у больных с наличием потницы вследствие закупорки или разрыва протоков потовых желез.

Повышенная потливость часто наблюдается в виде физиологического компонента боли, тошноты, рвоты (см. с. 400) и шока (см. с. 461). Причины повышенного потоотделения, не сопровождающиеся этими симптомами, представлены выше. Повышенное потоотделение может носить эпизодический или постоянный характер. Эпизодические приступы потоотделения могут наблюдаться у больных во время эпизода гипогликемии, при феохромоцитоме, карциноидном синдроме и в период менопаузы. У больных с гипогликемией часто наблюдается тремор, головокружение, беспокойство

и чувство голода. Массивное выделение катехоламинов во время приступа у больных с феохромоцитомой сопровождается потоотделением, гипертензией, тахикардией, головными болями и состоянием беспокойства. Обычно эти больные обращаются к врачу по поводу гипертензии. При карциноидном синдроме происходит выделение ряда гормонов, освобождаемых энтерохромаффиновыми опухолями, исходящими из тонкого кишечника при наличии метастазов в печени. Периодически возникающее повышенное потоотделение у этих больных сопровождается покраснением лица, поносом, шумным стридорозным дыханием и иногда правожелудочковой недостаточностью. Горячие приливы крови и повышенная потливость наблюдаются у женщин в период наступления менопаузы; полагают, что причиной развития этого состояния является повышение концентрации женских половых гормонов.

Больные, страдающие ночными потами, жалуются, что их одежда и постельное белье становятся влажными от пота. Классически, подобные обильные ночные поты наблюдаются при туберкулезе и лимфогранулематозе. При этом наблюдаются другие признаки туберкулеза легких, включая снижение массы тела, кашель, кровохарканье. Больные с болезнью Ходжкина жалуются на увеличение лимфатических узлов, снижение массы тела, зуд, повышение температуры и недомогание.

Постоянная повышенная потливость и непереносимость теплой атмосферы — характерные признаки тиреотоксикоза. Это — результат повышения обменных процессов в организме больного тиреотоксикозом; кроме того, у него отмечают повышение аппетита, снижение массы тела, эмоциональная лабильность, понос и тахикардия. В редких случаях повышенное потоотделение наблюдается у больных с опухолями, локализующимися в области гипоталамуса.

Расспросите больного в отношении привыкания к некоторым веществам, поскольку воздержание от их применения (синдром отмены) может сопровождаться выраженным потоотделением и галлюцинациями.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Больному необходимо провести тщательное всестороннее обследование, с тем чтобы исключить возможное наличие очага инфекции в организме. Больным с подозрением на эмоциональные нарушения следует провести исследование психического статуса. Дальнейшее обследование больного в соответствии с наличием характерных признаков позволит выяснить основную причину заболевания.

Температура

Повышенная температура тела (см. с. 389) свидетельствует о воспалительном процессе, являющемся причиной повышенной потливости больного. Однако повышенное потоотделение может наблюдаться при лимфогранулематозе.

Осмотр

Широко раскрытые, редко мигающие глаза с расширенными зрачками наблюдаются у больных с тиреотоксикозом, сопровождающимся повышенной потливостью; кроме того, наличие экзофтальма или офтальмоплегии (паралич одного или нескольких двигательных нервов глаза) служит характерным признаком болезни Грейвса, являющейся причиной повышенной потливости больного. Периодически возникающее покраснение лица может наблюдаться у больных с карциноидным синдромом.

Пальпация и аускультация

Проведите пальпацию щитовидной железы для исключения ее увеличения. Увеличение периферических лимфатических узлов, обнаруженных при пальпации, может быть обусловлено воспалительным процессом или наличием у больного злокачественного новообразования. Тахикардия наблюдается при тиреотоксикозе и общем инфекционном процессе. Во время приступа феохромоцитомы у больного могут наблюдаться выраженная тахикардия и повышение АД. Выпотной плеврит или ателектаз сегмента легкого могут быть единственными характерными признаками первичного туберкулеза легкого, которые выявляются при физикальном обследовании. Появление у больного при аускультации сердца новых шумов или усиление прежних могут быть признаками развития эндокардита. Однако наличие признаков стеноза или регургитации на трехстворчатом клапане или клапане легочного ствола наблюдается у больных с карциноидным синдромом. Спленомегалия, выявляемая при пальпации живота, может наблюдаться при болезни Ходжкина.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ЭМБП

Позволяет быстро определить уровень сахара в крови и подтверждается определением глюкозы крови. Глюкоза может быть ↑ у больных с феохромоцитомой.

• ОАК и формула крови

Л ↑ воспалительный процесс.

• СОЭ

↑ при воспалительном процессе, злокачественном новообразовании и лимфоме.

• ТСГ и свободный T₄

ТСГ ↓ и T₄ ↑ у больных с тиреотоксикозом.

• РГК

Туберкулез, карциноид бронха, воспалительный процесс органов грудной клетки.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**Проба Манту**

Резервная проба Манту у лиц без проводимой ранее иммунизации БЦЖ выполняется для выявления инфицированных туберкулезом.

5-ГИУК

↑ при карциноидных опухолях.

Исследование мочи на содержание катехоламинов и метаневринов

↑ при феохромоцитоме.

Биопсия лимфатического узла для цитологического исследования

Клетки Рида–Штернберга при лимфогранулематозе.

МРТ черепа

Опухоли гипоталамуса.

▶ НАРУШЕНИЯ ПОХОДКИ

Нарушения походки могут быть обусловлены структурными или неврологическими причинами. Обследование больного с нарушением походки лучше всего проводить таким образом, чтобы врач мог увидеть больного с разных сторон, а не ограничиваться только осмотром стоп.

ПРИЧИНЫ

Анатомические

Боль — анталгическая походка
 Различная длина конечности — коротконогая походка
 Слабость отводящих мышц бедра — походка вразвалку
 Антеверсия бедра (поворот бедра кпереди) — походка с вывернутыми внутрь носками

Неврологические

Нарушение мозгового кровообращения — гемиплегическая походка
 Болезнь Паркинсона — семенящая походка
 Периферическая нейропатия — атактическая походка
 Заболевания мозжечка — мозжечковая походка
 Паралич малоберцового нерва — манежная походка
 Поражение лобной доли мозга — апраксическая походка
 Церебральный паралич — ножницеобразная походка

АНАМНЕЗ

Продолжительность

При нарушениях походки, выявленных при рождении, врачу необходимо выяснить, связаны ли они с анатомическими причинами или являются следствием церебрального паралича. Различная длина конечностей может быть обусловлена заболеваниями, нарушающими подвижность сустава, длину кости или результатом контрактуры окружающих сустав мягких тканей. Неврологические нарушения походки в большинстве случаев являются приобретенными и возникают в результате поражений центральной и периферической нервной системы.

Сопутствующие симптомы

Боль является основной причиной возникновения анталгического нарушения походки, и больной с определенностью указывает локализацию болей. У больного с нарушением двигательной функции, например при парезе или параличе малоберцового нерва, наблюдается нарушение дорсальной флексии стопы и развитие так называемой манежной походки: при этом он высоко поднимает свисающую стопу, а затем резко опускает — шлепает. В случае гемиплегии после нарушения мозгового кровообращения развивается гемипле-

ности походки. Жалобы больного на парестезию, нарушение чувствительности в ногах или потерю ощущений положения сустава наблюдаются при периферической нейропатии. У больных с сензорной апраксией отмечается нарушение проприоцептивной чувствительности и возникают затруднения при ходьбе в темное время суток, когда утрачивается визуальный контроль. Наличие тремора в конечностях в покое наблюдается при болезни Паркинсона, а причиной интенционного тремора могут быть поражения мозжечка.

Перенесенные заболевания и медикаментозная терапия

У больного с нарушением походки важно выяснить наличие в анамнезе травмы нижних конечностей. Срастание длинных трубчатых костей после перенесенного перелома может сопровождаться изменением длины конечности. Переломы в области шейки малоберцовой кости могут сопровождаться разрывом общего малоберцового нерва, вызывая провисание стопы. Сахарный диабет, злокачественное новообразование или дефицит витамина В₁₂ могут сопровождаться развитием периферической нейропатии. Злоупотребление алкоголем, наличие у больного рассеянного склероза и применение таких препаратов, как фенитоин, вызывают поражение мозжечка. У больного необходимо тщательно выяснить наличие в анамнезе нарушений мозгового кровообращения и болезни Паркинсона.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

При клиническом обследовании больного необходимо определить наличие у него структурной или неврологической причины нарушений походки. В случае структурного поражения больному проводят всестороннее исследование опорно-двигательного аппарата. Напротив, при подозрении на неврологический характер нарушений походки проводят полное неврологическое исследование. После установления характера нарушений походки больному проводится всестороннее клиническое обследование для выяснения основной причины заболевания.

Асимметричная походка

Вначале врач должен определить симметричность походки. Кроме гемиплегической походки, остальные односторонние ее нарушения носят структурный характер. В норме походка складывается из нескольких фаз. При каждом шаге нога должна плавно сгибаться в тазобедренном и коленном суставах, стопа легко отрываться от земли; нога опускается вначале на пятку, а затем масса тела переносится на подошву и пальцы. У больного с анталгической походкой или болевой хромотой уменьшается продолжительность второй фазы опоры на пятку. Походка вразвалку выражается в отклонении таза вниз во время перемещения ноги вперед. Это наблюдается у больных с болями в бедре, слабостью отводящих мышц противо-

положного бедра, укорочением шейки бедра или подвывихом в тазобедренном суставе. При гемиплегической походке больной с трудом удерживает ногу и описывает ею полукруг, вначале в сторону от туловища, а затем к нему. У больного с манежной походкой колено на пораженной стороне поднимается более высоко, чтобы не подмять свисающую стопу.

Симметричная походка

Исследование симметричности походки лучше всего проводить таким образом, чтобы можно было увидеть больного с разных сторон. Страдающие болезнью Паркинсона медленно приступают к ходьбе, во время ходьбы туловище наклоняется вперед, руки остаются малоподвижными, а шаги настолько короткие, что ноги едва волочатся по полу. У больного с апраксией отмечаются несвязанные движения, похожие на «прогулку по льду»; это заболевание обусловлено поражением лобной доли, чаще всего в результате дегенерации коры мозга. Далее следует обратить внимание на движение нижних конечностей; у больных с церебральным параличом отмечается характерная стригущая походка, при которой во время поднимания ноги вперед она заходит за среднюю линию, на противоположную сторону. Затем нужно определить характер движений стоп. Высокое поднятие свисающей стопы с последующим резким ее опусканием (шлепок) – очень характерный признак у больных с манежной походкой (при параличе малоберцового нерва и спинной сухотке). При этом у больного отмечается ротация стопы внутрь в сочетании с антеверсией (поворотом кпереди) бедра. Затем следует оценить характер походки: крупноразмашистая походка характерна для больных с поражением мозжечка и сенсорной атаксией. При поражении мозжечка отмечается неустойчивость при открытых глазах, тогда как при сенсорной атаксии больные могут удерживать равновесие, если попросить их поставить ноги вместе и не закрывать глаза. Однако с закрытыми глазами они пошатываются и часто падают (положительный симптом Ромберга).

Исследование опорно-двигательного аппарата

Необходимо провести исследование функции конечности в бедренном, коленном и голеностопном суставах. Вначале измеряют действительную и кажущуюся длину нижних конечностей. Истинная длина представляет собой расстояние между передней верхней остью подвздошной кости и медиальной лодыжкой; кажущаяся длина – это расстояние между мечевидным отростком грудины и медиальной лодыжкой. При любой разнице для определения участка укорочения следует измерить длину бедренной и большеберцовой костей. Пробу Томаса выполняют для идентификации сгибательной деформации бедра, которая позволяет выявить очевидное укорочение. При исследовании стоп в спокойном состоянии можно обнаружить внутреннюю ротацию вследствие антеверсии бедра.

Неврологическое исследование

При осмотре больного с болезнью Паркинсона можно наблюдать маскообразное лицо и наличие тремора с круговыми движениями кончиков пальцев, а при исследовании конечностей выявляется ригидность «шестеренки» (при насильственном сгибании конечности отмечается подергивание мышц, подобное перемещению шестеренки). У больных с поражением мозжечка выявляется интенционный тремор при выполнении нососовой пробы. Помимо размашистой атактической походки обнаруживаются нистагм, дисдиадохокinez (отсутствие способности совершать сменяющие друг друга противоположно направленные движения конечностей) и дизартрия. У больных с поражением лобных долей мозга выявляются такие примитивные рефлексy, как хватательный (больной захватывает руку исследователя, положенную на его ладонь или при постукивании по ладони больного), сосательный (выпячивание губ вперед при постукивании в области уголков рта) и ладонно-реберодочный (при легком постукивании в области возвышения большого пальца отмечается сокращение мышц подбородка). У больных с периферической нейропатией при исследовании чувствительности можно выявить отсутствие поверхности тактильной, вибрационной и проприоцептивной чувствительности по дистальному типу в виде перчаток и носков. У больных с нарушением мозгового кровообращения отмечаются симптомы поражения верхнего двигательного нейрона, гиперрефлексия и ригидность по типу симптома складного ножа.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

После установления диагноза нарушения походки больному необходимо провести соответствующие исследования для выявления основной причины заболевания. Например, у больного с практической походкой вследствие поражения лобной доли мозга проводят исследование функционального состояния психики для выявления у него признаков деменции, исследование глазного дна для определения отека диска зрительного нерва, который может быть признаком повышенного внутричерепного давления при опухоли мозга.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика нарушений походки в большинстве случаев основывается на анализе данных анамнеза и результатов клинического исследования.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Локальная рентгенография**
Для определения поражений анатомических структур.
- **Исследования нервной проводимости**
Периферическая нейропатия. Паралич малоберцового нерва.
- **КТ/МРТ**
Для выяснения причин поражения ЦНС, например, нарушений мозгового кровообращения, внутричерепных новообразований.

▶ НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

Врожденные нарушения свертываемости крови обычно обнаруживают у больных при возникновении осложнений, связанных с продолжительной кровопотерей, тогда как приобретенные нарушения свертываемости обычно диагностируются при исследовании свертываемости.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Гемофилия
Болезнь Виллебранда

Приобретенные

Дефицит витамина К
– геморрагическая болезнь новорожденных
– механическая желтуха
– нарушение всасываемости жиров
Заболевания печени
Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
Аутоиммунные заболевания, например СКВ
Массивные переливания крови
Лекарственные средства – гепарин, варфарин, тромболитики

АНАМНЕЗ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Начало и продолжительность

Важное значение в определении причины развития кровотечения имеет тщательное выяснение продолжительности имеющихся у больного симптомов и его возраста. Причиной кровотечения, возникающего в первые несколько дней жизни младенца, является нарушение синтеза витамина К печенью ребенка вследствие недоношенности. Гемофилию обычно диагностируют у больных молодого возраста при чрезмерной кровопотере, возникающей после незначительных травмы или операции, такой, как обрезание. Иногда наблюдаются спонтанные мышечные гематомы или болезненные гемартрозы.

Анамнез заболевания

При сборе анамнеза следует выяснить наличие у больного сопутствующих заболеваний, являющихся часто причиной приобретенных нарушений свертываемости. Поскольку факторы свертывания синтезируются в печени, заболевания печени, как правило, способствуют развитию нарушений свертываемости. Витамин К, являющийся жирорастворимым, имеет важное значение для синтеза II, VII, IX и X факторов свертывания. Заболевания поджелудочной железы и тонкого кишечника, сопровождающиеся нарушением всасывания жира, вызывают снижение образования вышеуказанных факторов свертывания.

больных с системной красной волчанкой образуются такие антитела, как волчаночный антикоагулянт, который, несмотря на удлинение времени свертывания при исследовании *in vitro* и *in vivo*, не способствует развитию тромбозов.

Перенесенные больным тяжелые инфекционные заболевания, злокачественные новообразования, осложнения во время беременности и ожоги могут способствовать развитию ДВС-синдрома, который характеризуется распространенным потреблением факторов свертывания и тромбоцитов, приводящим к развитию тяжелых нарушений свертываемости.

Анамнез ранее проводившейся медикаментозной терапии

Нарушения свертываемости могут иметь ятрогенный характер. С целью антикоагулянтной терапии, проводимой определенной категорией больных, обычно используют гепарин и варфарин. Более того, побочным эффектом при проведении тромболитической терапии могут быть тяжелые нарушения свертываемости. Нарушения свертываемости могут развиваться у больных во время операций, сопровождающихся выраженной кровопотерей и гемотрансфузией, превышающей объем циркулирующей крови больного, в течение 24 ч.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Общепринятые исследования выполняются с целью идентификации у больного каких-либо признаков гемофилии. Причиной возникновения в раннем возрасте остеоартритов и ложных опухолей могут быть повторные кровотечения. При передозировке варфарина могут наблюдаться некрозы кожи и гематомы. Наличие у больного перенесенных заболеваний печени позволит обратить внимание на основную причину приобретенных нарушений свертываемости.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК

Сниженное содержание в крови тромбоцитов способствует развитию кровоточивости вследствие нарушения процесса гемостаза. Тромбоцитопения не изменяет времени свертывания.

• Исследование показателей свертывания

У больного определяют ПВ, АЧТВ и ТВ. Нарушения этих показателей приведены в таблице.

Патологические состояния	ПВ	АЧТВ	ТВ
Гемофилия	N	↑	N
Болезнь Виллебранда	N	↑	N
Заболевания печени	↑	↑	N
Дефицит варфарина/витамина К	↑	↑	N
Гепарин	N или ↑	↑	↑
ДВС	↑	↑	↑

- **Время кровотечения**

Позволяет дифференцировать первичные нарушения свертываемости (нормальное время кровотечения) и нарушение функции тромбоцитов, вызывающих удлинение времени кровотечения.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Исследование факторов свертывания**

Исследование факторов свертывания необходимо для дифференциальной диагностики гемофилии А, гемофилии Б и болезни Виллебранда. Низкое содержание в крови фактора VIII наблюдается как у больного гемофилией, так и при болезни Виллебранда. Низкое содержание фактора IX указывает на наличие у больного гемофилии Б. Как явствует из самого названия заболевания, низкое содержание в крови фактора Виллебранда наблюдается у больных с одноименной болезнью; при этом отмечается удлинение времени кровотечения.

- **Фибриноген и продукты его расщепления**

У больных с развившимся ДВС синдромом отмечается низкое содержание в крови тромбоцитов и фибриногена и в то же время выявляется повышенное содержание таких продуктов расщепления фибрина, как D-димеры.

▶ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

Недержание мочи — невозможность контролировать выделение мочи, т. е. произвольное выделение мочи из мочевого пузыря. Непроизвольное выделение мочи происходит внезапно и в самом неподходящем месте, что делает неудобным нахождение больного в общественном месте. Стрессорное недержание — это *непроизвольное выделение мочи во время кашля или напряжения*. Императивное недержание — это неспособность больного удерживать мочу в мочевом пузыре при наличии частых и императивных позывов на мочеиспускание. Недержание при переполненном мочевом пузыре развивается при нарушении функции детрузора, который становится дряблым и часто нечувствительным к растяжению и расширению мочевого пузыря. Слабость сфинктерного механизма приводит, в конечном счете, к чрезмерному растяжению мочевого пузыря, когда моча начинает проходить через уретру.

ПРИЧИНЫ

Стрессорное недержание

Повреждение дна малого таза	При рождении После удаления предстательной железы
--------------------------------	--

Императивное недержание

Нарушение функции детрузора	Удаление предстательной железы Цистит Лучевая терапия Туберкулезный цистит Интерстициальный нефрит Камни Опухоль
--------------------------------	--

Недержание при переполнении

Поражение нижнего двигательного ней- рона	Поражение крестцового центра Повреждение конского хвоста Повреждение крестцового нерва, например опера- ция на органах малого таза Сахарный диабет
---	--

Хроническое нару- шение оттока мочи	Увеличение предстательной железы
--	----------------------------------

Неврологические

Повреждение верхнего двигательного нейрона
Повреждение спинного мозга выше крестцового центра
Повреждение межпозвоночного диска
Опухоли спинного мозга
Черепно-мозговая травма
Нарушение мозгового кровообращения
Рассеянный склероз
Сирингомиелия

Анатомические

Эктопия мочевого пузыря
 Эктопия уретры
 Пузырно-влагалищный свищ

Прочие

Ночной энурез

АНАМНЕЗ**Стрессорное недержание**

В анамнезе больных с такой патологией отмечаются многократные или трудные роды; недавно перенесенное удаление предстательной железы; недержание мочи во время кашля и напряжения.

Императивное недержание

Отмечается недержание мочи во время частых и неудержимых позывов к опорожнению мочевого пузыря. Оно развивается после недавно перенесенного удаления предстательной железы, также имеют значение повторные явления цистита с болезненными и частыми позывами, перенесенная лучевая терапия области малого таза, наличие в анамнезе туберкулеза и почечных колик. Наличие камня в уретре сопровождается стойкими неприятными ощущениями в надлобковой области и гематурией. У больного с опухолью отмечается гематурия.

Недержание при переполнении

В анамнезе у этих больных отмечаются повреждение спинного мозга, включая травму поясничных позвонков (крестцовый центр, конский хвост), операции на органах малого таза, например, брюшно-промежностная резекция прямой кишки с повреждением тазовых нервов, сахарный диабет, простатизм с хронической задержкой мочи и переполнением мочевого пузыря. У больного еще может сохраняться способность к нормальному опорожнению мочевого пузыря, но он не чувствует его опорожнения и истечение мочи продолжается.

Неврологические

При повреждении верхнего двигательного нейрона в анамнезе больного отмечается травма позвоночника, сопровождающаяся поражением спинного мозга выше уровня крестцового центра; черепно-мозговая травма, нарушение мозгового кровообращения, рассеянный склероз или сирингомиелия.

Анатомические

Эктопия мочевого пузыря определяется при рождении в сочетании с дефектом передней брюшной стенки и расположением устья мочеточников в нижнем отделе передней брюшной стенки в пролабиро-

слизистой оболочке мочевого пузыря. Удвоение мочеточника может сопровождаться эктопическим впадением его во влагалище. После операций на органах малого таза или лучевой терапии органы малого таза могут формироваться пузырно-влагалищные свищи. Недержание иногда является симптомом злокачественного новообразования органов малого таза. Иногда в результате пролежня на мочеточнике образуется влагалищно-мочеточниковый свищ. У больных с удвоенным мочеточником, пузырно-влагалищным свищем отмечается постоянное истечение мочи из влагалища.

Прочие

Причиной энуреза встречается у 10% детей в возрасте до 10 лет. «Мокрая кровать» у лиц после полового созревания указывает на наличие неспецифического пузыря или другой патологии.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Стрессорное недержание

Проследите выделение мочи во время кашля больного. У больного можно обнаружить цистоцеле (грыжа мочевого пузыря) или полный пролапс.

Императивное недержание

Объективные данные у больных с этой патологией обычно весьма скудные.

Недержание при переполнении

У больного может отмечаться выпадение мочевого пузыря. Проведите полное неврологическое обследование. При пальцевом ректальном исследовании можно обнаружить гипертрофию предстательной железы.

Неврологические

У больного развивается рефлекс опорожнения мочевого пузыря. Проведите полное неврологическое обследование больного.

Анатомические

Эктопия мочевого пузыря — мочеточники открываются в слизистой оболочке мочевого пузыря, располагающегося на передней брюшной стенке. Исследование влагалища с помощью зеркала у больной с пузырно-влагалищным свищом позволит обнаружить место расположения свищевого отверстия.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК**

Л ↑ при воспалительном процессе.

- **ИСПМ**

ПиЧ при воспалительных явлениях.

- **ВВУ**

Оценить состояние верхних отделов мочевых путей, выявить участок непроходимости, поражение мочевого пузыря, свищ.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Цистоскопия**

Камень мочевого пузыря. Новообразование.

- **Цистография**

Пузырно-влагалищный свищ.

- **Уродинамика**

Урофлоуметрия – измерение скорости потока мочи. Цистометрия – сокращения детрузора. Видеоцистометрия – истечение мочи во время напряжения у больного со стрессорным недержанием – профиль давления в уретре – функция сфинктера и препятствие оттоку мочи.

- **КТ**

Повреждение спинного мозга. Опухоль спинного мозга. Сирингомиелия.

▶ НЕДЕРЖАНИЕ КАЛА

Недержание кала представляет собой невозможность произвольно контролировать выделение кала из заднего прохода. Это приводит к загрязнению одежды, что в социальном отношении является неудобным для больного и неприемлемым для окружающих. Любое заболевание, нарушающее чувствительность прямой кишки или функцию аноректальной мускулатуры, может привести к недержанию кала. Однако недержание может развиваться у больных с нормальной функцией сфинктеров прямой кишки и тазового дна, например при тяжелой диарее.

ПРИЧИНЫ

Нормальная функция сфинктеров и мышц дна таза

Тяжелая диаррея, например, инфекция, воспалительное заболевание тонкого кишечника
Каловый завал

Нарушение функции сфинктеров прямой кишки и мышц тазового дна

Врожденные

Аномалии аноректальной зоны, менингомиеломы

Приобретенные

Травматические

Ятрогенные

— операция на внутреннем сфинктере прямой кишки, например, расширение заднепроходного канала или сфинктеротомия

— операция по поводу свищей заднего прохода

— акушерская травма во время родов

Переломы таза

Травма прямой кишки (подобная той, как сесть на кол)

Неврологические

Травмы спинного мозга

Опухоли спинного мозга

Периферическая нейропатия

Нарушение мозгового кровообращения ишемического характера

Деменция

Рассеянный склероз

Прочие

Свищи заднего прохода

Выпадение прямой кишки

Распространенный рак аноректальной зоны

Лучевая терапия

Венерическая лимфогранулема

АНАМНЕЗ

Выясните у больного наличие в анамнезе травмы, например, переломы костей таза, травмы непосредственно прямой кишки (с введением в прямую кишку острых предметов). Наиболее частой причиной недержания кала, скорее всего, является гастроэнтерит. В этих

случаях всегда простой анамнез; легко устанавливается также перенесенное больным воспалительное заболевание кишечника. К другим важным этиологическим факторам относятся перенесенные операции в аноректальной зоне; недавно перенесенные трудные и затяжные роды, применение акушерских щипцов, быстрые роды, разрывы промежности, эпизиотомия; предрасположенность к периферической нейропатии, например, наличие у больного сахарного диабета, дефицита витамина В₁₂, злоупотребления алкоголем или лекарственными средствами. Наличие в анамнезе запоров указывает на возможность развития у больного калового завала. При беседе с больным легко выясняется наличие перенесенного ишемического нарушения мозгового кровообращения, деменции или неврологических заболеваний.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Уже в начале осмотра больного становится очевидным испачканное нижнее белье. При пальцевом исследовании прямой кишки можно выявить снижение мышечного тонуса и неспособность выполнять произвольное сокращение анального сфинктера. В некоторых случаях удается определить дефект в аноректальном кольце. При пальцевом исследовании легко определяется наличие калового завала. Выясните какие-либо признаки перенесенной больным травмы или воспалительного процесса. Во время исследования легко определить наличие у больного выпадения прямой или нисходящего отдела толстой кишки, попросив его потужиться. Тщательно осмотрите область заднего прохода с целью выявления свищей заднего прохода или распространенного рака аноректальной зоны. Больному необходимо также провести полное неврологическое исследование.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Макроцитарная анемия может наблюдаться при дефиците витамина В₁₂ (периферическая нейропатия).

- **ФПП**

Повышение их наблюдается у больных, страдающих алкоголизмом, который может быть причиной периферической нейропатии.

- **Глюкоза крови**

Нейропатия у больных сахарным диабетом.

- **Сигмоидоскопия**

Биопсия.

- **Проктоскопия**

Биопсия.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• Эндональное УЗИ**

Позволяет диагностировать наличие дефекта аноректальной мускулатуры.

• Аноректальная манометрия

Позволяет установить причину недержания.

• МРТ

С целью диагностики дефектов в аноректальной мускулатуре, злокачественных новообразований малого таза, опухоли спинного мозга.

▶ ОДЫШКА

Одышка — субъективное нарушение или затруднение дыхания, вызывающее у больного беспокойство.

ПРИЧИНЫ

Внезапные (секунды — минуты)

Пневмоторакс
Отек легких
Тромбоэмболия легочной артерии
Аспирация
Анафилаксия
Возбуждение
Травма грудной клетки

Острые (часы — дни)

Бронхиальная астма
Воспалительные процессы дыхательных путей
Опухоль легкого
Выпотной плеврит
Метаболический ацидоз

Хронические (месяцы — годы)

Хроническое ограниченное поступление воздуха в легкие (ХОЗЛ)
Сердечная недостаточность
Фиброзный альвеолит
Анемия
Поражение клапанного аппарата сердца
Деформации грудной стенки
Нейромышечные нарушения
Кистозный фиброз
Легочная гипертензия

АНАМНЕЗ

Многие достаточно тяжелые заболевания сердца и легких вызывают развитие одышки. При обсуждении причин хронических заболеваний дыхательной системы их можно распределить по анатомическому принципу на заболевания легочной мускулатуры, дыхательных путей, интерстиция и грудной стенки. При обращении к врачу больного с нарушением дыхания важно обеспечить проведение ему элементарных реанимационных мероприятий, включающих обеспечение проходимости дыхательных путей, восстановление дыхания и поддержание кровообращения (АБВ) до продолжения диагностического процесса.

Начало

Скорость развития этого состояния — важный показатель в диагностике патологического процесса. Распределение патологических со-

вспомогательный по скорости возникновения позволяет сократить круг подбора тестов дифференциальной диагностике в экстренных клинических ситуациях.

Факторы, способствующие возникновению одышки

Фактичным этиологическим фактором одышки может быть травма переломом ребер или развитием пневмоторакса. Аспирацию инородного тела удается выяснить при опросе больного; однако аспирацию рвотными массами установить бывает довольно сложно, поскольку она наступает, как правило, у больных с нарушениями сознания или сниженным рвотным рефлексом. Возникновение одышки у больного в положении лежа, скорее всего, обусловлено сердечной недостаточностью; иногда больные жалуются, что просыпаются ночью от ощущения удушья и затрудненного дыхания при сползании с подушки (пароксизмальная ночная одышка). Одышка, наблюдающаяся у больных с бронхиальной астмой, может носить сезонный (цветочная пыльца) или постоянный характер (домашняя пыль, фекальные белки клещей), в зависимости от вызывающего заболевание аллергена. Указания на перенесенную ранее тяжелую аллергию позволят предположить наличие анафилактической реакции. Стрессорные ситуации могут способствовать развитию у больного приступа бронхиальной астмы, а у беспокойных больных — гипервентиляции.

Факторы, уменьшающие одышку

У больных с сердечной недостаточностью одышка уменьшается в положении с возвышенным головным концом кровати или в положении сидя, а у больных бронхиальной астмой — после применения агонистов β -рецепторов.

Сопутствующие факторы

Кашель с выделением мокроты (зеленого, желтого или ржавого цвета) указывает на наличие воспалительного процесса в легких. Это может быть основной причиной развития одышки или усиливать уже существующую одышку у больных с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, ХОЗЛ или сердечная недостаточность. Мокрота с примесью крови может наблюдаться при воспалительных процессах в легких (особенно туберкулезе), тромбоэмболии легочной артерии или опухоли легкого. Стридорозное дыхание можно наблюдать у больных во время приступа бронхиальной астмы или аспирации инородного тела.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

Цианоз кончиков пальцев (периферический цианоз) или слизистых оболочек (центральный) является признаком тяжелого заболевания. Нарушение сознания может быть показателем состояния угрожающего

жизни больного. Однако это может наблюдаться у больного с метаболическим ацидозом (диабетический кетоацидоз). Уже при простом осмотре больного можно заметить достаточно выраженный кифоз как возможную причину одышки. Больные с ХОЗБ нередко повышеного питания с бочкообразной грудной клеткой и наличием цианоза или это худые люди с частым дыханием (с продолжительным выдохом через рот с собранными в трубочку губами) и заметным использованием в акте дыхания дополнительной мускулатуры.

Частота дыхания сама по себе не является достаточно специфическим признаком, но выраженное тахипноэ может указывать на тяжесть заболевания и состояния больного. Следует определить частоту дыхания и не стремиться к тому, чтобы сделать немедленный вывод.

При осмотре следует обратить внимание на наличие барабанных палочек, которые наблюдаются у больных бронхогенным раком легкого и фиброзным альвеолитом (см. с. 29).

Пульс

Изменение частоты пульса или правильности его ритма указывает на наличие у больного аритмии, являющейся фактором, способствующим ухудшению того или иного состояния (обычно наблюдается при заболеваниях сердца и легких). Однако частота пульса сама по себе не является этиологическим фактором того или иного заболевания.

ЦВД

Внезапное повышение ЦВД указывает на возможность развития у больного напряженного пневмоторакса, тромбоэмболии легочной артерии или недостаточности (регургитации) трехстворчатого клапана (выраженные V-волны). Длительно сохраняющееся повышение ЦВД обычно наблюдается у больных с застойной сердечной недостаточностью или хроническими легочными заболеваниями с правожелудочковой недостаточностью (легочное сердце).

Температура

Повышенная температура тела нередко отмечается при воспалительных заболеваниях легких и тромбоэмболии легочной артерии.

Трахея

У больных с напряженным пневмотораксом, выпотным плевритом или любым опухолевидным образованием в грудной полости отмечается девиация трахеи в противоположную сторону. Смещение трахеи в сторону ателектаза доли или всего легкого развивается в результате закрытия просвета бронха опухолью или инородным телом.

Экскурии грудной клетки

Ограничение экскурсии одной половины грудной клетки может быть обусловлено наличием у больного (инфильтративного) воспалительного процесса в легком, пневмоторакса или выпотного плев-

и. Двустороннее ограничение экскурсии грудной клетки может отмечаться у больных с ХОЗЛ.

Перкуссия

У больных с инфильтративным (воспалительным) процессом в легких, выпотным плевритом или ателектазом доли или всего легкого при перкуссии выявляется притупление перкуторного звука. При перкуссии на стороне напряженного пневмоторакса часто указывают на наличие тимпанического звука; однако вначале обычно выявляют «относительное притупление» на здоровой стороне.

Аускультация прекардиальной области

При аускультации сердца можно прослушать шум, обусловленный поражением клапанного аппарата. Прослушивание III тона сердца является убедительным признаком, свидетельствующим о наличии у больного сердечной недостаточности, а приглушенные сердечные тоны часто отмечаются у больных ХОЗЛ с чрезмерно расширенной грудной клеткой.

Дыхательные шумы

У больных с воспалительным процессом (инфильтрацией) в легком или ателектазом при аускультации отмечается ослабленное дыхание; однако ослабленное дыхание может выслушиваться и у больных с бронхиальной астмой или ХОЗЛ.

Дополнительные шумы

Выслушивание свистящих хрипов (стридор) на отдельном участке может отмечаться у больных с нарушением проходимости бронха, обусловленным аспирацией инородного тела или опухолью. Стридорозное дыхание, прослушиваемое над всей поверхностью легких, часто наблюдается во время приступа бронхиальной астмы. В случае когда нет указаний на наличие в анамнезе бронхиальной астмы, необходимо обсудить возможность развития у больного анафилактической реакции. У больного с воспалительным процессом в легком над участком уплотнения легочной ткани часто прослушиваются крепитирующие хрипы. Рассеянные крепитирующие хрипы нередко выслушиваются у больных с фиброзным альвеолитом (поверхностное дыхание), при отеке легких и бронхопневмонии.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК

Hb ↓ указывает на анемию как первичную причину или усугубляющий фактор основного заболевания. Hb ↑ (полицитемия) может наблюдаться у больных с хроническими заболеваниями легких. Л ↑ обычно указывает на наличие воспалительного процесса, но может наблюдаться при таких состояниях, как тромбоз легочной артерии.

- **Пик объемной скорости выдоха**

Эта простая проба, которую можно выполнить непосредственно у постели больного, позволяет оценить максимальный поток в начале форсированного выдоха, который уменьшается пропорционально тяжести обструкции дыхательных путей. Снижение скорости потока может указывать на наличие у больного бронхиальной астмы или хронического уменьшения скорости потока воздуха.

- **ЭКГ**

Нарушения ритма сердца легко выявляются на ЭКГ; мерцательная аритмия или суправентрикулярная тахикардия могут усиливать одышку у больных с заболеваниями сердца и легких. Однако нарушение ритма может быть проявлением основного заболевания, такого, как инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии и гипоксия. Подъем сегмента ST наблюдается при инфаркте миокарда и является неспецифической находкой у больных с тромбоэмболией легочной артерии. Блокада правой ножки пучка Гиса нередко выявляется у больных с хроническими заболеваниями легких.

- **Пульсоксиметрия**

Хотя низкое насыщение в чистом виде не является достаточно точным характерным признаком, внезапно развившееся выраженное снижение насыщения крови кислородом наблюдается у больных с тромбоэмболией легочной артерии и пневмотораксом. Снижение насыщения после физической нагрузки является благоприятным показателем у больных с подозрением на пневмонию.

- **ГАЗ**

Исследование газов артериальной крови является важным количественным показателем для определения у больного тяжести и подтипа дыхательной недостаточности. Однако нормальные показатели газов артериальной крови вовсе не исключают наличия у больного заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой системы. У больного с низким уровнем бикарбоната в крови, указывающим на метаболический ацидоз, следует провести детальное обследование для выяснения основной причины его развития, такой, как диабетический кетоацидоз. Наличие алкалоза (высокий рН) с низким PCO_2 и высоким PO_2 указывает на гипервентиляцию. Причиной накопления CO_2 часто служат хронические заболевания легких (I тип дыхательной недостаточности), что может указывать на необходимость проведения вентиляции у больных с бронхиальной астмой и сопутствующей гипоксией.

- **Сердечные ферменты**

У больных с инфарктом миокарда и острой левожелудочковой недостаточностью, как правило, отмечается повышение уровня КФК, КФК-МВ или сердечного тропонина.

- **РГК**

Повышенная воздушность легких (при расположении диафрагмы ниже VII ребра спереди и XII ребра сзади) – характерный рентге-

нологический признак эмфиземы легких, который может также наблюдаться у больных бронхиальной астмой. Участки уплотнения легочной ткани выявляются при рентгенографии; однако появление рентгенологических изменений при воспалительных процессах в легких отстает от клинических данных. Выявление при рентгеноскопии грудной клетки кардиомегалии, отклонение верхнеполых легочных вен, двусторонний выпотной плеврит, наличие линий Керли V¹ и пятнистая картина отека легких указывают на наличие у больного сердечной недостаточности. Идентификация контуров плевры и отсутствие за ней легочного рисунка позволяет диагностировать пневмоторакс. Бронхогенный рак легкого выявляется в виде опухолевидного образования в области корня легкого, периферического затемнения или ателектаза и уплотнения легочной ткани вследствие нарушения бронхиальной проходимости.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Исследование и посев мокроты и крови

У больных с подозрением на воспалительный процесс (пневмония, абсцесс легкого) необходимо провести исследование и посев мокроты, желательнее до применения антибиотиков.

• Функциональные дыхательные пробы

Спирометрия помимо определения физиологических параметров позволяет определить характер нарушений функции легких рестриктивного или обструктивного типа. Спирометрия позволяет также установить тяжесть заболевания и реакцию организма на вдыхаемые бронходилататоры. Петли объемного потока могут указать на наличие у больного обструкции дыхательных путей (плато в фазе выдоха), обусловленной инородным телом или эндобронхиальной опухолью. При нарушениях вентиляции по рестриктивному типу характерна нормальная величина отношения $ФОЕ_1/ФЖЕЛ$ и снижение жизненной емкости легких. Подобные изменения функции легких наблюдаются у больных с легочным фиброзом, инфильтративным заболеванием легкого и ограниченной экскурсией грудной клетки. У больных с вентиляционными нарушениями обструктивного типа отмечается уменьшение величины отношения $ФОЕ_1/ФЖЕЛ$ при нормальной жизненной емкости. Это наблюдается у больных с бронхиальной астмой, ХОЗЛ, бронхоэктазами и кистозным фиброзом легких.

• Бронхоскопия

Показанием для бронхоскопии является подозрение на аспирацию инородного тела; исследование выполняют как с диагностической, так и лечебной целью. Исследование позволяет диагностировать рак легкого и произвести биопсию. Бронхоскопия дает возможность собрать материал для посева у больных с бронхопневмонией.

¹ Горизонтальные линии длиной 1–2 см по периферии легочных полей. — *Примеч. ред.*

- **КТ грудной клетки**

Позволяет провести визуальное исследование всей грудной клетки и определить характер новообразования неизвестной этиологии, определить стадию рака легкого. Высокая разрешающая способность КТ дает возможность определить выраженность легочного фиброза.

- **Эхокардиография**

Эхокардиографию выполняют у больных с подозрением на сердечную недостаточность или поражение клапанного аппарата сердца. У больных с выявленной правожелудочковой недостаточностью и повышенным давлением в легочной артерии это исследование позволяет диагностировать наличие в легочной артерии тромба больших размеров. Повышенное давление в легочной артерии, наблюдаемое у больных с легочной гипертензией, служит причиной одышки. Хотя в некоторых случаях легочная гипертензия носит идиопатический характер, в большинстве случаев ее причинами являются врожденные пороки сердца, тяжелые заболевания легких и рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии.

- **В/П сканирование**

В большинстве случаев позволяет диагностировать эмболию легочной артерии.

- **Ангиопульмонография**

Показанием к проведению ангиопульмонографии является получение неубедительных данных при В/П сканировании легких вследствие ранее имеющегося у больного заболевания или в случае предполагаемых экстренных вмешательств, таких, как тромболизис или тромбэктомия.

▶ ОЛИГУРИЯ

Олигурия — ограниченное выделение мочи менее 400 мл мочи в сутки.
Анурия — полное прекращение мочеотделения.

ПРИЧИНЫ

Циркуляторная почечная недостаточность

Шок, например геморрагический, и ожоги
Дегидратация, например, рвота, понос

Почечные причины

Острый канальцевый некроз
Острый кортикальный некроз
Острый гломерулонефрит
Острый интерстициальный нефрит
Нефротоксины
Поражение сосудов почки

Постренальные (нарушение проходимости мочевыводящих путей)

Камни
Опухоли малого таза
Гипертрофия предстательной железы
Забрюшинный фиброз

Прочие

Переливание иногруппной крови (гемоглинурия)
Сдавливающие травмы (миоглинурия)

Анурия

Нарушение проходимости мочевого катетера
Повреждение мочеточников (двустороннее)
Камень в единственной функционирующей почке

АНАМНЕЗ

Циркуляторная почечная недостаточность

Развивается у больных с известным недавно перенесенным нарушением кровообращения различной этиологии, сопровождавшимся выраженной гипотонией и гипоперфузией почек. К ним относятся кровотечения, ожоги или дегидратация, например, рвота, диарея или острый панкреатит.

Почечные причины

Несвоевременные и неадекватно проведенные реанимационные мероприятия и прогрессирование явлений шока могут привести к повреждению почечных канальцев и развитию острого тубулярного некроза. Острый некроз коркового вещества почки может развиваться у беременных вследствие кровотечения, эклампсии или септического

состояния после аборта. Причинами его развития могут быть состояния, сходные с вызывающими острый тубулярный некроз. Острая почечная недостаточность может развиваться при повреждениях сосудов почек, включая тромбоз почечной вены, стенозы почечных артерий и внутрисосудистое свертывание, развивающееся при гемолитическом уремическом синдроме. Другие формы острой почечной недостаточности сопровождаются появлением у больного отека век, асцита и периферических отеков. В далеко зашедшей стадии развиваются рвота, спутанность сознания, кровоподтеки на теле, желудочно-кишечные кровотечения, нарушения мозгового кровообращения и кома. Гиперволемиа может привести к развитию отека легких. У больного с острым интерстициальным нефритом необходимо выяснить характер применявшихся ранее лекарственных средств, например, антибиотиков, НПВП или мочегонных препаратов, а также перенесенного недавно заболевания воспалительного характера, которые могут быть причиной нефрита. Острую почечную недостаточность могут вызывать препараты, оказывающие нефротоксическое действие, к которым относятся аминогликозиды, амфотерицин и рентгеноконтрастные вещества. Подобным побочным эффектом обладают органические растворители, особенно четыреххлористый углерод, применяемый для чистки ковров. Развитие почечной недостаточности могут вызывать укусы длиннохвостого попугая, змей и употребление в пищу грибов.

Постренальные

Нередко больной обращается к врачу с полной анурией, причиной которой могут быть повреждение мочеточников после ранее проведенной операции или камень, плотно застрявший в мочеточнике единственно функционирующей почки. При опросе больной может указывать на наличие у него почечнокаменной болезни и недавно перенесенный приступ почечной колики. В анамнезе у больного могут быть указания на опухоль органов малого таза или признаки гипертрофии предстательной железы, например, затруднения в начале мочеиспускания и наличие вялой струи. Забрюшинный фиброз часто развивается бессимптомно.

Прочие

Олигурия может наблюдаться после переливания иногруппной крови, вследствие гемоглобинурии или травм в результате сдавления, вследствие развивающейся при этом миоглобинурии. Наличие подобной причины быстро становится очевидным.

Анурия

Прежде чем установить больному диагноз анурии, проведите пальпацию живота и убедитесь в отсутствии увеличенного мочевого пузыря; в отсутствии у больного катетера в мочевом пузыре и острой задержки мочи, а при наличии у больного катетера в мочевом пузы-

ри проверьте его проходимость. Причиной анурии, как правило, является непроходимость мочевыводящих путей, а не гипоперфузия или поражение самой почки.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Общие

У больного с наличием катетера в мочевом пузыре убедитесь в его проходимости. При отсутствии мочевого катетера в пузыре проведите пальпацию нижнего отдела живота и убедитесь в отсутствии увеличенного мочевого пузыря при острой задержке мочеиспускания. При пальпации живота исключите наличие опухоли почки, а при пальцевом исследовании прямой кишки убедитесь в отсутствии гипертрофии предстательной железы.

Специфические

При исследовании больного наблюдаются некоторые признаки, характерные для олигурии любой этиологии. У больного отмечается одышка вследствие отека легких и отечность тканей в области крестца (у постельного больного) или в области голеностопного сустава (у ходячего больного). У него может отмечаться спутанность сознания, сонливость, нарушение мозгового кровообращения или кома. У больного может определяться повышение артериального давления и нарушения ритма сердца. Больной часто жалуется на подташнивание или рвоту, икоту, у него может развиваться желудочнокишечное кровотечение. В далеко зашедшей стадии отмечается спонтанное появление на теле кровоподтеков.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **ОАК, СОЭ**

Hb ↓ анемия, почечная недостаточность, кровотечение. Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ при некоторых причинах гломерулонефрита.

• **М и Эл**

Мочевина ↑, креатинин ↑ при почечной и постренальных причинах. Повышение этих показателей может наблюдаться при несвоевременно скорректированной гипоперфузии почек.

• **ЭКГ**

Нарушения ритма сердца, обусловленные нарушением электролитного баланса, например гиперкалиемия.

• **РГК**

Отек легких. Кардиомегалия.

• **ГАЗ**

Метаболический ацидоз.

• **Анализ средней порции мочи**

Наличие эритроцитов, цилиндров и белка при заболевании почек. Положительная реакция на Hb при отсутствии эритроцитов в моче указывает на миоглобинурию или миоглобинурию.

- **Электролиты мочи**
См. таблицу ниже.
- **Осмолярность мочи**
См. таблицу ниже.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• УЗИ

Нарушение проходимости мочевыводящих путей.

• Цистоскопия и катетеризация мочеточников с ретроградной пиелографией

Причина непроходимости мочевыводящих путей, в некоторых случаях для обеспечения оттока мочи.

• Антеградная пиелография

Причина непроходимости. Обеспечение временного оттока мочи.

• Сканирование ДКЯК

Функция почек. Инфаркт. Отсутствие контура почек.

Различие между физиологической олигурией и острой почечной недостаточностью

<i>Моча</i>	<i>Физиологическая олигурия</i>	<i>Острая почечная недостаточность</i>
Удельная масса	>1020	<1010
Осмолярность (мосм/кг)	>500	<350
Натрий (ммоль/л)	<15	>40
Креатинин мочи/плазмы	>40	<20
Частичная экскреция натрия*	<1	>2
Индекс почечной недостаточности**	<1	>2

$$* \text{ Частичная экскреция натрия} = \frac{\text{натрий мочи} \times \text{креатинин плазмы}}{\text{натрий плазмы} \times \text{креатинин мочи}} \times 100.$$

$$** \text{ Индекс почечной недостаточности} = \frac{\text{натрий мочи} \times \text{креатинин плазмы}}{\text{креатинин мочи}}$$

ОПУХОЛИ ШЕИ

Опухоли шеи довольно часто встречаются в общехирургической практике. При обращении больного к врачу по поводу опухоли шеи важно выяснить причину и характер новообразования с целью дифференциации доброкачественной и злокачественной опухоли.

ПРИЧИНЫ

Поверхностные

Киста сальной железы
Липома
Дермоидная киста
Абсцесс

Лимфатические узлы

Глубокие

Передний треугольник

Подвижные при глотании

Щитовидная железа
Щитовидно-язычная киста
Лимфатический узел

Неподвижные при глотании

Слюнные железы
Бранхиальная киста
Опухоль сонного гломуса
Аневризма сонной артерии
Грудино-сосцевидная опухоль

Задний треугольник

Шейное ребро
Аневризма подключичной артерии
Глоточный карман
Кистозная гигрома

АНАМНЕЗ

Симптомы

Диагностика поверхностных опухолей не представляет особых затруднений. Киста сальной железы характеризуется медленным ростом, а при ее инфицировании могут отмечаться болезненность и гиперемия кожи над местом ее расположения. Липома также обладает медленным ростом. При абсцессе отмечаются боль и болезненность при пальпации. Увеличение лимфатических узлов может наблюдаться после недавно перенесенного заболевания, сопровождавшегося повышением температуры, локальных повреждений головы и шеи, при наличии распространенного воспалительного процесса или злокачественного новообразования. Опухоль, возникающая при жевании, позволяет считать ее связанной со слюнной железой. Жалобы больного на кратковременные эпизоды потери сознания и головокружения являются характерными симптомами опухоли каротидного тельца. Опухоль, располагающаяся в нижней части заднего

треугольника, увеличивающаяся в размерах после еды и булькающая при наполнении, позволяет предположить наличие глоточного кармана. При этом у больного могут отмечаться приступы кашля или удушья в положении лежа, как только происходит самопроизвольное опорожнение кармана и существует опасность развития аспирации. Неврологические и сосудистые нарушения в области верхней конечности могут наблюдаться при наличии шейного ребра. Грудино-сосцевидная опухоль встречается редко и преимущественно у новорожденных. У младенцев иногда встречается кистозная гигрома.

Перенесенные ранее заболевания

У больного необходимо выяснить наличие в анамнезе ВИЧ-инфекции, туберкулеза и злокачественного новообразования. Роды в тазовом предлежании плода или применение щипцов может способствовать развитию грудино-сосцевидной опухоли.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Начиная осмотр, выясните расположение опухоли, поверхностное или глубокое, является ли это опухолевидное образование скоплением увеличенных лимфатических узлов. В случае глубокого расположения опухоли определить ее расположение в переднем или заднем треугольнике шеи. При расположении опухоли в переднем треугольнике определите наличие (связь ее со щитовидной железой) или отсутствие подвижности при глотании.

Киста слюнной железы

Диагноз легко установить при простом осмотре по внутрикожному ее расположению и наличию углубления в центре.

Липома

Липома может располагаться в любом месте шеи, но чаще на задней поверхности шеи. Липома представляет собой мягкое на ощупь и дольчатое опухолевидное образование, не спаянное с кожей.

Дермоидная киста

Дермоидная киста может быть врожденного или приобретенного характера. Врожденная киста чаще располагается на голове и шее, в местах слияния кожных дерматомов. Они не отличаются от кист слюнных желез, но в них отсутствует углубление в центре кисты. Приобретенная имплантация дермоидов обычно располагается вблизи рубцов.

Абсцесс

Диагноз не вызывает особых трудностей. У больного имеется болезненное при пальпации опухолевидное образование с гиперемизированной над ним кожей. Абсцесс может располагаться вблизи лимфатических узлов или слюнных желез.

Лимфаденопатия (увеличение лимфатических желез)

В зависимости от причины лимфатический узел может быть либо увеличенным и болезненным при пальпации; либо безболезненным и плотным на ощупь или резиновой плотности; либо небольшого размера, плотным и спаянным с другими узлами, образуя конгломерат. Проверьте наличие увеличенных лимфатических узлов в других местах тела и гепатоспленомегалии. Распространенное увеличение лимфатических узлов в сочетании со спленомегалией наблюдается у больных с заболеваниями крови.

Щитовидная железа

Опухоли щитовидной железы смещаются при глотании. Одновременно наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов указывает на злокачественный характер опухоли. При клиническом исследовании следует проверить щитовидный статус больного.

Щитоподъязычная киста

Это безболезненное опухолевидное образование, располагающееся по средней линии шеи, смещающееся при глотании. Она смещается также при высовывании языка. Иногда она прилежит к телу подъязычной кости. При инфицировании кисты, которое встречается довольно редко, отмечается боль, болезненность при пальпации, увеличение опухоли.

Слюнная железа

Увеличение подчелюстной слюнной железы чаще всего обусловлено нарушением проходимости подчелюстного протока. Увеличение подчелюстной железы нередко выявляется во время еды. При пальпации дна ротовой полости по средней линии у корня языка можно определить наличие камня в нижнечелюстном протоке. Увеличение околоушной железы может быть обусловлено нарушением проходимости протока, хотя чаще в этой железе отмечается развитие опухоли. У больных со злокачественной опухолью околоушной железы часто развивается паралич лицевого нерва.

Бранхиогенная (жаберная) киста

Бранхиогенная киста чаще всего располагается спереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы на границе верхней и средней трети в виде мягкого на ощупь и замазкообразной плотности опухолевидного образования.

Опухоль каротидного тельца (сонного гломуса)

Эта опухоль локализуется в области бифуркации общей сонной артерии в виде плотного образования.

Аневризма сонной артерии

Аневризма сонной артерии встречается довольно редко. Чаще наблюдается ложная аневризма после операций на сонной артерии или

травмы шеи. Извитость сонной артерии можно ошибочно принять за аневризму.

Стерно-сосцевидная «опухоль»

Это образование встречается только у младенцев в результате родовой травмы. У младенца обнаруживается опухолевидное образование в средней $1/3$ грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При этом голова повернута в противоположную сторону и наклонена к плечу на стороне поражения.

Шейное ребро

У больного при пальпации выявляется опухолевидное образование костной плотности, располагающееся в заднем треугольнике шеи.

Аневризма подключичной артерии

Аневризма подключичной артерии обнаруживается в виде пульсирующего образования в нижней части заднего треугольника шеи. Нередко сочетается с наличием шейного ребра.

Глоточный карман

Глоточный карман располагается за нижним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы в заднем треугольнике шеи. Он может быть заполненным после еды и пустым в лежачем положении больного. При опросе больной может указывать на перенесенную ранее аспирационную пневмонию.

Кистозная гиррома

Кистозная гиррома представляет собой скопление расширенных лимфатических протоков, встречающееся у маленьких детей в виде мягкого, дольчатого образования с признаками флюктуации и легко сдавливаемое пальцами, блестящее при просвечивании.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ злокачественное новообразование. Л ↑ воспалительный процесс и лейкопения. СОЭ ↑ воспалительный процесс и злокачественное новообразование.

• РГК

В легких можно обнаружить проявления туберкулеза, новообразования или метастаза. При опухоли щитовидной железы может определяться девиация трахеи. Можно выявить шейное ребро. На снимке посчитайте ребра. Если при подсчете оказывается 13 ребер, это указывает на наличие шейного ребра.

• УЗИ

Позволяет обнаружить почти любую опухоль шеи, а также отличить кисту от плотной опухоли, например в щитовидной железе.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тщательный анализ данных анамнеза и объективного исследования больного позволяет установить этиологию опухоли. В определенных случаях для уточнения диагноза требуется проведение специальных методов исследования.

• Проба Пауля—Бунелля

При железистой лихорадке.

• Исследование плазмы на токсоплазмоз

Токсоплазмоз.

• Проба Манту

Туберкулез.

• Титры вирусов

При любой вирусной инфекции, при которой наблюдается увеличение лимфатических узлов.

• Исследование на ВИЧ

СПИД.

• ФНЩЖ

В случае выявления у больного при клиническом исследовании увеличения щитовидной железы.

• АБТИ

Представляет диагностическую ценность у больных с увеличением лимфатических узлов, щитовидной и слюнных желез.

• КТ

С целью диагностики почти всех новообразований шеи, особенно для подтверждения опухоли каротидного тельца.

• Дуплексное доплеровское исследование

У больного с подозрением на аневризму сонной или подключичной артерии.

• Рентгенография дна ротовой полости

Для диагностики камня в просвете подчелюстного протока.

• Сиалография (рентгенологическое исследование с контрастированием протока слюнной железы)

Контрастное исследование протока слюнной железы выполняют для выявления возможной причины и места непроходимости, например, камень или стеноз.

• Исследование с приемом сульфата бария внутрь

Для подтверждения диагноза фарингеального кармана. У больного с подозрением на глоточный карман никогда не выполняйте эндоскопическое исследование из-за опасности перфорации кармана.

• ЭГДС

С целью диагностики рака пищевода или желудка как причины увеличения шейных лимфатических узлов.

• Бронхоскопия

Для диагностики рака легкого с наличием метастазов в шейные лимфатические узлы.

▶ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Опухоли молочной железы довольно часто встречаются в клинической практике. При каждом обращении женщины с опухолью молочной железы к врачу в первую очередь необходимо исключить наличие рака.

ПРИЧИНЫ

Дискретные (одиночные) опухоли

Злокачественные	Рак Листовидная опухоль
Доброкачественные	Фиброаденома Киста (при кистозном мастите) Галактоцеле (ретенционная киста) Жировой некроз (склерозирующий аденоз) Липома Эктазия млечного протока (расширение протоков молочной железы) Туберкулезный абсцесс Киста сальной железы

Общее увеличение молочной железы

Беременность
Лактация
Половое созревание
Мастит

Опухоли, располагающиеся за молочной железой

Ретромаммарный абсцесс при заболеваниях грудной клетки
Болезнь Титце
Деформация ребра
Хондрома реберных хрящей

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Данные анамнеза, указывающие на наличие этого заболевания у многих родственников, что это нерожавшая женщина с ранним менархе (раннее становление менструальной функции), поздним наступлением менопаузы, перенесенной ранее кистозной гиперплазией позволяют заподозрить наличие у такой женщины рака молочной железы. Больная нередко обращается к врачу с жалобой на наличие опухоли молочной железы (в 85% случаях рака молочной железы опухоль безболезненна) или указанием на втяжение соска, образование ямочек на коже груди, появление опухолевидных образований в подмышечной впадине. У больной может наблюдаться желтуха, обусловленная метастатическим поражением печени или образованием метастатического узла в области ее ворот. При метастатическом поражении костей могут отмечаться боли в костях и патоло-

нические переломы. Ослабление или отсутствие дыхательных шумов при аускультации может быть обусловлено метастазированием опухоли в легкие или наличием выпотного плеврита. Изменение поведения больной, внезапное появление судорожных приступов, головные боли указывают на метастазирование в головной мозг.

Во время беременности или лактации могут развиться мастит, абсцесс молочной железы или образоваться галактоцеле (ретенционная киста молочной железы). Наличие в анамнезе травмы молочной железы позволяет предположить жировой некроз. Появление у женщины на 5-м месяце беременности болей за околососковым кружком, втяжение соска и появление из соска густых, жирных, кремовых выделений указывает на расширение протоков молочной железы. У больной в возрасте 15–25 лет, обратившейся к врачу с жалобой на наличие в молочной железе мягкой опухоли, скорее всего, имеется фиброаденома. У больной с наличием в анамнезе болей в молочных железах возможны заболевания, освещенные в разделе, посвященном болям в молочной железе (см. с. 61). У женщины следует тщательно выяснить наличие в анамнезе перенесенного туберкулеза, поскольку в некоторых редких случаях в молочной железе может образоваться туберкулезный абсцесс или процесс может распространиться из легких через грудную стенку на молочную железу.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Рак

При пальпации молочной железы выявляется неровное опухолевидное образование, которое может быть спаяно с кожей или глубжележащими тканями. На коже груди определяются ямочки, сосок втянут. Опухшая втянутая вокруг опухоли поверхность кожи напоминает лимонную корку. Сосок выглядит как при болезни Педжета — с мокнутием, экзематозом, иногда изъязвлениями. Выявляются увеличенные подмышечные и надключичные лимфатические узлы, генотомегалия.

Листовидная цистосаркома

Подвижная при пальпации опухоль может достигать больших размеров.

Фиброаденома

Проявляется обычно в виде гладкой подвижной опухоли округлой формы, которую часто называют «мышкой грудной железы» (поскольку при пальпации опухоль буквально выскальзывает из-под пальцев).

Киста

Гладкая, подвижная опухоль, иногда может быть болезненной при пальпации и может сочетаться с наличием множественных опухолей груди.

Галактоцеле

Гладкая при пальпации и подвижная опухоль, развивающаяся у женщин в лактационном периоде.

Жировой некроз

Плотная на ощупь опухоль, с неровной поверхностью, иногда с наличием над ней кровоизлияния или следов зубов. Редко опухоль спаяна с кожей, и в этих случаях ее трудно отличить от рака молочной железы.

Липома

При пальпации определяется мягкая дольчатая опухоль. В молочной железе образуется редко. Ее следует отличать от псевдолипомы, представляющей собой кусочки жира между сокращенными подвешивающими молочную железу связками.

Эктазия молочных протоков

Отмечаются болезненность под околососковым кружком, покраснение кожи вокруг него, втянутость соска и густые, жирные, кремового цвета выделения из соска.

Киста сальной железы

При пальпации молочной железы выявляется подвижное опухолевидное образование, связанное с кожей, иногда с пятном в центре. В случае развития воспаления возможны покраснение окружающей его кожи и гнойные выделения.

Общее увеличение молочных желез

Общее увеличение молочных желез наблюдается при беременности, в период лактации и полового созревания. Увеличение молочной железы возможно при мастите. В этом случае наблюдаются покраснение кожи, болезненность при пальпации, местное повышение температуры.

Опухоли, развивающиеся за молочной железой

Эти опухоли встречаются довольно редко. Наиболее часто встречающейся патологией является болезнь Титце. При обследовании отмечаются выбухание и болезненность над II, III и IV реберными хрящами. У больной с ретромаммарным абсцессом диагноз становится очевидным уже при перкуссии и аускультации грудной клетки.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• ОАК, СОЭ**

Нб ↓ запущенная стадия злокачественного новообразования. Л ↑ при абсцессе молочной железы. СОЭ ↑ злокачественное новообразование и туберкулез.

- **ФПП**

Щелочная фосфатаза ↑ при метастатическом поражении печени и костей (изоферменты).

- **Уровень кальция в сыворотке крови**

Повышен при метастазах в кости.

- **РГК**

Метастазы в легких и ребрах. Основное заболевание органов грудной полости, например, туберкулез или эмпиема.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **АБТИ**

Для дифференциальной диагностики злокачественного и доброкачественного новообразования; кисты или опухоли.

- **Маммография**

Накопление рентгеноконтрастного вещества или микрокальциноз подтверждают наличие злокачественного новообразования. Расширенные ретроареолярные протоки и наличие кожных углублений указывают на эктазию протока. Крупнозернистая кальцификация может наблюдаться при длительно существующих фиброаденомах.

- **Открытая биопсия**

С целью дифференциальной диагностики, например фиброаденомы, жирового некроза.

- **УЗИ**

УЗИ молочной железы у молодых женщин является более предпочтительным методом диагностики по сравнению с маммографией. УЗИ используется для диагностики метастазов в печени.

- **КТ**

С целью диагностики метастазов в органах брюшной и грудной полостей, головном мозге.

- **Сканирование костей**

Для распознавания метастазов.

▶ ОПУХОЛИ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЫ

В большинстве случаев опухолевидные образования подмышечной ямки представляют собой увеличенные лимфатические узлы. Увеличение подмышечных лимфатических узлов нередко наблюдается в результате метастазирования рака молочной железы. Диагностика этой патологии не является сложной, и узлы легко выявляются при простом физикальном обследовании больного.

ПРИЧИНЫ

Поверхностные

Острый абсцесс
Киста сальных желез
Липома
Гнойный гидраденит

Глубокие

Хронический абсцесс, например туберкулезный (редко)
Лимфаденопатия
Липома
Аневризма подмышечной артерии
Опухоль молочной железы (распространяющаяся на подмышечную область в виде хвоста)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Поверхностные

Острый абсцесс

У больного с острым абсцессом появляется припухлость кожи в подмышечной впадине, болезненная при пальпации. При этом может появляться гнойное отделяемое. Гнойные процессы являются частым осложнением у больных сахарным диабетом.

Киста сальных желез

Киста сальной железы обнаруживается в виде плотного опухолевидного образования в коже подмышечной области, нередко с небольшим округлым пятном в центре. В случае нагноения отмечается болезненность при пальпации и может наблюдаться гнойное отделяемое.

Липома

При физикальном обследовании у больного в подкожной клетчатке подмышечной области выявляется дольчатое опухолевидное образование, мягкое при пальпации.

Гнойный гидроаденит

У больного при обследовании отмечаются множественные, болезненные опухолевидные образования в поверхностных тканях под-

мышечной ямки; воспаление апокриновых потовых желез. Обычно на них наблюдается гнойное отделяемое. Подобное осложнение часто встречается у больных сахарным диабетом.

ГЛУБОКИЕ

Хронический абсцесс

Выясните наличие у больного в анамнезе туберкулеза. При этом больной может отмечать выраженную потливость по ночам.

Лимфаденопатия (см. с. 293)

Больной нередко жалуется на появление в подмышечной ямке опухолевидного образования, болезненного или безболезненного при пальпации. Проведите тщательное обследование участка тела по ходу лимфатических сосудов, дренируемых в региональные лимфатические узлы, с целью выявления воспалительного процесса или злокачественного образования, например, всю верхнюю конечность, грудную и брюшную стенки, включая область пупка, кожу спины вниз до гребешка подвздошной кости и молочные железы. Выясните наличие увеличенных лимфатических узлов в других участках тела. Выясните у больного наличие жалоб на недомогание, повышение температуры, ночных потов, кашля. Наличие у больного в анамнезе кровотечек и носовых кровотечений указывает на возможность дискразии (патологии системы крови). Следы царапин, расчесов на руке указывают на наличие у больного болезни «кошачьих царапин»¹.

Липома

Иногда больной отмечает плотное опухолевидное образование, периодически появляющееся из-под покрывающих его мышц.

Аневризма подмышечной артерии

Аневризмы подмышечной артерии встречаются довольно редко. Больной отмечает появление пульсирующего опухолевидного образования в подмышечной области. С увеличением размеров аневризмы больной начинает замечать отскакивание руки от туловища при каждом ударе сердца. Иногда больной отмечает те или иные ощущения в конечности, обусловленные тромбозом в дистальные отделы верхней конечности.

Опухоли молочной железы

Иногда опухоль медиальной поверхности подмышечной ямки является опухолью молочной железы (например, фиброаденома или рак), распространяющейся на подмышечную область.

¹ Хламидиоз, возникающий после кошачьих укуса или царапин; характерные признаки — медленно заживающие повреждения, регионарный лимфаденит, лихорадочное состояние. — *Примеч. ред.*

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Поверхностные образования***Острый абсцесс*

У больного отмечается болезненное опухолевидное образование с гиперемией окружающей кожи и флюктуацией в центре и гнойным отделяемым.

Липома

При исследовании отмечается наличие в подкожной клетчатке мягкого при пальпации опухолевидного образования, имеющего дольчатое строение.

Киста сальных желез

Хорошо определяемое небольших размеров опухолевидное образование в коже подмышечной ямки. При простом осмотре в центре можно заметить углубление. В случае воспаления кисты вокруг опухолевидного образования отмечается гиперемия кожи и болезненность опухоли при пальпации. Иногда имеется отделяемое из центра опухоли.

Гнойный гидраденит

При осмотре подмышечной области выявляются множественные опухолевидные образования, болезненные при пальпации, с гиперемизированной над ними кожей и гнойным отделяемым.

Глубокие*Хронический абсцесс*

При обследовании у больного в подмышечной ямке определяется опухолевидное образование, флюктуирующее при пальпации. При абсцессах туберкулезной этиологии на поверхности кожи не отмечается никаких признаков воспалительного процесса или они незначительные.

Лимфаденопатия

Одиночный дольчатый узел — доброкачественное образование, например липома. Множество плотных узлов позволяют предположить наличие у больного метастатических узлов (карцинома). Болезненные при пальпации узлы с явлениями флюктуации скорее всего заставляют заподозрить абсцесс. Обследуйте близлежащие к лимфатическим узлам участки тела для выявления воспалительного процесса или опухоли. Обследуйте молочные железы. Проверьте наличие или отсутствие в других частях тела увеличенных лимфатических узлов, например, шейных, паховых; проведите пальпацию печени и селезенки для исключения гепатоспленомегалии.

Липома

Глубоколежащие липомы обычно располагаются в межмышечных пространствах, и обнаружить их при пальпации удается только при

определенных положениях пациента. Они могут располагаться меж-
ду мышцами и выступать из-под них. Глубоколежащие ли-
помы могут быть более плотными при пальпации, и в отличие от рас-
положенных поверхностно липом мягкость их не определяется.

Аневризма подмышечной артерии

При обследовании в подмышечной ямке выявляется пульсирующая
опухоль. Проверьте наличие пульса в дистальных отделах конечности.
При большой аневризме подмышечной артерии у больного
в положении стоя с опущенными руками наблюдается движение ру-
ки на стороне поражения в такт с пульсом.

Опухоли молочной железы

Опухоль, располагающаяся на медиальной поверхности подмышеч-
ной ямки, может быть хвостом опухоли молочной железы, распро-
страняющейся в подмышечную ямку.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОАК, СОЭ

НВ ↓ злокачественное новообразование. Л ↑ воспаление или лейкемия.
СОЭ ↑ воспаление или злокачественное новообразование.
Тромбоцитоз ↓ лейкопения.

- **Мазок**

ПЦ, микроскопическое исследование отделяемого.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **РГК**

Туберкулез.

- **УЗИ**

Лимфаденопатия, липома, аневризма.

- **Проба Манту**

Туберкулез.

- **АБТИ**

Для дифференциации злокачественного и доброкачественного
новообразования.

- **Маммография**

Рак молочной железы.

- **Ангиография**

Определение проходимости дистального русла у больных с анев-
ризмой подмышечной артерии.

▶ ОПУХОЛИ ПОЧЕК

Опухоли почек встречаются не так уж редко. Они могут протекать бессимптомно или сопровождаться гематурией, воспалительными явлениями мочевыводящих путей и повышением температуры.

ПРИЧИНЫ

Врожденные	
	Поликистоз почек
Приобретенные	
Инфекционные	Паранефральный абсцесс Туберкулез
Обструктивные	Гидронефроз Пиелонефроз
Дегенеративные	Солидарная киста
Неопластические	Гипернефрома Нефробластома

АНАМНЕЗ

Врожденные

Заболевание часто носит наследственный характер и в анамнезе выясняется наличие поликистоза у родственников больного; заболевание развивается лишь в возрасте после 30–40 лет, когда больной поступает с жалобами на наличие опухолевидного образования в брюшной полости, гематурии, болей в поясничной области (воспаление или кровотечение из кисты) или с явлениями почечной недостаточности. Иногда у больного развивается гипертензия. В редких случаях у новорожденного младенца отмечается гидронефроз, который может явиться причиной летального исхода.

Приобретенные

При опросе больного можно установить наличие перенесенного ранее туберкулеза. У него могут отмечаться гематурия, дизурические расстройства или пиурия. У больного с паранефральным абсцессом нередко выясняется наличие сахарного диабета. Больные со злокачественной опухолью почки обращаются с жалобами на наличие опухолевидного образования в брюшной полости, гематурию, боли, повышение температуры и снижение массы тела.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

При пальпации иногда удается пальпировать опухолевидное образование в левой или правой поясничной области. Опухоль смещается при дыхании и определяется при двуручной пальпации, возможно наличие баллотирования. Обычно при наличии опухолевидного образо-

вания при перкуссии выявляется притупление, но покрывающая ее неполная газом поперечно-ободочная кишка создает при перкуссии полосу тимпанического звука. Солитарная киста при пальпации может определяться в виде напряженного опухолевидного образования с гладкой поверхностью, которое может быть довольно большого размера. Поликистозные почки могут быть довольно больших размеров, распространяясь до паховой области. При пальпации они обычно имеют гладкую поверхность, но при множественных кистах отмечается рельефность. В случае их инфицирования они могут быть болезненными при пальпации и напряженными после кровоизлияния в них. Гидронефротические почки могут быть больших размеров и при пальпации определяются в виде гладкого и напряженного опухолевидного образования. У больного с паранефральным абсцессом в поясничной области определяется припухлость с гиперемизированной над ней кожей и отечность окружающих тканей. Абсцесс может прорываться в поясничной области, но в настоящее время это встречается крайне редко. Гипернефрома обычно пальпируется в виде плотного, неправильной формы узловатого опухолевидного образования, которое может быть неподвижным. Нефробластома может выявляться в виде большой опухоли в брюшной полости и в поясничной области.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нб ↑ (при гипернефроме может наблюдаться полицитемия). Нб ↓ кровопотеря вследствие гематурии. Л ↑ пиелонефрит, паранефральный абсцесс. СОЭ ↑ гипернефрома, нефробластома, туберкулез, воспалительный процесс.

- **М и Эл**

При двустороннем поражении почек наблюдается повышение мочевины и креатинина крови.

- **Глюкоза крови**

Паранефральный абсцесс у больных сахарным диабетом.

- **ОРПММП**

Гидронефроз при камне почки или мочеточника.

- **РГК**

Метастазы — гипернефрома (метастаз в виде пушечного ядра), нефробластома. Туберкулез.

- **Анализ мочи**

Кровь, лейкоциты, микрофлора, УПМ для исследования на туберкулез.

- **УЗИ**

Дифференциация опухоли и кисты. Биопсия.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ВВУ**

Отсутствие функции почки. Гидронефроз. Изменение контуров чашечек (гипернефрома).

- **КТ**
Дифференциация кисты и опухоли. Распространенность опухоли.
Биопсия.
- **Цистоскопия**
Опухоль мочевого пузыря, закрывающая просвет мочеточников.
Туберкулез. Обструкция выходного отдела мочевого пузыря.
- **Антеградная пиелография**
Определение участка непроходимости.
- **Ретроградная пиелография**
Определение участка обструкции.
- **Ангиография**
Кровоснабжение опухоли (применяется редко).
- **МР**
Поражение паренхимы почек. Поражение сосудов.

► ОПУХОЛИ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

Эта патология, особенно грыжи, имеет важное клиническое значение, поскольку довольно часто встречается во время обследования больных.

ПРИЧИНЫ

Опухолевидные образования, располагающиеся выше пупартовой связки

Киста сальной железы
 Липома
 Прямая паховая грыжа
 Косая паховая грыжа
 Неполностью опустившееся яичко
 Липома полового тяжа
 Водянка семенного канатика (редко)
 Водянка канала Нука (редко)

Ниже пупартовой связки

Киста сальной железы
 Липома
 Бедренная грыжа
 Лимфатические узлы
 Варикозно-расширенная вена
 Аневризма бедренной артерии (истинная или ложная)
 Неполностью опустившееся яичко
 Нейрома бедренных нервов (редко)
 Синовиома тазобедренного сустава (редко)
 Грыжа запирающего отверстия
 Абсцесс поясничной мышцы (редко)

АНАМНЕЗ

Киста сальной железы

Больной указывает на опухолевидное образование на коже в паховой области. При этом могут отмечаться воспалительные явления в виде гиперемии кожи и выделений из опухоли.

Липома

Больной отмечает наличие в паховой области опухолевидного образования, мягкой консистенции, безболезненного при пальпации.

Грыжи

При наличии грыжи больной отмечает опухолевидное образование в паховой области, которое исчезает в лежачем положении или может вправляться (вправимая). Больной может обратиться к врачу по поводу напряженного и болезненного опухолевидного образования, которое не вправляется и сопровождается клиническими признаками кишечной непроходимости. Бедренная грыжа чаще встречается

у женщин. В некоторых случаях появлению грыжевого выпячивания предшествует внезапное резкое напряжение или травма.

Неполностью опустившееся яичко

Неполностью опустившееся яичко нередко проявляется в виде опухолевидного образования в паховой области. Сам больной или мать ребенка отмечают отсутствие яичка в мошонке.

Липома полового тяжа

Больной отмечает наличие в паховой области мягкого опухолевидного образования, которое ошибочно принимают за грыжевое выпячивание.

Водянка семенного канатика

Водянка проявляется в виде опухолевидного образования в паховой области, не уменьшающееся в размерах при перемене положения.

Водянка канала Нуха

Это образование имеет сходство с водянкой семенного канатика, но наблюдается у женщин. Оно представляет собой влагалищный отросток брюшины.

Лимфатические узлы

Лимфатические узлы могут проявляться в виде опухолевидных образований ниже паховой связки. Они могут быть отделены друг от друга и иметь плотную консистенцию; болезненные при пальпации с гиперемизированной над ними кожей или слившиеся в виде опухолевидного конгломерата. Больному с увеличением паховых лимфатических узлов врачу необходимо провести тщательный и всесторонний анализ данных анамнеза, поскольку паховые лимфатические узлы являются дренирующей системой не только тканей нижней конечности, но и полового члена, кожи мошонки, нижней половины прямой кишки, кожи ягодиц и нижнего отдела брюшной стенки, включая пупочную область. У женщин они дренируют половые губы, нижнюю треть влагалища и дно матки через лимфатические сосуды, сопровождающие круглую связку матки к паховому каналу. Поэтому у больного необходимо подробно выяснить наличие каких-либо заболеваний аноректальной области, например, кровотечений из прямой кишки или гинекологических заболеваний, например кровотечения из влагалища, являющегося симптомом рака матки.

Варикозное расширение большой подкожной вены

Варикозное расширение большой подкожной вены, как правило, сопровождается наличием варикозно-расширенных вен всей нижней конечности. Больной обычно указывает на наличие небольшого

опухолевидного образования мягкой консистенции синеватого цвета в нижнем отделе паховой области.

Аневризма бедренной артерии

Наличие в паховой области пульсирующего опухолевидного образования является признаком аневризмы бедренной артерии. В этом случае выясните у больного наличие перенесенной операции на артериях в паховой области или проведение ангиографии через бедренную артерию, что может указывать на ложную аневризму.

Неполностью опустившееся в мошонку яичко

Опусканию яичка ниже верхней части бедра может препятствовать сращение Скарповской фасции с глубокой фасцией бедра.

Нейрома бедренного нерва

При этой редко встречающейся патологии может отмечаться анестезия или парестезия в области передней поверхности бедра и невозможность разгибания ноги в коленном суставе.

Синовиома тазобедренного сустава

Эта патология встречается довольно редко. Больной жалуется на наличие опухолевидного образования в глубоких тканях паховой области, которое может нарушать движения бедра.

Грыжа запирающего отверстия

Это заболевание встречается редко. Грыжевой мешок проходит через запирающий канал и может достигать глубоких тканей паховой области вплоть до гребешка лобковой кости. Опухолевидное образование редко пальпируется вследствие находящегося над ним гребешка лобковой кости. Диагноз устанавливают лишь после развития непроходимости или ущемления грыжевого мешка.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Киста сальной железы

Опухолевидное образование спаяно с кожей, а имеющееся на нем углубление указывает место сращения. Киста сальной железы представляет плотное округлое и подвижное образование, не спаянное с подлежащими тканями. При воспалении отмечается местное повышение температуры, гиперемия покрывающей ее кожи и болезненность при пальпации.

Липома

При исследовании отмечается опухолевидное образование, дольчатого строения, подвижное и не спаянное с кожей или подлежащей подкожной клетчаткой. Оно не вправляется и через нее не передается кашлевой толчок, чем она отличается от грыжи.

Грыжи

Грыжа может вправляться, и при исследовании отмечается выраженный кашлевой толчок. Грыжи могут быть невправимыми. Невправимые грыжи могут: 1) ущемляться — задерживаться в грыжевом мешке вследствие сращений между содержимым грыжевого мешка и стенкой мешка; 2) вызывать развитие непроходимости — петля тонкой кишки ущемляется в мешке и нарушается пассаж содержимого кишечника; 3) сдавливаться — при этом нарушается артериальное кровоснабжение, что приводит к гангрене содержимого грыжевого мешка. В последнем случае у больного может отмечаться наличие в паховой области болезненного при пальпации опухолевидного образования, гиперемия кожи, повышение температуры тела, тахикардия. У больного развиваются все признаки кишечной непроходимости.

Важно отличить паховую грыжу от бедренной. Паховая грыжа располагается выше и медиальнее бугорка лобковой кости, а бедренная грыжа ниже и латеральнее этого бугорка. Паховая грыжа может быть прямой и косой. Косая грыжа от глубокого пахового кольца имеет направление вниз к паховому каналу. Прямая грыжа проходит вдоль задней стенки пахового канала через треугольник Гессельбаха (основанием которого является паховая связка; латеральным краем — нижняя надчревная артерия; медиальным краем — латеральный край прямой мышцы живота). Различие между прямой и косой паховыми грыжами можно определить по уменьшению грыжевого выпячивания и оказываемого давления над областью глубокого пахового кольца при покашливании больного. Если грыжевой мешок оказывается медиальнее пальцев, то это указывает на наличие прямой паховой грыжи. Если грыжевое выпячивание появляется только после прекращения давления над областью расположения глубокого пахового кольца, то это указывает на наличие косой паховой грыжи.

Неполностью опустившееся яичко

Неполностью опустившееся яичко может находиться в эктопическом положении (корень полового члена, верхняя часть бедра или промежность) или вдоль нормальной линии опускания. Неполностью опустившееся яичко невозможно определить в паховом канале — оно обычно слишком мягкое и атрофичное и невозможно пропальпировать через покрывающий его плотный апоневроз наружной косой мышцы живота. Однако в случае злокачественного перерождения оно становится плотным и неровным и его удается пропальпировать в паховом канале. Неполностью опустившееся яичко можно пальпировать в верхней части бедра, под паховой связкой. При исследовании мошонка на этой стороне оказывается пустой. В верхней части бедра яичко не может опускаться более чем на несколько сантиметров, поскольку ниже паховой связки этому препятствует сращение Скарповской фасции с глубокой фасцией бедра. Неполностью опустившееся яичко можно также пальпировать в области корня полового члена или промежности.

Липома полового тяжа

Эту патологию можно с определенностью диагностировать только во время операции, несмотря на отсутствие передаточного кашлевого толчка, как это наблюдается при наличии грыжи.

Водянка семенного канатика

Эта патология встречается редко. При пальпации обнаруживается мягкое опухолевидное образование, располагающееся по ходу семенного канатика. При этом не определяется выраженного кашлевого толчка. При аккуратном потягивании за яичко можно ощущать передвижение жидкости семенного канатика вниз по каналу. Ее можно обнаружить при просвечивании.

Водянка канала Нука

Опухолевидное образование, сходное с водянкой семенного канатика, развивающееся у женщин и получившее название водянки канала Нука. Клинические данные сходны с таковыми при водянке семенного канатика у мужчин, за исключением того, что в данном случае не за что потягивать!

Бедренная грыжа

Это образование встречается преимущественно у женщин. Она располагается ниже и латеральнее бугорка лобковой кости. В данном случае будет определяться выраженный кашлевой толчок. Грыжа может быть вправимой. У больных с бедренной грыжей нередко наблюдается ущемление, особенно у больных с пристеночной грыжей Рихтера. При этом у больной отмечается напряженное, болезненное и невправляемое опухолевидное образование, располагающееся ниже и латеральнее бугорка лобковой кости.

Лимфатические узлы

Лимфатические узлы пальпируют ниже паховой связки. Классически их распределяют на несколько групп: 1) поверхностные, с подразделением на горизонтальные и вертикальные группы и 2) глубокие. В практической работе их трудно разделить на группы. Лимфатические узлы в паховой области можно пальпировать в виде обособленных узелков или в виде плотных, неправильной формы и в виде конгломерата. Эта картина является характерной для злокачественных новообразований. Болезненные при пальпации лимфатические узлы, с признаками флюктуации и гиперемией покрывающей их кожи обычно наблюдаются у больных с лимфаденопатией при воспалительных процессах. У больного с увеличением паховых лимфатических узлов необходимо провести тщательное исследование всех областей, дренируемых в эти лимфатические узлы, а именно: 1) кожа нижних конечностей, включая исследование под ногтями больших пальцев; 2) кожа ягодиц; 3) кожа нижней части передней брюшной стенки, включая пупочную область; кожа мошонки,

полового члена и головки; 5) половые губы и нижняя треть влагалища; 6) нижний отдел прямой кишки; 7) дно матки. При этом у больного необходимо провести обследование не только поверхностных образований, но и выполнить пальцевое исследование прямой кишки и двуручное влагалищное исследование.

Варикозное расширение поверхностной вены бедра

Это представляет собой мягкое при пальпации, легко сдавливаемое расширение терминального отдела поверхностной вены бедра. При исследовании отмечается наличие кашлевого толчка, а расширение исчезает в лежачем положении больного. При перкуссии вены в нижней части ноги определяется передаточное колебание жидкости.

Аневризма бедренной артерии

Аневризма бедренной артерии определяется в виде пульсирующего опухолевидного образования в проекции бедренной артерии. При осмотре этой области обратите внимание на наличие послеоперационного рубца, что указывает на возможность образования ложной аневризмы.

Не полностью опустившееся яичко

Не полностью опустившееся яичко можно пропальпировать в верхней части бедра ниже паховой связки. На этой же стороне в мошонке отсутствует яичко. В верхней части бедра яичко не может опуститься более чем на несколько сантиметров ниже, вследствие сращения Скарповской фасции с глубокой фасцией бедра ниже паховой связки.

Нейрома бедренного нерва

Это заболевание встречается довольно редко. Нейрому можно определить при пальпации по ходу бедренного нерва (латеральнее бедренной артерии). Определить целостность бедренного нерва (сохранение чувствительности на передней поверхности бедра; разгибание ноги в коленном суставе).

Синовиома тазобедренного сустава

Это образование встречается редко. При пальпации в глубине тканей паховой области можно определить утолщение, связанное с тазобедренным суставом. У больного можно обнаружить ограничение движений в тазобедренном суставе.

Грыжа запирающего отверстия

Грыжа запирающего отверстия наблюдается редко. Только у очень худого больного глубоко в тканях медиального отдела паховой складки можно пальпировать опухолевидное образование. В большинстве случаев грыжа запирающего отверстия встречается у больных с кишечной непроходимостью, а диагноз устанавливают лишь после лапаротомии.

Абсцесс поясничной мышцы

Это заболевание наблюдается редко и проявляется как осложнение при туберкулезе позвоночника в виде холодного абсцесса тела позвонка, распространяющегося вниз по влагалищу поясничной мышцы. Абсцесс определяется ниже паховой связки в виде опухолевидного образования с наличием флюктуации. В настоящее время абсцесс поясничной мышцы в большинстве случаев образуется в виде осложнения при перфорации полых органов, расположенных в забрюшинном пространстве, например восходящего отдела толстой кишки во влагалище поясничной мышцы.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика опухолевидных образований паховой области в большинстве случаев основывается на данных анамнеза и физикального обследования.

• **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ опухоли лимфатического узла. Л ↑ воспаление лимфатических узлов, ущемленная грыжа. СОЭ ↑ опухоли лимфатического узла, воспалительные процессы, например туберкулез позвоночника.

• **УЗИ**

Липома, неполностью опущенное яичко, аневризма бедренной артерии, абсцесс поясничной мышцы.

• **Рентгенография бедра**

Остеоартрит при синовииоме.

• **РБП**

Кишечная непроходимость при окклюзионной/ущемленной грыже.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **Дуплексное доплеровское исследование**

Аневризма. Ложная аневризма. Варикозное расширение поверхностной бедренной вены.

• **Рентгенография поясничного отдела позвоночника**

Туберкулез позвонка (абсцесс поясничной мышцы).

• **Герниография**

С целью дифференциации паховой или бедренной грыжи.

• **АБТИ**

Исследование патологии лимфатического узла.

• **Биопсия**

Исследование патологии лимфатического узла.

▶ ОПУХОЛИ МОШОНКИ

Опухоль мошонки является частой патологией, встречающейся в амбулаторной практике. При обращении больного с подобной патологией в первую очередь необходимо быстро диагностировать перекрут яичка и предпринять соответствующие действия, например операцию. При обследовании больного важно отличить опухоли, представляющие серьезную патологию (опухоль яичка) от простых и доброкачественных образований (киста придатка яичка).

ПРИЧИНЫ

- Киста сальной железы
- Косая паховая грыжа
- Гидроцеле
- Киста придатка яичка (сперматоцеле)
- Орхоэпидидимит
- Перекрут яичка
- Опухоль яичка
- Варикоцеле
- Гематоцеле
- Сперматогенная гранулема
- Туберкулез (редко)
- Гумма (редко)

АНАМНЕЗ

Киста сальной железы

Больной обращается с жалобой на появление нескольких болезненных опухолевидных образований на коже мошонки. Из анамнеза нередко выясняется неоднократное появление подобных образований, болезненных при пальпации, с гиперемизированной кожей мошонки, признаками воспаления и выделениями из них.

Косая паховая грыжа

Больного часто беспокоит опухоль, которую он может самостоятельно вправить. Грыжа может проявляться в виде болезненного, непрямая опухлевидного образования. При этом у больного появляются признаки кишечной непроходимости.

Гидроцеле

Идиопатическое гидроцеле проявляется в виде безболезненной опухоли мошонки, которая постепенно увеличивается. Оно обычно развивается у лиц в возрасте старше 50 лет. Иногда, в случае сопутствующего заболевания яичек, больной отмечает неприятные ощущения в мошонке и болезненность при пальпации. При развитии гидроцеле у лиц более молодого возраста следует подумать о наличии злокачественного новообразования, являющегося первопричиной гидроцеле.

Киста придатка яичка

Киста придатка яичка проявляется в виде безболезненной опухоли мошонки. Киста может постепенно увеличиваться в размере в течение многих лет. Иногда развивается с обеих сторон.

Орхоэпидидимит

Больной жалуется на боли и припухлость мошонки, обычно с одной стороны, недомогание и повышение температуры тела. У больного могут наблюдаться воспалительные явления со стороны мочевыводящих путей в виде дизурии и учащенного мочеиспускания.

Заворот яичка

Эта патология встречается у лиц в периоде полового созревания и довольно редко в возрасте старше 25 лет. Больной отмечает внешнее появление болей в мошонке и паховой области, которые могут иррадиировать в нижнюю часть живота, может наблюдаться тошнота и рвота. Больной может указывать на интенсивную физическую работу, например, занятия физкультурой, подтягивание, или даже выясняется наличие мастурбации. Во всех случаях определите точное время появления признаков заболевания. Для сохранения нормальной функции яичка операцию следует выполнить в пределах 6–8 ч после начала появления симптомов заболевания.

Опухоли яичек

Из опухолей яичек тератома развивается в возрасте 18–30 лет, семинома в возрасте от 30 до 45 лет. Чаще всего больной отмечает ощущение тяжести в мошонке и увеличение ее, сопровождающееся болезненностью. Иногда у больного отмечаются сопутствующие симптомы в виде болей в брюшной полости в результате увеличения лимфатических узлов, обусловленные метастазированием опухоли. Иногда у больного отмечается увеличение отдаленных лимфатических узлов, например шейных.

Варикоцеле

Больной (или партнер) может отметить наличие на мошонке варикозно-расширенных вен. Нередко единственным симптомом является тянущая боль в мошонке и паховой области. У больного при двустороннем варикоцеле может наблюдаться бесплодие. Варикоцеле чаще развивается слева.

Гематоцеле

В анамнезе у больного, как правило, отмечается травма.

Сперматозоидная гранулема

Сперматозоидная гранулема развивается в пределах 2–4 мес. после вазэктомии (иссечения части семявыводящего протока при удалении

предстательной железы). Больной отмечает появление небольшого болезненного узелка на месте вазэктомии.

Туберкулез

Это заболевание встречается редко. Больной обычно жалуется на увеличение мошонки, сопровождающееся тянущими болями. У больного может быть перенесенный ранее туберкулез легких или почки. В этом случае у больного отмечается недомогание, кровохарканье или гематурия.

Гумма

Гумма встречается крайне редко. При этом отмечается безболезненное увеличение яичек. Ее необходимо отличать от опухоли яичка. У больного могут выявляться другие признаки сифилиса.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Киста сальной железы

При осмотре на коже мошонки выявляется одно или несколько небольших, округлой формы, плотных опухолевидных образований. Поскольку тонкая кожа мошонки растягивается над опухолевидными образованиями, через нее можно увидеть казеозное желтоватого цвета содержимое кисты. В центре кисты имеется небольшое втяжение.

Косая паховая грыжа

Грыжи, опускающиеся в мошонку, всегда являются косыми. Они могут вправляться. С опухолью эту манипуляцию сделать невозможно. При сильном кашле можно ощущать в области грыжи кашлевой толчок, а при аускультации грыжевого мешка можно прослушать звуки кишечной перистальтики.

Гидроцеле

Гидроцеле обычно является односторонним и может быть довольно больших размеров. При исследовании отмечается флюктуация, просвечивает в луче света, а при перкуссии отмечается тупой перкуторный звук. При достаточно большом количестве содержащейся в нем жидкости можно слышать звук переливающейся жидкости. Пропальпировать яичко не удается. Это выпячивание не удается вправить, за исключением недоразвитого гидроцеле, в котором жидкость распространяется до глубокого пахового кольца.

Киста придатка яичка

Киста придатка яичка развивается обычно выше и позади яичка. Яичко можно пальпировать отдельно от опухоли. При пальпации кисты часто определяется ее дольчатое строение, поскольку жид-

кость располагается в дольках, нередко определяется флюктуация, а в луче света прозрачная жидкость кисты просвечивается. Образования, содержащие молокообразную опалесцирующую жидкость, являются сперматоцеле, которые не просвечиваются.

Орхоэпидидимит

У больного с орхоэпидидимитом кожа мошонки горячая на ощупь, гиперемирована и отечна. Вначале определяется болезненность только в области придатка яичка, но затем в процесс вовлекается яичко.

Перекрут яичка

У больного с перекрутом яичка кожа мошонки на ощупь горячая, гиперемированная и отечная. Яичко очень болезненно при пальпации и часто подтянуто к паховой складке.

Опухоль яичка

В мошонке пальпируется плотное, неправильной формы опухолевидное образование. Часто больной замечает опухоль еще очень маленькой, а в других случаях больной обнаруживает опухоль, когда она принимает большие размеры. В редких случаях опухоль замечается так поздно, что прорастает кожу мошонки. При пальпации живота попытайтесь определить увеличение парааортальных лимфатических узлов. Исследуйте шейные лимфатические узлы, особенно в левой надключичной ямке. Опухоли яичек метастазируют в парааортальные лимфатические узлы, в средостение и иногда в шейные лимфатические узлы. Паховые лимфатические узлы в процесс не вовлекаются до тех пор, пока опухоль не прорастает кожу мошонки, что наблюдается редко.

Варикоцеле

Варикоцеле можно пальпировать только в вертикальном положении больного. При осмотре и пальпации обнаруживаются расширенные вены мошонки. Они ощущаются в виде «мешка с червями», но в действительности они имеют сходство с теплым спагетти. Поражение чаще встречается слева.

Гематоцеле

Гематоцеле определяется в виде напряженного болезненного, опухолевидного образования, флюктуирующего при пальпации. При осмотре можно обнаружить следы травмы в виде кровоподтека. Кровь, располагающаяся между влагалищными оболочками, не позволяет пальпировать яичко.

Сперматозоидная гранулема

У больного на месте иссеченного участка семявыводящего протока пальпируется небольшой болезненный узелок.

Туберкулез

В области придатка яичка пальпируется ограниченное, плотное на ощупь опухолевидное образование. Определяются утолщенные семенной канатик и семявыводящий проток, иногда образуется свищ. Проведите исследование органов грудной клетки для выявления признаков туберкулеза легких. Осмотрите шею для выявления рубцов (дренирование лимфатического узла из холодного абсцесса) или увеличенных лимфатических узлов.

Гумма

Гумма проявляется в виде безболезненной припухлости яичка. У больного определяются и другие признаки сифилиса.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ хроническое заболевание, например туберкулез. Л ↑ воспалительный процесс, например, орхоэпидидимит, перекрут яичка. СОЭ ↑ туберкулез, сифилис, опухоль.

- **РГК**

Туберкулез, метастазы из опухоли яичка.

- **СПМ**

ВМПГ, наблюдающееся у больных с орхоэпидидимитом.

- **УЗИ**

Дифференциация опухоли и кисты. Гидроцеле по сравнению с кистой придатка яичка. У молодого человека со слабо выраженным гидроцеле всегда проводите УЗИ исследование яичка с целью выявления опухоли.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Опухолевые маркеры**

АФП, β-ЧХГ, ЛДГ.

- **АУПМ**

Туберкулез.

- **ЛИВЗ**

Гумма.

- **УЗИ брюшной полости**

Рак левой почки, прорастающий в левую почечную вену, что сопровождается развитием варикоцеле слева.

- **Лазерная доплерография***

Дифференциация перекрута яичка и орхоэпидидимита.

- **Сканирование с технецием***

Дифференциация заворота яичка и орхоэпидидимита.

* Эти исследования выполняются редко из-за отсутствия времени или оборудования. В случае разногласий в отношении диагноза склоняйтесь в пользу перекрута яичка и выполните диагностическое вскрытие мошонки.

- **Операция**

При расхождении диагноза между заворотом яичка и орхоэпидимитом.

- **ЯМР**

ЯМР сканирование брюшной и грудной полостей может подтвердить увеличение лимфатических узлов, обусловленное метастазированием опухоли яичка.

▶ ОПУХОЛИ ПОДКОЛЕННОЙ ЯМКИ

Опухоли в области подколенной ямки встречаются нередко. В большинстве случаев они легко выявляются при клиническом исследовании.

ПРИЧИНЫ

Поверхностные

Киста сальной железы
Липома
Узел варикозно-расширенной малой подкожной вены

Глубокие

Липома
Лимфаденопатия
Полумембранозная сумка
Киста Бейкера
Аневризма подколенной артерии

Костные

Экзостозы
Остеогенная саркома

АНАМНЕЗ

Поверхностные

Киста сальной железы

Киста сальной железы проявляется в виде внутрикожного опухолевидного образования, которое при инфицировании становится болезненным, с наличием отделяемого.

Липома

Больной отмечает появление в подкожной клетчатке подколенной ямки мягкого, дольчатой структуры опухолевидного образования.

Варикозно-расширенный узел малой подкожной вены

Эта патология обычно встречается у больного с варикозно-расширенными венами системы малой подкожной вены в виде мягкого опухолевидного образования в подколенной ямке.

Глубокие

Липома

Липомы, расположенные в глубжележащих тканях подколенной ямки, часто не удается определить при пальпации из-за расположенной над ними плотной фасции. В отличие от поверхностных, эти липомы не всегда мягкие и не имеют дольчатого строения.

Лимфаденопатия

В подколенной области при пальпации можно определить несколько опухолевидных образований. Больной нередко жалуется на поражение дистальной части конечности, либо ноги, или стопы. Очаг поражения обычно располагается по наружному краю стопы или задней поверхности конечности. При этом может отмечаться увеличение лимфатических узлов в других местах.

Полумембранозная сумка

Больной жалуется на наличие в подколенной ямке опухолевидного образования, ограничивающее движение в коленном суставе, особенно сгибание.

Киста Бейкера

Киста Бейкера представляет выпячивание (дивертикул) суставной сумки коленного сустава, образующегося при хроническом заболевании коленного сустава. Больной нередко указывает на боли в коленном суставе, наличие у него остеоартрита или ревматоидного артрита. Иногда при разрывах кисты больной жалуется на появление сильных болей в икроножных мышцах. В этом случае необходимо провести тщательное обследование больного для исключения тромбоза глубоких вен.

Аневризма подколенной артерии

Аневризму замечают лишь при значительном ее увеличении. Больной жалуется на наличие в подколенной ямке пульсирующего опухолевидного образования. Причем, при расположении этой конечности вверх другой он часто отмечает ее колебания, совпадающие с пульсом.

Костные

В области эпифизарного хряща нижнего конца бедренной и верхней части большеберцовой костей у больного могут наблюдаться экзостозы. В этом случае в подколенной ямке пальпируются опухолевидные образования костной плотности.

Остеогенная саркома

Опухоль развивается либо на нижнем конце бедренной или верхней части большеберцовой костей. Чаще всего она проявляется диффузным увеличением коленного сустава. Больной часто жалуется на боли в коленном суставе, недомогание, снижение массы тела. Больной иногда обращается к врачу с признаками метастазов в легкие, наличием кашля и кровохарканья.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Поверхностные***Киста сальной железы*

При пальпации в подколенной ямке определяется небольшое, хорошо отграниченное внутрикожное опухолевидное образование с углублением в центре.

Липома

В подколенной ямке определяется мягкое, опухолевидное образование дольчатого характера.

Варикозный узел варикозно-расширенной малой подкожной вены

Эта патология встречается довольно часто. При пальпации в месте впадения малой подкожной вены в большую (в средней части подколенной ямки) обнаруживается мягкое, легко сдавливаемое образование. При исследовании нередко определяется сильный кашлевой толчок, а при постукивании пальцем в нижнем отделе малой подкожной вены определяется бульканье жидкости.

Глубокие*Липома*

Липому, расположенную в жировой клетчатке подколенной ямки, точно определить бывает довольно трудно. Она является довольно плотной и в отличие от поверхностно расположенной липомы не имеет дольчатого строения.

Лимфаденопатия

При пальпации в подколенной ямке можно определить несколько отдельно расположенных, увеличенных лимфатических узлов, или они пальпируются в виде плотного конгломерата. Проверьте наличие патологических процессов в дистальных отделах конечности или стопе, например злокачественная меланома. Проверьте наличие увеличенных лимфатических узлов в других местах.

Полумембранозная сумка

При пальпации определяется опухолевидное образование плотноватой консистенции, нередко просвечивающееся в прямом луче света и располагающееся выше уровня коленного сустава, несколько ближе к медиальной поверхности подколенной ямки.

Киста Бейкера

Кисты Бейкера встречаются преимущественно у больных пожилого возраста, длительно страдающих артритами, или у лиц более молодого возраста с ревматоидным артритом. При пальпации определяется опухолевидное образование, располагающееся ниже уровня коленного сустава, глубоко под сухожилием икроножной мышцы.

Опухолевидное образование может просвечивать в луче света. При надавливании опухоль может уменьшаться в объеме за счет перемещения содержимого в полость сустава. При исследовании коленного сустава выявляются типичные признаки длительно существующего артрита, например, ограничение подвижности, наличие крепитации, а иногда выпота.

Аневризма подколенной артерии

В подколенной ямке при пальпации определяется пульсирующее опухолевидное образование. Поражение часто носит двусторонний характер. Проверьте наличие пульсации периферических артерий конечности. Тромбирование аневризмы подколенной артерии может сопровождаться развитием ишемии дистальных отделов конечности или являться источником тромбоэмболических осложнений в виде ишемии пальцев или образования ишемических язвочек на кончиках пальцев. Проведите пальпаторное исследование живота в отношении выявления связи между аневризмой подколенной артерии и аневризмой брюшной аорты.

Костные

Экзостозы

В подколенной ямке нередко можно пальпировать костные выступы.

Остеогенная саркома

При исследовании отмечается гиперемия кожных покровов в области опухоли, с расширенными подкожными венами. В этом месте определяется болезненность при пальпации. В начальной стадии опухоль является гладкой, а при прорастании в окружающие ткани становится неровной. При пальпации в подколенной области определяется опухолевидное образование необычной, костной плотности.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нв ↓ лимфаденопатия, например, одно из проявлений распространенного увеличения лимфатических узлов у больного с ретикулезом. Л ↑ ретикулез. СОЭ ↑ ретикулез, остеогенная саркома с метастазированием.

• УЗИ

Липома. Полумембранозная сумка. Киста Бейкера. Аневризма подколенной артерии.

• Р-фия коленного сустава

Экзостозы. Остеоартрит (киста Бейкера). Ревматоидный артрит (киста Бейкера). Остеогенная саркома — деструкция костной ткани, распространение за пределы коркового слоя кости, отслоение периостального слоя с признаком репозиции кости (треугольник Кодмена — рентгеновская тень на поверхности кости, обнаруживаемая на границе злокачественного новообразования)

с радиальным расположением кусочков костной ткани (солнечные осколки).

- **РГК**

Наличие в легких метастазов остеогенной саркомы. Увеличение лимфатических узлов корня легкого наряду с генерализованной лимфаденопатией.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Дуплексное доплеровское сканирование**

Варикозное расширение малой подкожной вены. Аневризма подколенной артерии.

- **КТ**

Подтверждает диагноз остеогенной саркомы. Метастазирование в легкие.

- **Ангиография**

Аневризма подколенной артерии. Состояние периферического кровотока.

ОТЕК

Отек — накопление избыточного количества водянистой жидкости в подкожной клетчатке. При отеке в результате лимфатического стаза используется термин «лимфедема», лимфатический отек.

ПРИЧИНЫ**Общие**

Увеличение объема плазмы Гидростатическое давление	Застойная сердечная недостаточность Гипотензивные препараты — нифедипин
Снижение объема плазмы Онкотическое давление	Поражение печени Почечная недостаточность, например нефротический синдром Нарушение питания/нарушение всасывания
Нарушение лимфатического оттока*	Врожденное недоразвитие лимфатических сосудов
Повышение капиллярной проницаемости	Ангиневротический отек — анафилаксия

Локальные

Увеличение объема плазмы Гидростатическое давление	Нарушение венозной проходимости
Нарушение лимфатического оттока*	
<i>Врожденные</i>	Болезнь Милроя—Мейджа Лимфедема предтазовая Поздняя лимфедема
<i>Приобретенные</i>	Инфильтрация злокачественной опухоли Инфекция, например слоновость Лучевая терапия Повреждение во время операции
Повышение капиллярной проницаемости	Местная инфекция Травма — механическая травма — ожоги — укусы животных/насекомых

* Указывает причину лимфедемы

АНАМНЕЗ**Место и распространение**

Выясните у больного расположение отека, а также границы в случае локального отека, вследствие травмы или инфекции. Отек может наблюдаться на обеих нижних конечностях, например при непроходимости НПВ и беременности, или ограничиваться только одной конечностью, например, ногой при одностороннем ТГВ или рукой после удаления подмышечных лимфатических узлов.

Способствующие факторы

Такие способствующие факторы, как травма и инфекция, вытекают из анамнеза больного, и их не следует обсуждать. Причиной ангионевротического отека может явиться известный аллерген. Причиной лимфедемы может стать инфицирование филяриями, вызывающими непроходимость лимфатических сосудов; заражение нематодами может произойти во время путешествия по эндемичским районам Африки, Азии и Австралии. Лимфедема может быть врожденной, развивающейся вскоре после рождения (болезнь Миероля), или ювенильной, развивающейся в период полового созревания (болезнь Мейджа) или в возрасте 30 лет и старше (поздняя лимфедема).

Перенесенные ранее заболевания и медикаментозная терапия

Нарушение лимфатического оттока может развиваться как осложнение лучевой терапии или операции, особенно в подмышечной и паховой областях. Нарушение проходимости лимфатических сосудов возможно в результате непосредственного поражения лимфатических узлов при лимфоме или метастазах опухоли. Тщательный анализ применяемых больным лекарственных средств позволяет выявить предполагаемый препарат, способствующий развитию отека.

Сопутствующие симптомы

При отсутствии в анамнезе каких-либо способствующих факторов необходимо провести тщательный посистемный анализ данных анамнеза больного. Необходимо активно выяснять данные анамнеза в отношении злокачественного новообразования. Кроме того, у больного следует исключить наличие следующих состояний.

Сердечная недостаточность

У больного с сердечной недостаточностью могут отмечаться сонливость, одышка, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка, кашель, отеки в области голеностопных суставов и увеличение живота в результате асцита.

Поражение печени

Наличие у больного желтухи, зуда, отечности в области голеностопных суставов, увеличения живота, рвоты с примесью крови и нарушений сознания (энцефалопатия) указывает на поражение печени.

Заболевания почек

Выраженные диффузные отеки — характерный признак нефротического синдрома. Больной обращает внимание на пенистую мочу вследствие выраженной протеинурии.

Илие всасывания

Илие у большого массы тела, понос, стеаторея являются лишь симптомами характерными признаками нарушения всасывания пищи.

Отек вен

Отек и боль в одной нижней конечности — характерные признаки ИВ. В некоторых случаях у больного с илеофemorальным тромбозом наряду с резкими болями в конечности и массивным отеком конечность становится цианотичной (синяя болевая флегмазия) или белой (белая болевая флегмазия). Отек обеих нижних конечностей с расширением поверхностных вен на туловище и передней поверхности живота наблюдается при нарушении проходимости ИВ.

ИССЛЕДОВАНИЕ**Осмотр**

При осмотре больного определите характер отека, его распространение, сравните одну конечность с другой, что поможет ускорить установление дифференциального диагноза. Причиной отеков в области голеностопных суставов у ходячего больного и в области крестца и таза может быть общее заболевание.

Сердечно-сосудистая система

У больного с сердечной недостаточностью при исследовании пульса можно отметить наличие тахикардии с альтернирующим пульсом, снижение АД вследствие систолической недостаточности. У больного отмечается повышенное ЦВД, а при аускультации выслушиваются III тон сердца и крупнопузырчатые, рассеянные крепитирующие хрипы над легкими. При пальпации живота можно определить увеличение печени, вследствие застоя, и наличие асцита.

Исследование живота

При нарушениях всасывания или злокачественном новообразовании уже при простом осмотре обращает на себя внимание истощение больного. Выявление изменений пальцев рук в виде барабанных палочек, гиперемии ладоней, контрактуры Дюпюитрена, желтухи, «паучьих» пятен (сосудистых звездочек) и гинекомастии указывает на поражение печени. Расширенные коллатеральные вены на передней брюшной стенке могут быть признаком портальной гипертензии или нарушения проходимости ИВ. Менее выраженная венозная сеть ниже пупка наблюдается при портальной гипертензии, а более выраженная — при нарушении проходимости ИВ. Увеличение того или иного органа при поражении злокачественной опухолью может способствовать развитию венозного тромбоза. Нарушение венозного оттока может вызывать злокачественное новообразование в области малого таза.

Конечности

При осмотре ног обратите внимание на наличие и характер отеков и болезненности при пальпации. Измерьте окружность обеих конечностей в области бедер и голени. Выраженная гиперемия, отек и болезненность в одной нижней конечности могут быть признаками ТГВ.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Анализ мочи**

Выраженная протеинурия наблюдается у больных с нефротическим синдромом.

- **ОАК**

Л ↑ воспалительный процесс и ТГВ. Нв ↓ нарушение всасывания в кишечнике.

- **М и Эл**

Мочевина и креатинин ↑ при почечной недостаточности.

- **ФПП**

Повышение их при поражении печени.

- **Альбумин плазмы крови**

↓ при нефротическом синдроме, заболеваниях печени, нарушении всасывания и неполноценном питании.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Исследование суточной мочи**

>3,5 г белка при нефротическом синдроме.

- **Биопсия почки**

Для определения причины развития нефротического синдрома у взрослых.

- **Эхокардиография**

Расширение полостей сердца и нарушение сократительной способности миокарда у больных с сердечной недостаточностью.

- **Биопсия печени**

Цирроз печени.

- **Исследование кала на наличие жира**

↑ нарушение всасывания в кишечнике.

- **Дуплексное доплеровское исследование глубоких вен нижних конечностей**

Выше коленного сустава ТГВ.

- **Венография**

Ниже коленного сустава ТГВ, нарушение проходимости НПВ.

- **Лимфангиография**

Лимфедема.

▶ ОТЕКИ ЛИЦА

Наличие опухоли или отечности лица — частая жалоба больных, обращающихся к врачу. Отечность может быть локальной или распространяться на все лицо. Наиболее частыми причинами являются травма или воспалительный процесс, но отечность лица может быть признаком и системного заболевания.

ПРИЧИНЫ

Травматического характера

Переломы костей лица
Укусы насекомых

Воспалительного характера

Рожистое воспаление (рожа)
Воспалительные процессы зубов
Синусит
Воспаление околоушной железы (паротит)

Неопластического характера

Околоушная железа
Околоносовые пазухи
Нижняя челюсть
Опухоли средостения

Сосудистого характера

Тромбоз верхней полой вены
Тромбоз кавернозного синуса

Эндокринного характера

Синдром Кушинга
Кретинизм
Акромегалия

Метаболического характера

Эндокринные
Почечная недостаточность

Лекарственного характера

Гормоны

Прочие

Аллергические реакции
Ангioneвротический отек
Болезнь Педжета

АНАМНЕЗ

Отеки травматического характера

Обычно больные указывают на перенесенную травму лица. В ряде случаев отек выражен, с наличием кровоподтека и закрытием глазных щелей. Укусы насекомых могут вызывать отеки вследствие аллергической реакции или развития воспалительного процесса.

Инфекционного характера

Рожа — сравнительно редко встречающееся воспаление кожи, обусловленное гемолитическим стрептококком. Больной предъявляет жалобы на боли и красноту в области щек, нередко повышение температуры и недомогание. Довольно часто больные указывают на наличие воспалительного процесса в зубах (см. Боли и отек нижней челюсти, с. 41), а отек вначале носит ограниченный характер, распространяясь затем на всю половину лица. При этом боль носит пульсирующий характер. Больные с воспалением околоносовых пазух обычно жалуются на боль в одной половине лица, в области расположения лобной или гайморовой пазухи. При этом отмечается отечность кожи лица в проекции пораженной пазухи. В случае воспаления околоушной железы имеются жалобы на боли и отек в ее области. При нарушении проходимости протока отек появляется во время еды (в период выделения слюны) и затем уменьшается. Двустороннее воспаление околоушной железы наблюдается при эпидемическом паротите.

Неопластического характера

Опухоли могут возникать в околоушной железе, околоносовых пазухах и нижней челюсти. При раке околоносовых пазух обычно отмечается локальная отечность. Больной жалуется на заложенность носа и выделения с примесью крови, иногда с неприятным запахом. Больные с опухолью нижней челюсти жалуются на боли, локализующиеся где-то глубже под припухлостью. При опухолях средостения могут наблюдаться синюшность и отек лица в результате сдавления опухоли верхней полой вены.

Сосудистого характера

Причиной отека лица может быть редко встречающийся тромбоз верхней полой вены как отдаленное осложнение у больных после катетеризации центральной вены. У больного наблюдаются синюшность и отек лица. Тромбоз кавернозного синуса обычно встречается после перенесенных воспалительных процессов лица или околоносовых пазух. Это, как правило, больные со сниженным иммунитетом, страдающие сахарным диабетом. Они жалуются на боли в глазу и лобной области, наличие отечности вокруг глаз и выпячивание глазного яблока. В дальнейшем отек может распространяться на всю половину лица. В результате вовлечения в процесс черепного нерва возможна диплопия.

Отек эндокринного характера

У больных с синдромом Кушинга отмечается отечность лица (лунообразное лицо) с очень характерной гиперемией. Отечность лица наблюдается также при акромегалии. Обычно имеются жалобы на необходимость использования обуви больших размеров и увеличение кистей рук. У больного отмечаются грубый, хриплый голос, выступающая нижняя челюсть и явления сердечной недостаточности. Больные кретинизмом имеют характерное одутловатое лицо и большой, выступающий изо рта язык.

Метаболического характера

Одутловатость вокруг глаз обычно указывает на наличие у больного почечной недостаточности.

Медикаментозного характера

В анамнезе у таких больных имеются сведения о длительной гормонотерапии.

Прочие

Аллергические реакции на лекарственные средства, особенно антибиотики, или переливание крови могут сопровождаться развитием отеков вокруг глаз или отеком лица. Поэтому у больного необходимо выяснить, не было ли в анамнезе непереносимости лекарственных препаратов. Ангионевротический отек обычно развивается в области век и губ. У больного отмечается периодическое появление в этих участках кожи лица жжения и раздражения. Наличие в анамнезе подобных явлений у родственников позволяет установить диагноз. У пациентов с болезнью Педжета отмечается болезненное увеличение объема черепа, бедра и ключиц и искривление большеберцовой кости. Больной указывает на то, что у него возникла необходимость в головном уборе большего размера. При простом осмотре можно заметить выступающий впереди увеличенный лоб.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Отек травматического характера

Уже при кратком обследовании становится очевидным наличие у больного перелома костей. Проверьте реакцию зрачков на свет, проведите исследование всех черепных нервов. При осмотре можно обнаружить следы от укусов насекомых, но часто рассмотреть их не удастся. На месте укуса отмечаются целлюлит и отек окружающих тканей.

Инфекционного характера

Рожистое воспаление выглядит как гиперемированный болезненный участок кожи с хорошо различимыми демаркационными краями, возвышающимися над окружающей нормальной кожей. Обычно отмечается повышение температуры тела. При простом осмотре полости рта можно обнаружить дентальный абсцесс с наличием

локальной болезненности и отека тканей. Диагноз синусита устанавливают преимущественно на основании данных анамнеза, у больного отмечается локальная болезненность при пальпации и отек окружающих тканей. У больного с паротитом отмечается увеличение околоушной железы, а в случае воспалительного процесса — болезненность и иногда гиперемия кожи. Процесс может быть одно- или двусторонним. Осмотрите устье протока слюнной железы, с тем чтобы исключить наличие в нем камня или стеноза.

Неопластического характера

При обследовании больного с опухолью околоушной железы при пальпации определяется увеличенная железа с неровными контурами, плотной консистенции или плотным отеком окружающих тканей. Возможно наличие у больного предшествовавшей полиморфной аденомы. Проверьте состояние лицевого нерва, который может вовлекаться в процесс. У больного раком верхнечелюстной пазухи в ее области можно выявить отек тканей. Опухоли челюсти см. на с. 43. У больных с окклюзией верхней полой вены отмечаются цианоз и отек лица. Проведите исследование органов грудной полости.

Сосудистого характера

Клиническая картина тромбоза верхней полой вены идентична таковой при ее непроходимости. У больных с тромбозом кавернозного синуса отмечаются краснота и отечность вокруг глаз, распространяющаяся на все лицо, может наблюдаться экзофтальм. Проверьте наличие пареза III, IV и VI пар черепных нервов. У больного отмечают повышение температуры тела и недомогание.

Отеки эндокринного характера

У больных с синдромом Кушинга отмечается характерное лунообразное лицо, а также другие отличительные признаки в виде атрофических полос на коже живота, так называемого горба буйвола, проксимальной миопатии. У больных кретинизмом широкое, плоское лицо, широко расставленные глаза и выступающий изо рта большой язык. У больных с акромегалией большое лицо с чрезмерным разрастанием мягких тканей, носа, губ и языка, большие кисти рук и увеличенная выступающая вперед нижняя челюсть (прогнатизм).

Метаболического характера

У больных с почечной недостаточностью обычно наблюдается отечность вокруг глаз, возможно наличие периферических отеков и артериальной гипертензии. При хронической почечной недостаточности характерен бронзовато-лимонный цвет кожи.

Медикаментозного характера

Внешний вид больного после длительной гормональной терапии напоминает таковой при синдроме Кушинга (см. выше).

Прочие

При аллергических реакциях у больных часто наблюдается отечность глаз, губ и лица в сочетании с уртикарными высыпаниями (крапивница) на других участках тела. В некоторых случаях возможно развитие отека гортани и бронхоспазма. Диагноз ангиогенного отека устанавливают обычно на основании данных анамнеза. При обследовании выявляют отечность век и губ с наличием жжения, болезненности и раздражения. У больных с болезнью Педжета отмечается увеличение головы с нависающим над глазами сводом черепа. В некоторых случаях возможно развитие глухоты, иногда выявляются симптомы сдавления черепных нервов. Проведите исследование черепных нервов. У больных может выявляться сердечная недостаточность с большим сердечным выбросом.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ злокачественное новообразование. Л ↑ воспалительный процесс, например, синусит, тромбоз кавернозного синуса. СОЭ ↑ воспаление, злокачественное новообразование.

• М и Эл

Мочевина и креатинин крови ↑ у больных с почечной недостаточностью.

• Рентгенография черепа

Позволяет диагностировать переломы костей черепа. Синуситы — отсутствие прозрачности синуса. Злокачественное новообразование — затемнение синуса и изъеденность кости. Опухоли костей. Болезнь Педжета. Контуры гипофизарной ямки — акромегалия. Болезнь Кушинга.

• РГК

Позволяет обнаружить опухоли средостения, первичный рак легкого с необычной секрецией АКТГ, приводящей к развитию синдрома Кушинга.

• Мазок

ПиЧ — воспалительный процесс, например, рожистое воспаление, укусы насекомых.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Рентгенография кистей рук

Акромегалия.

• КТ

Позволяет подтвердить наличие акромегалии, болезни Кушинга, диагностировать переломы, опухоли средостения, рак околоносовых пазух, опухоли околоушной железы, тромбоз кавернозного синуса.

• Сиалография

Заболевания околоушной слюнной железы, например наличие камня в протоке.

- **ФПЩЖ**
Кретинизм.
- **Уровень кортизола в плазме крови**
Синдром Кушинга.
- **Тест на толерантность к глюкозе с определением гормона роста**
Акромегалия.

▶ ОТЕК ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Отек может носить локальный характер или распространяться на всю конечность. Локальный отек может наблюдаться при заболевании суставов или переломе костей. Отеки в области суставов обсуждаются в разделе, посвященном заболеваниям суставов (см. с. 194). В этом разделе рассматриваются состояния, приводящие к развитию отека всей верхней конечности.

ПРИЧИНЫ

Травма

Инфекция

Целлюлит
Лимфангит

Лимфогенный отек

Врожденный

Приобретенный

Поражение подмышечных лимфатических узлов
— рак
— воспаление, например филяриоз
— удаление лимфатических узлов
— лучевая терапия

Тромбоз подмышечной вены

АНАМНЕЗ

В большинстве случаев отмечается наличие в анамнезе травмы, хотя патологические переломы могут возникать при незначительном повреждении. Врожденный лимфостаз верхней конечности встречается редко; однако вторичный лимфостаз не является редкостью, и при выяснении анамнеза больные отмечают перенесенные ранее операции по поводу рака молочной железы, на подмышечной артерии или лучевую терапию подмышечной области. Некоторые больные могут отмечать появление раны после пункции или укуса блохи, указывающие на перенесенный целлюлит или лимфангит. У больных с уже имеющимся лимфостазом конечности после пункции нередко развиваются стрептококковые целлюлиты. Чрезмерная или необычная физическая нагрузка может привести к развитию тромбоза подмышечной вены, который известен как «тромбоз от усилий». Примером может служить больной, занимавшийся побелкой потолков, который ранее не имел обыкновения выполнять эту работу. Тромбоз подмышечной вены может развиваться при наличии шейного ребра или нарушении проходимости входа в грудную полость. Тромбоз может также развиваться после катетеризации центральных вен.

ИССЛЕДОВАНИЕ

При обследовании больной конечности можно выявить локальный отек и болезненность при пальпации наряду с крепитацией в области костного перелома. В некоторых случаях наблюдающийся генерализованный отек конечности с отсутствием ямки при надавливании свидетельствует о наличии лимфостаза. В подмышечной ямке можно обнаружить конгломерат увеличенных лимфатических узлов, кожный рубец, свидетельствующий о ранее выполненной операции в этой области, или изменения кожи после проведенной ранее лучевой терапии. При исследовании молочных желез можно выявить участок первичной опухоли, приведшей к развитию вторичной подмышечной лимфаденопатии. У больного с тромбозом подмышечной вены можно обнаружить отек, цианоз и резко расширенные вены верхней конечности. При наличии целлюлита отмечаются краснота и повышение температуры конечности, а в случае лимфангита на конечности по ходу лимфатических сосудов бывают видны красные воспалительные полоски.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ опухоль, КЛ ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ опухоль или воспалительный процесс.

• **Тампон**

ПиЧ из любой раны, которая может быть причиной возникновения целлюлита или лимфангита.

• **РГК**

Шейное ребро (сопровождающееся развитием тромбоза подмышечной вены).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **УЗИ или КТ**

Конгломерат лимфатических узлов в подмышечной области.

• **Маммография**

Рак молочной железы — увеличение подмышечных лимфатических узлов.

• **Дуплексная доплерография**

Тромбоз подмышечной вены.

• **Венография**

Тромбоз подмышечной вены.

▶ ОТЕКИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Отек или увеличение объема нижней конечности может захватывать одну или обе конечности. Отек обеих нижних конечностей в большинстве случаев развивается при таких терапевтических патологических состояниях, как сердечная, почечная или печеночная недостаточность. Отечность одной конечности обычно наблюдается при травме, поражении вен или патологии лимфатических сосудов.

ПРИЧИНЫ

Местные

Острый отек

Травма
ТГВ
Целлюлит
Аллергическая реакция
Ревматоидный артрит

Хронический отек

Венозный
— варикозное расширение вен
— нарушение венозного оттока, например, при беременности, опухолях малого таза, окклюзия НПВ, постфлебитический синдром
Лимфедема
Врожденные аномалии, например, артериовенозное соустье
Паралич (нарушение насосной функции мышц)
Зависимый

Общего характера

Врожденная сердечная недостаточность
Гипопротеинемия, например, печеночная недостаточность, нефротический синдром, неполноценное питание
Почечная недостаточность
Гиперволемия
Микседема

АНАМНЕЗ

Отек конечности в сочетании с болью наблюдается при травматическом повреждении конечности, ТГВ, воспалительных процессах или осложнениях варикозного расширения вен. В остальных случаях отек нижней конечности может быть безболезненным, хотя больной может жаловаться на наличие неприятных ощущений в конечности, которая при отеке становится напряженной. При опросе больного во всех случаях необходимо выяснить наличие перенесенной травмы конечности, беременности (ТГВ), признаков злокачественных новообразований органов брюшной полости и малого таза, ранее

перенесенных хирургических вмешательств или лучевой терапии лимфатических узлов, заболеваний щитовидной железы, признаков сердечной недостаточности, почечной и печеночной недостаточности, неполноценного питания, перенесенного в детском возрасте полиомиелита, поражений нервов. Отек конечности при первичном лимфедеме (отек преимущественно подкожных тканей, вследствие закупорки путей оттока лимфы; лимфангиэктатический отек может быть врожденным – болезнь Милроя) отмечается увеличение объема конечности у новорожденного, или отек может развиваться в юношеском возрасте (ювенильная форма лимфедемы – болезнь Мейджа, характеризующаяся аутосомно-доминантным наследованием, предтазовая лимфедема) или у больных после 30 лет (поздняя лимфедема).

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Уже при простом осмотре у больного выявляется наличие перелома, ушиба или гематомы. При целлюлите может наблюдаться гиперемия кожных покровов, отечность конечности, локальное повышение температуры и болезненность при пальпации. Колотые ранки или после укуса насекомого выявляются при осмотре. В случае болезненности и отека конечности, особенно в области голени, с наличием положительного симптома Гоманса, т.е. появления болезненности в икроножных мышцах при дорсальной флексии стопы, следует заподозрить наличие у больного ТГВ. У больного с тромбозом бедренной вены прослеживается болезненность по ходу бедренной вены. Конечность при осмотре бледная, отек распространяется до паховой складки (белая болевая флегмазия), или конечность голубовато-багрового цвета, напряженная и резко болезненная при пальпации (синяя болевая флегмазия) – это характерные признаки наличия у больного илеофemorального тромбоза. Отечность обеих конечностей с наличием расширенных коллатеральных вен на передней брюшной стенке указывает на тромбоз НПВ. Отек и болезненность в области сустава часто наблюдается при ревматоидном артрите. У больных с отеками в начальной стадии лимфедемы после надавливания кончиком пальца в отечной ткани конечности остается углубление, в далеко зашедшей стадии происходит утолщение кожи и подкожной клетчатки, развивается гиперкератоз с образованием наростов, и углублений при надавливании не выявляется. Обнаружение рубцов в паховой области, увеличенных лимфатических узлов или признаков ранее проводившейся лучевой терапии указывает на возможную причину развития лимфедемы.

У больного с артериовенозным соустьем отмечается расширение вен нижней конечности, не спадающих при возвышенном положении конечности. Конечность на ощупь теплее противоположной; при пальпации выявляется наличие дрожания, а при аускультации прослушивается постоянный машинообразный дующий шум.

Локальный отек конечности может наблюдаться при наличии тромбозов. При этом отмечается отечность дистальных отделов конечности вследствие нарушения проходимости венозных и лимфатических сосудов.

Отечность при неврологических нарушениях, например, при сдавлении нервов или полиомиелите, развивается в результате атрофии мышц, которая легко обнаруживается при осмотре. При пальпации живота можно обнаружить увеличение печени или наличие абдоминального образования, нарушающего венозный отток. В этих случаях у больного целесообразно выполнить пальцевое исследование прямой кишки с целью выявления возможной опухоли органов малого таза, вызывающей сдавление венозных и лимфатических сосудов, или состояния, называемого «замороженный таз» (состояние, при котором нормальный таз уплотнен на всем протяжении за счет лимфатической опухоли).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

При травмах или переломах, сопровождающихся образованием большой гематомы, отмечается снижение Hb. Л ↑ указывает на наличие воспалительного процесса. Гематома может сопровождаться снижением числа тромбоцитов в крови.

• Анализ мочи

Протеинурия указывает на почечный характер отеков.

• М, Эл и креатинин

Повышение уровня мочевины и креатинина в крови наблюдается при почечной недостаточности.

• ФПП

Могут указывать на нарушение функции печени, сопровождающейся гипоальбуминемией.

• Глюкоза крови

Целлюлит и другие воспалительные процессы на нижней конечности часто развиваются у больных сахарным диабетом.

• РГК

Наличие кардиомегалии, признаков отека легких, выпотного плеврита указывает на сердечную недостаточность. Отек легких может наблюдаться при гиперволемии у больного с почечной недостаточностью. При саркоме нижней конечности можно обнаружить метастазы в легких.

• Рентгенография нижних конечностей

С целью диагностики переломов, опухоли или наличия газа в тканях при газовой гангрене.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Исследование свертываемости крови

Нарушения свертываемости, наблюдающиеся при коагулопатии, могут сопровождаться спонтанным образованием гематом.

- **УЗИ**
Гематома или саркома мягких тканей.
- **КТ**
Гематома или опухоль.
- **УЗИ и КТ малого таза**
С целью диагностики опухолей брюшной полости или малого таза, вызывающих сдавление вен.
- **Дуплексное доплеровское сканирование**
С целью диагностики ТГВ или артериовенозного соустья.
- **Венография**
Для подтверждения ТГВ.
- **Ангиография**
Для подтверждения диагноза артериовенозного соустья.
- **Лимфангиография**
Позволяет выявить причину лимфогенного отека конечности, например гипоплазию или непроходимость лимфатических сосудов.
- **Биопсия лимфатического узла**
Воспаление или опухоль.

▶ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ

В большинстве случаев повышение температуры наблюдается при определенных заболеваниях, например острый пиелонефрит или острый аппендицит, или в результате вирусной инфекции, например при обычной простуде. В ряде случаев причину повышения температуры у больного не удается выяснить после анализа данных анамнеза и проведенного клинического обследования. Повышение температуры часто сохраняется у больного в течение длительного времени.

ПРИЧИНЫ

Бактериальные

Подострый бактериальный эндокардит
Туберкулез
Бруцеллез
Тиф
Лептоспироз
Абсцесс, например, поддиафрагмальный, тазовый

Вирусы/рикетсии

Грипп
Лихорадка при поражении лимфатических узлов
Лихорадка Q
ВИЧ-инфекция
ЦМВ
Болезнь «кошачьих царапин»

Грибки

Кандидоз
Аспергиллез

Простейшие

Малярия
Амебиоз
Токсоплазмоз
Pneumocystis carini

Новообразования

Гипернефрома
Липома
Гепатома
Острая лейкемия

Заболевания соединительной ткани

СКВ
Узелковый полиартериит
Ревматоидный артрит
Височный артериит

Гранулематозные заболевания

Саркоидоз
Болезнь Крона

Лекарственные**Прочие**

Инфаркт миокарда
Тромбоэмболия легочной артерии
Семейная средиземноморская лихорадка
Болезнь Мюнхгаузена (искусственная)
После иммунизации

АНАМНЕЗ

У больного необходимо собрать подробный анамнез, особенно тщательно расспросить о возможном пребывании за границей, контакте с инфекциями, с животными, наличии укусов, аборт, сыпей на теле, диареи. Выясните лекарственный анамнез, включая применение выписанных врачом лекарственных средств и запрещенных препаратов. Расспросите больного о перенесенных ранее операциях, особенно на органах брюшной полости, о проведенных в последнее время прививках. Выясните жалобы больного, активно расспросив о наличии ночных потов, потери массы тела и общего недомогания.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Больному проведите полное и всестороннее обследование, которое должно охватывать каждую систему организма больного. Проверьте наличие у больного увеличения лимфатических узлов, увеличения печени и селезенки. Проведите пальцевое исследование прямой кишки и влажалищное исследование.

ИССЛЕДОВАНИЯ

Больному необходимо провести большое количество первичных и повторных исследований. Больному следует отменить любые принимаемые им препараты и наблюдать, будет ли снижение температуры.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• ОАК, СОЭ**

НЬ ↓ злокачественное образование, анемия при хронических заболеваниях, например ревматоидный артрит. Л ↑ воспалительный процесс, лейкемия. Лимфоцитоз ↑ вирусная инфекция. Тромбоциты ↓ лейкемия. СОЭ ↑ злокачественное новообразование, болезнь соединительной ткани, туберкулез.

• М и Эл

Болезнь соединительной ткани, сопровождающаяся поражением почек.

- **ФПП**
Заболевания желчных путей или печени, например, холангит, гепатит.
- **Глюкоза крови**
Сахарный диабет – воспалительные процессы чаще наблюдаются у больных сахарным диабетом.
- **Посев крови**
Рост *Streptococcus viridans* указывает на инфекционный эндокардит. Выделение форм кишечной палочки позволяет предположить возможность внутрибрюшного сепсиса.
- **Вирусные антитела**
Гепатит В, гепатит С, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ, ЦМВ.
- **Посев мокроты**
Микроскопическое исследование на БК и ПЧА.
- **Микроскопия осадка мочи и посев**
Микрогематурия наблюдается у больных эндокардитом. Гематурия при гипернефроме и нарушениях гомеостаза. Лейкоциты – воспалительный процесс. Гранулированные или скопления эритроцитов – воспалительный процесс в почках, например болезнь соединительной ткани. Протеинурия указывает на заболевание почек.
- **Посев кала и микроскопическое исследование**
ПиЧ. Микроскопическое исследование – яйца глистов, паразиты и кисты.
- **РГК**
Туберкулез. Атипичная пневмония. Пневмониты, развивающиеся при ВИЧ-инфекции и вызванные *Pneumocystis carini*. Метастазы. Увеличение лимфатических узлов корня легкого у больных с саркоидозом. Туберкулез и лимфома.
- **ЭКГ**
Заболевания сердца.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Ревматоидный фактор**
Ревматоидный артрит.
- **Серологические пробы**
Лихорадка Q, бруцеллез, лептоспироз.
- **Антитела**
Болезнь соединительной ткани.
- **Проба Манту**
Туберкулез.
- **Антистрептолизинный O титр**
Ревматизм.
- **Аспирация костного мозга**
Лейкемия, миелома.

- **Люмбальная пункция**
Наличие в ЦСЖ лейкоцитов и микрофлоры – менингит; крови – субарахноидальное кровоизлияние. Наличие белка в ЦСЖ – синдром Гийена–Барре–Штроля.
- **УЗИ брюшной полости**
Внутрибрюшные абсцессы.
- **Сканирование с галлием**
Локальный воспалительный процесс.
- **Сканирование с мечеными лейкоцитами**
Локальный воспалительный процесс/абсцесс.
- **Биопсия печени**
Гепатит.
- **Биопсия почек**
Гломерулонефрит. Злокачественное новообразование.
- **Биопсия мышцы**
Миозит.
- **КТ**
Воспалительный процесс, злокачественное новообразование.
- **Эксплоративная лапаротомия**
Для исключения внутрибрюшного сепсиса.

► ПОЛИУРИЯ

Объем суточной мочи у каждого человека колеблется в широких пределах и зависит от количества потребляемой жидкости, физиологических потребностей и незаметных или неучитываемых потерь жидкости. Под полиурией в произвольном толковании этого термина понимают чрезмерное выделение мочи, превышающее 3 л/сут.

ПРИЧИНЫ

Мочегонные

Терапевтические (петлевые)	Фуросемид Бендрофлюазид Амилорид
Осмотические	Гипергликемия Гиперкальциемия Маннитол Мочевина

Пессахарный диабет

Центральный	Идиопатический дефицит образования АДГ Наследственный (доминантный или рецессивный) Черепно-мозговая травма Нейрохирургическая операция Опухоли мозга Опиаты
-------------	---

Почечные

Наследственная (X-связанная)
Лекарственные средства
– литий
– демсклоциклин
Хроническая гиперкальциемия
Гипокалиемия
Хронический интерстициальноканальцевый нефрит
Восстановление функции почек после острого канальцевого некроза
Восстановление функции почек после обструктивной уропатии

Чрезмерное потребление жидкости

Психогенное
Медикаментозная жажда – антихолинергические препараты
Заболевание гипоталамуса

АНАМНЕЗ

Замечания общего характера

Полиурия часто сопровождается полидипсией, и выраженная жажда, развивающаяся при всех состояниях, сопровождающихся потерями

жидкости, является часто побочным эффектом. От полиурии следует отличать учащенное мочеиспускание, сопровождающееся частым выделением небольших количеств мочи. Несахарный диабет имеет нередко наследственный характер и может наблюдаться у других членов семьи больного.

Фармакологический анамнез

Детальное выяснение у больного характера применяемых им препаратов имеет первостепенное значение, поскольку большое количество препаратов за счет различных механизмов вызывают развитие полиурии. Петлевые мочегонные, применяемые с терапевтической целью, назначаются в дозах в зависимости от характера заболевания, например, гипертония, сердечная недостаточность. Опиаты, подавляющие секрецию АДГ, могут вызывать развитие несахарного диабета центрального характера, тогда как такие препараты, как литий и демеклоцилин, могут вызывать несахарный диабет почечного происхождения. Побочным эффектом приема антихолинэргических препаратов является сухость во рту. Пытаясь устранить это неприятное ощущение, больные могут потреблять чрезмерное количество жидкости, что приводит к развитию полиурии. Нефротоксические препараты, такие, как аминогликозиды, циклоспорин, НПВП и ингибиторы АКФ, могут вызывать развитие острого канальцевого некроза, сопровождающегося в период выздоровления выраженной полиурией.

Перенесенные заболевания

Гипергликемия оказывает мочегонное действие за счет осмотического эффекта. Поэтому у больных с сахарным диабетом часто наблюдаются полиурия и полидипсия. Злокачественные новообразования и гиперальдостеронизм часто сопровождаются хронической гиперкальциемией, которая может вызывать полиурию за счет осмотического эффекта, обусловленного внутренними механизмами, или развития нефрогенного несахарного диабета. Несахарный диабет центрального происхождения может развиваться у больных после тяжелой закрытой черепно-мозговой травмы, при краниофарингеме, опухолях гипофиза или преходящих осложнений после нейрохирургических операций. Ишемия почек, нередко наблюдающаяся при сепсисе, массивных кровотечениях, может способствовать развитию острого клубочкового некроза. У больных с рефлюксной нефропатией, поликистозом почек, подагрой и множественной миеломой может наблюдаться хронический канальцево-интерстициальный нефрит.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Экспресс-исследование мочи**
+++ глюкоза у больных с сахарным диабетом.
- **Анализ суточной мочи**
>3 л подтверждает наличие у больного полиурии и позволяет отличить ее от учащенного мочеиспускания.

М и Эл

Уровень мочевины и креатинина в крови \uparrow — почечная недостаточность. Натрий \uparrow — при некомпенсированной полиурии (неадекватное потребление жидкости). Натрий \downarrow , мочевина/креатинин \downarrow указывают на полидипсию, являющуюся в этом случае основной причиной полиурии. Калий \downarrow может вызывать развитие несахарного диабета нефрогенного характера.

- **Кальций плазмы**

\uparrow кальция вызывает осмотический диурез и развитие хронического канальцево-интерстициального нефрита.

- **Глюкоза крови**

\uparrow сахарный диабет.

Проведение указанных выше исследований необходимо для дифференциации осмотического диуреза, чрезмерного потребления жидкости и несахарного диабета. В случае возникших разногласий в отношении наличия у больного полидипсии или несахарного диабета, несмотря на проведенные исследования, для окончательного решения следует провести следующие две пробы. По вопросам соблюдения предосторожностей и безопасности измерений при пробах с ограничением потребления больным жидкости и DDVAP читателю следует ознакомиться с соответствующей литературой.

- **Проба с ограничением потребления жидкости**

Не проводите это исследование у больных со сниженным ОЦК (гиповолемия) и у больных с гипернатриемией.

Вечером после ограничения жидкости у больного определите осмолярность плазмы.

Осмолярность плазмы \downarrow — первичная полидипсия.

Осмолярность плазмы \uparrow — прекратите проведение пробы и определите осмолярность мочи.

Осмолярность мочи \uparrow — у больного отсутствует несахарный диабет.

Осмолярность мочи \downarrow в трех последовательных пробах — несахарный диабет.

- **ДДАВП проба**

Затем больному вводят аргинин вазопрессин.

Осмолярность мочи \uparrow — несахарный диабет центрального происхождения.

Никакой осмолярности мочи \uparrow — несахарный диабет нефрогенного характера.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **КТ/МРТ черепа**

Опухоли, заболевания гипоталамуса.

- **Биопсия почки**

Острый канальцевый некроз, хронический канальцево-интерстициальный нефрит.

▼ ПОРАЖЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ

Поражение пальцев встречается довольно часто. К ним относятся различные состояния: от простого вросшего ногтя до тяжелых болей в результате ишемии тканей. Исключительно часто встречаются деформации пальцев, особенно у лиц пожилого возраста.

ПРИЧИНЫ

Ногти

Вросший ноготь
Подногтевая гематома
Подногтевая меланома
Подногтевой экзостоз
Онихогрифоз

Деформации

Вальгусное искривление большого пальца стопы
Ригидность большого пальца стопы
Молоткообразный палец
Когтистые пальцы

Язвы

Ишемические

Окклюзионные поражения магистральных сосудов
Окклюзионные поражения периферических сосудов

Атеросклероз
Тромбоэмболия
Сахарный диабет
Болезнь Рейно
Болезнь Бюргера
Тромбоэмболия
Васкулит, например, склеродермия, СКВ, ревматоидный артрит

Нейропатические

Поражение периферических нервов

Повреждение спинного мозга

Сахарный диабет
Повреждение нерва
Лепра
Расщелина позвоночника (spina bifida)
Повреждение спинного мозга
Сирингомиелия

Неопластические

Изменение окраски

Отморожение
Ишемия

АНАМНЕЗ**Ноги**

Больной с вросшим ногтем обычно жалуется на боли по обеим сторонам ногтевой пластинки и наличие воспалительных явлений. При инфицировании и развитии воспалительного процесса палец становится болезненным, боль принимает пульсирующий характер, особенно в ночное время. Кровоизлияние под ноготь сопровождается сильной болью, от которой у больного иногда развивается обморочное состояние. Подногтевая меланома выглядит в виде пигментации под ногтем. Онихогрифоз — деформация ногтя по типу «бараний рог», сопровождающаяся удлинением, утолщением и искривлением ногтевой пластинки. Эта патология обычно наблюдается у больных пожилого возраста, но может развиваться у молодых после повреждения ногтевого ложа.

Деформации

Больной с вальгусной деформацией большого пальца обращается обычно по поводу образования «сумки» на наружной стороне большого пальца стопы; при этом отмечается девиация I плюсневой кости медиально. Больной указывает, что большой палец заходит за второй. Основной причиной обращения к врачу часто является невозможность носить обувь. Ригидность большого пальца стопы обусловлена остеоартритом плюснефалангового сустава I пальца. Но поражение встречается у лиц молодого возраста. Пациент жалуется на боли при ходьбе, особенно при «отталкивании», и ограниченные подвижности в этом суставе. Деформация в виде молоткообразного пальца развивается обычно во II пальце стопы; при этом отмечается фиксированная сгибательная деформация в ПМФ суставе и компенсаторное разгибание в близлежащих суставах. Имеются жалобы просто на деформацию пальца, но иногда развиваются болезненные мозоли в местах, где деформированный палец испытывает давление обуви. При когтеобразных пальцах отмечается сгибательная деформация в обоих МФ суставах. На кончиках пальцев могут развиваться болезненные мозоли.

Язвы

Язвы на пальцах могут быть ишемического (болезненные) или невропатического (безболезненные) характера. Выясните наличие в анамнезе больного перемежающейся хромоты, курения, болезни Рейно, заболеваний сердца, сахарного диабета. В анамнезе у больных с невропатическими язвами могут наблюдаться сахарный диабет, повреждение нервов, повреждение спинного мозга. Язвы развиваются в местах, испытывающих длительное давление, обычно на кончиках пальцев. Язвы неопластического характера на пальцах встречаются крайне редко. На пальцах может развиваться меланома, но обычно она локализуется под ногтевой пластинкой.

Изменение окраски кожи

Изменение окраски кожи пальцев от красной или блестящей до белой, синюшной или черной (гангрена), сопровождающееся болями в стопе, указывает на наличие ишемии. Отморожение I степени встречается у детей и лиц молодого возраста, преимущественно у женщин, обычно работающих на улице. Обнаруживается болезненная припухлость пальцев, в которых может появляться зуд. Обморожению подвергаются несколько пальцев, на которых иногда образуются поверхностные язвочки.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Ногти

У больного с вросшим ногтем часто отмечается серозное или гнойное отделяемое из-под ногтевой пластинки. Палец выглядит гиперемизированным и отечным. В области ногтевой складки наблюдается развитее грануляционной ткани. Иногда больной не указывает на перенесенную травму и жалуются на коричневатую окраску под ногтем и в этом случае гематому необходимо дифференцировать с меланомой. Гематома обычно красновато-коричневого цвета с отчетливыми границами, меланома имеет коричнево-серую окраску с размытыми краями. Гематома прорастает ноготь, а меланома нет. При подозрении на меланому пропальпируйте регионарные лимфатические узлы и проведите обследование печени для исключения метастазов. Подногтевые экзостозы вызывают деформацию ногтя, который выталкивается и деформируется. Между пальцем и концом ногтя позднее образуется опухоль. Наличие у больного онихогрифоза определяется уже при простом осмотре по наличию утолщенной и искривленной на конце ногтевой пластинки (деформация в виде бараньего рога).

Деформации

У больного с вальгусным искривлением большого пальца отмечается девиация I плюсневой кости медиально, а большого пальца — в латеральную сторону. На медиальной поверхности сустава может определяться утолщенная суставная сумка. Большой палец заходит за второй. При ригидности большого пальца стопы отмечается ограничение подвижности в болезненном при пальпации, увеличенном ПФ суставе I пальца. При молоткообразном пальце обычно наблюдается поражение II пальца стопы. При этом отмечается фиксированная сгибательная деформация ПМФ сустава и компенсаторное переразгибание прилежащего сустава. Проверьте наличие мозолей и омозололостей. У больного с наличием когтеобразной деформации отмечается сгибательная контрактура в обоих МФ суставах пальцев (см. Деформации стопы, с. 143).

Язвы

Наличие у больного в местах длительного давления над костными выступами как бы отштампованных, болезненных язв указывает на

х ишемический характер. Проверьте изменение окраски пальца большого, капиллярного кровотока и отсутствие пульса на артериях стопы. Нейропатические язвы безболезненны; при достаточно хорошем кровоснабжении конечности у больного отмечается отсутствие чувствительности или локальное снижение. Проведите полное неврологическое обследование пациента.

Изменение окраски

Больного с ишемией палец может быть лоснящимся и красновато-розового цвета, синюшным, белым или черным при наличии гангрены. Проверьте пульсацию периферических артерий. При отморожении палец становится красновато-голубоватым, отмечается отечность стопы с возможным последующим образованием волдырей, после вскрытия которых образуются поверхностные язвочки.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОАК, СОЭ

Hb ↓ анемия при хроническом заболевании, например ревматоидном артрите, СКВ. Л ↑ инфекция, например у больных с сахарным диабетом. СОЭ ↑ васкулит, например, ревматоидный артрит, СКВ.

• **М и Эл**

Хроническая почечная недостаточность при болезни соединительной ткани.

• **Глюкоза крови**

Ишемия при окклюзионном поражении мелких сосудов у больного с сахарным диабетом.

• **Рентгенография**

Подногтевой экзостоз. Ригидность I пальца стопы.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• **Исследование антител**

Болезнь соединительной ткани.

• **Допплеровское исследование**

Ишемия.

• **Ангиография**

Окклюзионные поражения артерий.

• **МРТ**

Повреждение спинного мозга у больных с нейропатией.

• **Исследование нервной проводимости**

Периферическая нейропатия.

• **Экцизионная биопсия**

Злокачественные новообразования, например подногтевая меланома.

▶ РВОТА

Рвота — форсированное изгнание желудочного содержимого через рот, развивающееся в результате возбуждения рвотного центра, располагающегося в продолговатом мозге. Причиной рвоты может быть прямая стимуляция рвотного центра (рвота центрального происхождения) или через афферентные волокна (рефлекторная рвота).

ПРИЧИНЫ

Рвота центрального происхождения

Медикаментозная, например, наркотические анальгетики, химиотерапевтические препараты
 Острые инфекции, особенно у детей
 Эндокринные/метаболические
 — беременность
 — уремия
 — гиперкальциемия
 — диабетический кетоацидоз
 — болезнь Аддисона

Рефлекторная рвота

Заболевания желудочно-кишечного тракта

Воспаление

Аппендицит
 Холецистит
 Панкреатит
 Пептическая язва
 Перитонит

Непроходимость

Желчная колика
 Стеноз привратника
 Тонкокишечная непроходимость
 Толстокишечная непроходимость

Факторы, вызывающие раздражение желудочно-кишечного тракта

Бактерии, например, *Campylobacter spp.*, *Salmonella spp.*
 Лекарственные средства, например, аспирин, НПВП, алкоголь, препараты железа, антибиотики
 Отравления, например препараты мышьяка
 Рвотные средства, например, хлорид натрия, ипекакуана

Центрального происхождения

Повышенное внутричерепное давление
 Лабиринтные нарушения
 Болезнь Меньера
 Черепно-мозговая травма
 Мигрень
 Болезнь движения

Психогенные	Психические нарушения, например, истерия, булимия, нервно-психическая анорексия Неприятные зрелища и запахи
Прочие	Инфаркт миокарда Сильная боль, например, заворот яичка, переломы Облучение Диссеминация злокачественной опухоли Сильный кашель, например при хроническом бронхите

АНАМНЕЗ

Общие замечания

Характер рвоты

Рвота алой кровью может указывать на наличие кровотечения, например из пептической язвы. Рвота измененной кровью (кофейной гущей). Наличие желчи в рвотных массах (является признаком высокой тонкокишечной непроходимости), рвота с фекальным запахом (низкая тонкокишечная непроходимость). Рвота недавно принятой пищей. Рвота пищевыми массами, принятыми несколько дней назад (указывает на стеноз пилорического отдела желудка), рвота «фонтаном» (врожденный стеноз привратника).

Время появления рвоты

Вскоре после еды (язва желудка, рак желудка). Рано утром (беременность). Хронические воспалительные процессы органов грудной клетки (после сильного приступа кашля).

Уменьшение боли после рвоты

Язвенная болезнь с наличием пептической язвы.

Рвота центрального происхождения

У больного необходимо подробно выяснить анамнез. Характер рвоты становится очевидным, если больному проводится химиотерапия. Острые инфекционные заболевания у детей становятся очевидными при опросе родителей. Выясните наличие беременности у женщины, жалующейся на рвоту. Эндокринные и метаболические нарушения обычно выявляются после исследования крови.

Рефлекторная рвота

Желудочно-кишечная

У больного, как правило, отмечаются какие-то жалобы, указывающие на заболевание желудочно-кишечного тракта, например, болезненность при локальном перитоните или схваткообразные боли, наблюдающиеся при кишечной непроходимости. Тщательно расспросите больного о принимаемых им раздражающих препаратах,

например аспирине. Выясните злоупотребление рвотными препаратами, например булимия.

Центрального характера

У больного с повышенным внутричерепным давлением обычно отмечаются головная боль, сонливость, сопровождающиеся приступами рвоты. При лабиринтите наблюдаются тошнота, рвота, головокружение и, как правило, нарушения слуха. Больной с болезнью Меньера жалуется на головокружение, ощущение шума в ушах и потерю слуха. Шум в ушах носит постоянный характер, но усиливается перед развитием приступа. Возникновению шума в ушах в течение многих месяцев могут предшествовать другие симптомы заболевания. Приступы болезни Меньера могут продолжаться от нескольких минут до нескольких часов. Приступ мигрени проявляется зрительной аурой с развитием односторонней пульсирующей головной боли, а иногда фотофобией. Болезнь движения обычно становится очевидной при выяснении жалоб и анамнеза больного.

Психогенные

Булимия — приступы обжорства с последующим вызыванием рвоты. Рвота может наблюдаться у больных с нервно-психической анорексией, но основным симптомом заболевания является чрезмерное отвращение к еде. Рвота может также наблюдаться у больных истерией. Больному необходимо провести полное психиатрическое обследование.

Прочие

Другие причины развития рвоты легко выясняются на основании данных анамнеза. У больного могут наблюдаться сильные боли за грудиной при инфаркте миокарда, резкие боли при завороте яичка или тяжелой травме. Жалобы больного и данные анамнеза позволяют заподозрить наличие перелома кости. Из анамнеза можно установить наличие у больного тяжелого воспалительного процесса в легких, например бронхита или бронхоэктатической болезни, сопровождающихся приступами тяжелого кашля и последующим развитием рвоты. Больной может указывать на недавно перенесенную им лучевую терапию по поводу злокачественного заболевания. Диссеминация злокачественного новообразования может сопровождаться рвотой.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Желудочно-кишечные

Больному с подозрением на рвоту желудочно-кишечного происхождения необходимо провести полное обследование желудочно-кишечного тракта. При обследовании больного выясните наличие участков болезненности при пальпации или признаков кишечной непроходимости.

Центрального характера

У больного с повышенным внутричерепным давлением отмечается спастичность, раздражительность, сонливость и урежение частоты сердечных сокращений с повышением артериального давления. Выясните наличие отека диска зрительного нерва. В запущенном случае у больного могут развиваться кома и нарушение дыхания. У больного с острым лабиринтитом можно обнаружить наличие нистагма на стороне, противоположной поражению. У него может быть положительная свищевая проба (давление на козелок вызывает развитие у больного головокружения или девиации глаза за счет уменьшения перемещения перилимфы (жидкость, находящаяся в перилимфатическом пространстве, т.е. внутри костного лабиринта внутреннего уха). У больного с гнойным лабиринтитом может развиваться нейро-сенсорная глухота. У больного с болезнью Меньера во время приступа может определяться вращательный нистагм и неустойчивое положение и походка.

Психогенные

Нервно-психическая анорексия встречается у женщины пониженного питания с явлениями гирсутизма, часто с волнующимися родителями.

Прочие

У больного с острым инфарктом миокарда могут наблюдаться признаки застойной сердечной недостаточности. У больного с выраженными болями внимание обращают на соответствующую область тела, например мошонку при травме или завороте яичка. У больного после лучевой терапии можно обнаружить кожные признаки недавно перенесенной лучевой терапии. При диссеминации злокачественного новообразования у больного часто отмечается кахексия. Локализация первичной опухоли может быть очевидной. У больного с приступами сильного кашля можно легко обнаружить признаки заболевания легких.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

НБ ↓ заболевание желудочно-кишечного тракта. Злокачественное новообразование. Нервно-психическая анорексия. Л ↑ воспаление органов брюшной полости. СОЭ ↑ воспаление. Опухоль.

• М и Эл

Дегидратация. Уремия. При болезни Аддисона развивается гиперкалиемия.

• ФПП

Заболевание желчевыводящих путей.

• Амилаза крови

Панкреатит.

- **РГК**
Застойная сердечная недостаточность — отек легких. Злокачественное новообразование. Пневмония. Бронхоэктазы.
- **ЭКГ**
Инфаркт миокарда.
- **РБП**
Непроходимость.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Глюкоза крови**
Повышение уровня наблюдается у больных сахарным диабетом. Низкий уровень у больных с болезнью Аддисона.
- **Кальций плазмы**
Гиперпаратиреоз и другие причины гиперкальциемии.
- **ГАК**
Диабетический кетоацидоз.
- **β -ЧХГ**
Беременность.
- **Токсикологический скрининг**
Препараты, вызывающие рвоту.
- **Бариевая клизма**
Злокачественное новообразование, дивертикулез.
- **Клизма тонкой кишки**
Заболевание желудочно-кишечного тракта, например болезнь Крона.
- **ЭГДС**
Язвенная болезнь. Злокачественное новообразование.
- **УЗИ**
Заболевание желудочно-кишечного тракта, например желчнокаменная болезнь.
- **КТ**
Злокачественное новообразование органов брюшной полости. Внутрочерепное поражение, сопровождающееся повышением внутрочерепного давления.
- **Проба Ринне**
Болезнь Меньера, лабиринтит.
- **Калорическая проба**
Лабиринтит, болезнь Меньера.
- **Аудиометрия**
Болезнь Меньера, лабиринтит.

▶ СИНКОПЕ

Синкопе — кратковременная потеря сознания в результате резкого снижения артериального давления, приводящего к нарушению мозгового кровообращения.

ПРИЧИНЫ

Сердечно-сосудистые

- Вазовагальное синкопе
 - ситуационное синкопе
 - синкопе, связанное с мочеиспусканием
 - кашлевое синкопе
- Ортостатическая гипотония
 - длительный постельный режим
 - медикаментозное
 - гиповолемическое
 - слабость вегетативной нервной системы
- Нарушения ритма
 - синдром слабости синусового узла
 - приступ Адамса—Стокса
 - суправентрикулярная тахикардия
 - желудочковая тахикардия
- Инфаркт миокарда
- Нарушение оттока от сердца
- Синдром каротидного синуса
- Тромбоэмболия легочной артерии

Неврологические

- Припадок
- Истерическое синкопе

Метаболические

- Гипоксия
- Гипогликемия

АНАМНЕЗ

Вазовазальное синкопе, или обморочное состояние, встречается наиболее часто. Это пароксизмальное состояние, сопровождающееся снижением АД в результате периферической вазодилатации и медленным пульсом вследствие внезапной стимуляции блуждающего нерва, опосредованной через рецепторы каротидного синуса. Предрасполагающими факторами могут быть страх, эмоции, продолжительное пребывание в вертикальном состоянии или боль. Больной нередко жалуется на тошноту, слабость и появление тумана перед глазами. Отмечаются бледность кожных покровов и брадикардия. Перед развитием коллапса больной может отмечать сердцебиение, нарушения ритма сердца. Ситуационное синкопе представляет

собой типичное обморочное состояние, развивающееся под воздействием различных факторов, и считается следствием чрезмерной реакции блуждающего нерва в ответ на соответствующие раздражения.

Оротостатическая гипотония представляет собой снижение АД во время перехода в вертикальное положение, что сопровождается снижением перфузии головного мозга и потерей сознания. Длительный постельный режим может приводить к нарушению функционального состояния барорецепторов организма и развитию постурального снижения АД. Выяснение у больного характера принимаемых им лекарственных средств позволит исключить медикаментозный характер синкопе вследствие приема гипотензивных и наркотических препаратов. Гиповолемия является также причиной развития постуральной гипотонии (см. Шок — с. 461); при этом отмечается бледность кожных покровов, тахикардия и снижение диуреза. У больных сахарным диабетом или синдромом Гийена—Барре могут наблюдаться функциональная недостаточность вегетативной нервной системы и неспособность организма поддерживать АД на соответствующем уровне.

У больных с нарушением оттока от сердца, наблюдаемым при стенозе аортальных клапанов и гипертрофической обструктивной кардиомиопатии, синкопе может наблюдаться при малейшей физической нагрузке, поскольку сердце не обеспечивает адекватное увеличение сердечного выброса.

При синдроме каротидного синуса отмечается повышение чувствительности рецепторов каротидного синуса в ответ даже на небольшое раздражение, например, поворот головы или давление при застегивании тугого воротника может привести к появлению рефлекса каротидного синуса и развитию синкопе.

Припадки представляют собой пароксизмы разрядов (импульсной электрической активности нейронов коры мозга), которые достаточны для развития клинически проявляемых явлений в виде судорог, потери сознания или поведенческих нарушений. Несмотря на то что припадки не представляют собой истинное синкопе, атонический припадок может проявляться сходными симптомами в виде внезапной потери мышечного тонуса и развития коллапса. Во время припадка у больного может отмечаться недержание мочи, а после приступа наблюдаются сонливость и спутанность сознания.

При истерическом синкопе иногда во время приступа при исследовании не обнаруживается какой-либо патологии.

У больных с гипогликемией может наблюдаться обморочное состояние и даже сопровождаться потерей сознания. Это состояние более характерно для больных, применяющих инсулин, но возможно и у здоровых лиц после приема алкоголя. Клинические проявления синкопе наблюдаются при падении уровня глюкозы в крови ниже 2,5 ммоль/л.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Внешний вид

У больных в состоянии вазовагальной синкопы отмечается бледность, кожные покровы покрыты липким потом. Во время припадка могут наблюдаться судороги.

Артериальное давление

Постуральная реакция, сопровождающаяся резким снижением АД, развивается во время перехода больного из положения лежа в вертикальную позицию.

Пульс

Пальпация пульса во время приступа позволит выявить наличие у больного нарушений ритма. Чаще всего у больного с вазовагальным синкопе в этот момент отмечается брадикардия. Приступы Адамса—Стокса возникают в результате полной поперечной блокады сердца, вызывая развитие транзиторной асистолии с последующим полным восстановлением сознания. Синдром слабости синусового узла сопровождается эпизодами хаотической активности предсердий, развитием брадикардии, перемежающейся с эктопической экстрасистолией и сериями наджелудочковой тахикардии. Шок, суправентрикулярная и желудочковая тахикардия могут приводить к развитию выраженной тахикардии.

Давление на область каротидного синуса, расположенного в области бифуркации сонной артерии, у больных с синдромом каротидного синуса может приводить к развитию синкопе.

Аускультация

У больного со стенозом аортальных клапанов при аускультации отмечается ослабление II тона и прослушивается систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Систолический шум наблюдается также у больных с гипертрофической, обструктивной кардиомиопатией, при которой отмечается нарушение оттока крови из левого желудочка в результате гипертрофии мышцы сердца.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ЭМБП

Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом с помощью полосок является простым и очень быстрым методом. Более точные показатели уровня сахара в крови можно получить при исследовании сыворотки крови.

• ОАК

Позволяет выявить анемию, развившуюся вследствие кровотечения, которое явилось основной причиной развития у больного гиповолемии. У больного с септическим шоком, сопровождающимся периферической вазодилатацией, отмечается увеличение числа лейкоцитов в крови.

- **М и Эл**
Электrolитные нарушения способствуют развитию припадка.

- **Глюкоза крови**
Гипогликемия.

- **ЭКГ**

На ЭКГ, записанной во время приступа, можно обнаружить нарушения ритма сердца. Больного с желудочковой тахикардией, сопровождающейся отсутствием периферического пульса, следует рассматривать как больного с фибрилляцией желудочков и немедленно приступить к проведению СЛР. Появление на ЭКГ зубца Q и подъем интервала ST являются признаками инфаркта миокарда.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ЭЭГ**

Несмотря на то что эпилепсия выражает в основном клинический диагноз, во время приступа у больного отмечаются специфические электрические изменения в коре головного мозга, регистрацию которых можно использовать для подтверждения диагноза. Отрицательные данные ЭЭГ не исключают наличия у больного эпилепсии.

- **ЭКГ в течение 24 ч**

Мониторирование ЭКГ позволяет зарегистрировать любые нарушения ритма сердца, наблюдающиеся при эпизодах синкопе.

- **Эхокардиография**

Позволяет оценить состояние аортального клапана и диагностировать гипертрофическую обструктивную кардиомиопатию.

- **Сканирование V/Q**

Почти во всех случаях позволяет диагностировать остро развившуюся тромбоземболию легочной артерии.

- **Проба с изменением положения головного конца стола**

Эта проба применяется у больных с рецидивирующими приступами синкопе неясной этиологии. Подъем головного конца стола на 60° у больного с вазовагальным синкопе в пределах 30 мин приводит к тому, что развиваются гипотония, брадикардия и синкопе.

▶ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ

Селезенку удается пальпировать в случае увеличения ее в 3 раза по сравнению с нормой. При пальпации можно определить выемку ее нижнего края. Селезенка может быть настолько массивной, что пальпируется в правой подвздошной ямке. Массивная спленомегалия может наблюдаться у больных с хронической миелоидной лейкемией, миелофиброзом или лимфомой. Спленомегалия может привести к развитию гиперспленизма (состояние, при котором резко увеличивается гемолитическое действие селезенки), т.е. панцитопении, поскольку эритроциты повреждаются и разрушаются в чрезмерно активной селезенке.

ПРИЧИНЫ

Инфекционные

Бактериальные	Тифоид
	Сыпной тиф
	Туберкулез
	Септицемия
	Абсцесс

Вирусные	Желзистая лихорадка
----------	---------------------

Спирохетные	Сифилис
	Лептоспироз

Простейшие	Малярия
------------	---------

Паразиты	Гидатидная киста
----------	------------------

Воспалительные

Ревматоидный артрит
Саркоидоз
Волчанка
Амилоид

Неопластические

Лейкемия
Лимфома
Истинная полицитемия
Миелофиброз
Первичные опухоли
Метастазы

Гемолитические заболевания

Наследственный сфероцитоз
Приобретенная гемолитическая анемия
Тромбоцитопеническая пурпура

Накопительные заболевания

Болезнь Гоше

Дефицитарные заболевания

Пернициозная анемия
Тяжелая железодефицитная анемия

Гипертензия селезеночной вены

Цирроз
Тромбоз селезеночной вены
Тромбоз портальной вены

Непаразитарные кисты**АНАМНЕЗ****Инфекционные**

Больные с увеличением селезенки инфекционного характера обращаются с жалобами на повышение температуры тела, недомогание и анорексию. У больных сыпным тифом в анамнезе может быть выезд за границу. Переносчиками инфекции являются членистоногие. Имеются жалобы на тяжелое общее состояние, головную боль, рвоту, фотофобию; наблюдаются явления токсемии. У больного с тифоидом, как правило, отмечается пребывание за границей. Больной отмечает недомогание, головную боль, повышение температуры тела, кашель, запор, сменяющийся поносом. Могут наблюдаться боли в животе и носовые кровотечения. Туберкулез обычно проявляется снижением массы тела, ночными потами и кашлем. Причина увеличения селезенки у больного с септициемией к этому времени уже бывает ясной, и он, как правило, находится на стационарном лечении. У больного с абсцессом селезенки в анамнезе выясняется наличие эндокардита, абсцесса легкого, злоупотребления наркотиками, или это больной с нарушенным иммунитетом. Сифилис встречается редко, в анамнезе отмечаются неразборчивые половые контакты. При лептоспирозе выясняется контакт больного с крысами, особенно при купании в реках, в местах с расположенными на берегу жилищными комплексами. У больного наблюдается повышенная температура, желтуха, головная боль, носовые кровотечения и гематурия. У больных с малярией выясняется проживание в эндемических районах или выезд за границу в подобные районы. У него через 2 мес. после возвращения из-за границы появляется недомогание, боли в мышцах, потливость, ознобы с последующим резким повышением температуры и проливными потами. Заболевание гидатозом чаще всего встречается в сельских районах, занимающихся овощеводством, например в Уэльсе. Кисты развиваются преимущественно в легких, вызывая появление у больного одышки, кровохаркания или анафилактической реакции.

Воспалительные

У больного с увеличением печени ревматоидного характера становятся очевидными проявления ревматоидного артрита. У больного

саркоидозом отмечается увеличение лимфатических узлов, повышение температуры и недомогание, а также увеличение печени и селезенки. Волчанка характеризуется различными проявлениями в виде поражения кожи, опорно-двигательного аппарата, почек, легких и гематологическими нарушениями. Амилоидоз может быть первичным или вторичным. При этом отмечается поражение кожи, мозга, сердца или эндокринные нарушения. У больных с вторичным амилоидозом в анамнезе отмечаются хронические инфекции, например туберкулез; заболевания воспалительного характера, например ревматоидный артрит; или опухоли. При этих заболеваниях наблюдается поражение почек, печени, селезенки.

Неопластические

У больных часто имеется далеко зашедшая стадия поражения, сопровождающаяся общим недомоганием, снижением массы тела; у больного с лимфомой характерны ночные поты. У больных может наблюдаться спонтанное появление на теле кровоподтеков. Первичные опухоли селезенки и метастазирование встречаются редко.

Гемолитические заболевания

Гемолитические заболевания обычно проявляются анемией, появлением у больного быстрой утомляемости, недомогания. Может наблюдаться желтуха, правда, часто не очень выраженная, в виде небольшого лимонного оттенка кожи. Интенсивное разрушение эритроцитов может сопровождаться образованием в желчном пузыре пигментных камней с последующим возможным развитием острого холецистита.

Болезни накопления

У больных с этой патологией помимо гепатоспленомегалии могут наблюдаться неврологические нарушения, деформация костей скелета или психические нарушения.

Дофицитарные заболевания

Больной может отмечать ранее перенесенную пернициозную анемию. При этих заболеваниях отмечается лишь небольшое увеличение печени. У больных с железодефицитной анемией может быть недостаточное питание, нарушение всасывания или кровопотеря. Расспросите больного о перенесенных ранее заболеваниях, сопровождающихся кровопотерей.

Гипертензия системы селезеночной вены

У больных с этой патологией имеется характерный анамнез с наличием цирроза печени и признаками печеночной недостаточности. Изолированный тромбоз селезеночной вены встречается редко.

Непаразитарные кисты

Кисты непаразитарного характера встречаются редко, но иногда могут развиваться из организованной гематомы, зоны инфаркта или воспаления. Они, как правило, обнаруживаются случайно, во время обследования больного по другим причинам.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Общие замечания

Селезенка выступает из-под кончика X ребра слева и увеличение ее происходит по направлению к пупку. Она имеет плотную, гладкую поверхность с выемкой по ее верхнему краю. Она смещается при дыхании, при перкуссии над ней определяется притупление и пальпировать ее выше этого края невозможно.

Инфекционные

У больного сыпным тифом отмечается лишь умеренно выраженное увеличение селезенки. У него наблюдаются явления интоксикации с распространенной по всему телу пятнистопапулезной сыпью. У больного с тифоидом выявляется умеренное увеличение селезенки, повышенная температура, болезненность при пальпации живота и наличие на коже туловища розовых пятен. При туберкулезе также отмечается умеренно выраженное увеличение селезенки. При абсцессе селезенки определяется умеренное ее увеличение, болезненность; при пальпации отмечается неровность ее края. У больного с железистой лихорадкой наблюдается повышение температуры, увеличение лимфатических узлов и иногда высыпания, особенно в случаях применения ампициллина. Спленомегалия носит умеренный характер. У больного с сифилисом могут наблюдаться повышение температуры тела, недомогание, увеличение лимфатических узлов и высыпания на туловище, ладонях и подошвах. При сифилисе иногда развивается гепатит, наблюдаются явления менингизма и увеит. При желтушно-геморрагическом лептоспирозе отмечаются плохое самочувствие пациента, повышение температуры тела, желтуха и пурпурная сыпь с кровоизлияниями. Кроме того, могут определяться признаки менингита, боли в мышцах (миозит), а также признаки острой почечной недостаточности. У больных малярией часто наблюдаются анемия, желтуха и увеличение печени и селезенки. При гидатидном заболевании печень поражается в большей степени, чем селезенка. Помимо гепатомегалии у больного наблюдается увеличение селезенки.

Воспалительные

У больных с воспалительными заболеваниями редко наблюдается существенное увеличение селезенки. При ревматоидном артрите легко выявляются признаки поражения других органов и систем. При саркоидозе может наблюдаться увеличение лимфатических узлов, а также гепатоспленомегалия. У больных с волчанкой отмечаются

ожные проявления заболевания, а также признаки поражения порно-двигательного аппарата, почек и легких. У больных с амилоидозом помимо спленогепатомегалии могут быть явления запястно-пястного синдрома, периферической нейропатии, пурпура и большой палец.

Неопластические

Выраженное увеличение селезенки наблюдается при хроническом миелопейкозе, миелофиброзе и лимфоме. У больных с этой патологией нередко наблюдается увеличение лимфатических узлов и спонгиозное развитие кровоподтеков в различных участках тела.

Гемолитические заболевания

У больного развивается желтуха наряду с умеренно выраженной спленомегалией. У больного с тромбоцитопенической пурпурой при простом осмотре выявляется пурпурная сыпь.

Болезни накопления

Эти заболевания встречаются редко. У больного могут наблюдаться признаки сердечной недостаточности, деформация костей скелета или неврологические нарушения.

Гипертензия системы селезеночной вены

У больного могут наблюдаться признаки печеночной недостаточности, например, телеангиэктазии на коже, печеночные ладони, голова Медузы и желтуха.

Паразитарные кисты

Единственным признаком у больного с такой патологией может быть увеличение селезенки.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ и формула крови

Hb ↓ анемия. Hb ↑ полицитемия. Л ↑ воспалительный процесс, лейкопения, абсцесс. СОЭ ↑ воспалительный процесс, злокачественное новообразование. Л ↓, тромбоциты ↓ гиперспленизм. СОЭ ↑ пернициозная анемия. Формула крови – сфероцитоз, малярия – М и Эл.

• Функциональные печеночные пробы

Мочевина ↑, креатинин ↑ почечная недостаточность, например, при лептоспирозе, амилоидозе, септицемии.

• ФПП

Цирроз.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Ревматоидный фактор

Ревматоидный артрит.

- **Проба Пауля–Бунелля**
Железистая лихорадка.
- **Серологические исследования**
Сифилис.
- **Железо и ферритин плазмы крови**
↓ железodefицитная анемия.
- **Паригетально-клеточные антитела**
Пернициозная анемия.
- **Витамин В₁₂ плазмы**
Пернициозная анемия.
- **Посев крови**
Септицемия. Лептоспироз. Сыпной тиф.
- **Посев кала**
Сыпной тиф.
- **Посев мочи**
Сыпной тиф, лептоспироз.
- **Посев ЦСЖ**
Лептоспироз.
- **Реакция связывания комплемента**
Лептоспироз.
- **ТФИФА/иммунофлюоресцентный**
Сыпной тиф.
- **Аспирационная биопсия костного мозга**
Миелофиброз. Полицитемия. Лейкоз. Болезнь Гоше.
- **УЗИ**
Причины спленомегалии, например, киста, опухоль, диффузное увеличение. Цирроз печени.
- **КТ**
Причины спленомегалии, например, киста, опухоль, диффузное увеличение, цирроз.

▶ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ

Спутанное сознание — изменение психического состояния больного, выражающееся в неадекватной реакции на окружающее, снижении умственного уровня, последовательности действий, понятливости и мыслительной способности. В основе этих нарушений часто лежат психические заболевания, подробное изложение которых читатель найдет в соответствующих руководствах по психиатрии. Органические причины того состояния представлены ниже.

ПРИЧИНЫ

Токсины/лекарственные средства

Отравление алкоголем/отмена
Лекарственная интоксикация

Гипоксия

Сердечная недостаточность
Дыхательные нарушения

Метаболические нарушения

Гипергликемия/ гипогликемия
Нарушения электролитного баланса, например, натрий, кальций
Дефицит витамина В₁
Дефицит витамина В₁₂

Системные заболевания

Почечная недостаточность
Печеночная недостаточность
Нарушения функции щитовидной железы

Неврологические

Черепно-мозговая травма
Эпилепсия (после судорожного припадка)
Нарушения мозгового кровообращения/ ТНМК
Метастазы опухоли в мозг

Инфекционные

Септицемия
Менингит/энцефалит
Воспалительные процессы мочевыводящих путей
Воспалительные процессы дыхательных путей

АНАМНЕЗ

Развитие заболевания

Внезапное появление у больного спутанного сознания может быть обусловлено перенесенной черепно-мозговой травмой,

эпилепсией, нарушением мозгового кровообращения и метаболическими нарушениями. Спутанность сознания у больных с воспалительными процессами, наличием системных заболеваний и при метастазировании опухоли в мозг обычно развивается постепенно.

Наличие в анамнезе сопутствующих заболеваний

У больных сахарным диабетом отмечается изменение уровня сахара в крови; причиной высокого его содержания в крови является недостаточное применение соответствующих лекарственных препаратов; резкое снижение уровня сахара в крови может быть обусловлено ошибочным назначением избыточного количества препарата, пропущенный прием пищи или чрезмерная физическая нагрузка. У больного следует выяснить наличие в анамнезе заболеваний щитовидной железы. Причиной спутанного сознания может быть наличие у больного сопутствующего рака, в результате метастазирования опухоли в мозг или развития гиперкальциемии при злокачественных новообразованиях. Энцефалопатия часто развивается как при печеночной недостаточности, так и дефиците тиамина. Заболевание почек может быть причиной спутанности сознания в результате развития уремической энцефалопатии, а также различных нарушений электролитного баланса. Причиной возникновения спутанности сознания является гипоксия, нередко наблюдаемая у больных с сердечной недостаточностью и заболеваниями органов дыхания.

Данные о применяемой ранее лекарственной терапии

Как длительное применение, так и резкая отмена бензодиазепинов, барбитуратов, стероидных гормонов и недозволённых препаратов может привести к нарушению сознания. Используемые ранее лекарственные средства особенно важно знать у лиц пожилого возраста, поскольку многие лекарственные средства могут способствовать возникновению у них спутанности сознания.

Сопутствующие симптомы

Спутанность сознания нередко сопровождается наличием у больного мышечной слабости вследствие нарушения мозгового кровообращения или метастатического поражения мозга. Дефицит тиамина и витамина В₁₂ приводит к нарушению чувствительности. У больных пожилого возраста особенно быстро развиваются нарушения сознания при воспалительных процессах органов дыхания и мочевыделительной системы; при этом у них наблюдается повышение температуры, кашель с гнойной мокротой или дизурические расстройства, частое мочеиспускание с неприятным запахом мочи, пиурия и гематурия, соответственно. Иногда спутанность сознания у пожилых больных развивается после инфаркта миокарда.

ИССЛЕДОВАНИЕ**Температура**

Повышение температуры у больного предположительно объясняют инфекционной этиологией, и лишь тщательное и всестороннее обследование позволяет выявить истинную причину ее повышения.

Общее исследование

В первую очередь необходимо оценить умственные способности больного и уровень сознания по ШКГ. При внимательном осмотре больного можно обнаружить наличие ран на волосистой части головы, кровотечений или гематомы, что позволяет предположить наличие у больного черепно-мозговой травмы. При осмотре вен в области кубитальной ямки и предплечья — следы инъекций, указывающих на злоупотребление запрещенными медикаментозными средствами.

Системное обследование

Для выяснения общей клинической картины, позволяющей предположить наличие заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печени, почек и щитовидной железы необходимо выполнить последовательное обследование каждой системы больного.

Неврологическое исследование

У больного проводят исследование всех черепно-мозговых нервов. Причиной выявленного нистагма может быть острая интоксикация алкоголем, интоксикация фенитоином, передозировка барбитуратов или поражение мозжечка в результате хронического злоупотребления алкоголем. Выявление нистагма в сочетании с параличом взора и атаксией позволяет предположить наличие у больного синдрома Вернике—Корсакова, обусловленного дефицитом тиамина. Изолированное поражение черепно-мозговых нервов может наблюдаться у больных с менингитом. Причиной выявленного одностороннего поражения верхних двигательных нейронов спинного мозга, выражающегося в наличии мышечной слабости одной половины туловища, может быть нарушение мозгового кровообращения или метастазирование злокачественной опухоли. Нарушение чувствительности (сенсорная нейропатия) обычно развивается у больных сахарным диабетом, при почечной недостаточности, алкоголизме, злокачественных новообразованиях, дефиците тиамина и витамина В₁₂. У больных с подострой сочетанной дегенерацией спинного мозга при дефиците витамина В₁₂ отмечается поражение преимущественно задних столбов спинного мозга с нарушением вибрационной, проприоцептивной и поверхностной тактильной чувствительности. В классических случаях у этих больных отмечается также отсутствие рефлекторного разгибания стопы и клонуса стопы.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**• Глюкоза крови**

Гипогликемия/гипергликемия

- **Насыщение гемоглобина крови кислородом**
↓ при нарушении функции сердечно-сосудистой или дыхательной систем.
- **ГАК**
Гиперкапния при заболеваниях органов дыхания. Гипоксемия.
- **Верификация инфекционного фактора**
Микроскопическое исследование и посев мокроты, мочи и крови.
- **Исследование токсикологических факторов**
Биохимическое исследование плазмы крови и мочи на содержание алкоголя или определенных лекарственных средств/токсинов.
- **ОАК**
Макроцитарная анемия при дефиците витамина В₁₂. СОЭ ↑ при наличии воспалительных процессов и инфаркте миокарда. Исследование толстого мазка крови с окрашиванием по Гимзе у больных с подозрением на малярию.
- **М и Эл**
↓ или ↑ натрий, ↑ мочевины и креатинина крови у больных с почечной недостаточностью.
- **ФПП**
↑ билирубина и трансаминаз у больных с нарушением функции печени.
- **Кальций сыворотки крови**
↓ или ↑.
- **ФПЩЖ**
Гипотиреозидизм (микседема). Гипертиреозидизм.
- **Определение уровня витамина В₁₂ в крови**
↓ у больных с подострой сочетанной дегенерацией спинного мозга.
- **ЭКГ**
Для диагностики скрытой формы инфаркта миокарда.
- **РГК**
С целью диагностики уплотнений в области бронхов и легочной ткани — пневмония.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **КТ головы**
У больных с подозрением на метастазы в мозг; нарушением мозгового кровообращения; черепно-мозговой травмой.
- **ЭЭГ**
С целью диагностики эпилепсии.
- **Поясничная пункция**
У больных с менингитом.

СТЕАТОРЕЯ

Стеаторея — выделение большого количества жира с испражнениями. Причины этой патологии в соответствии с патогенезом представлены ниже.

ПРИЧИНЫ

Дефицит липазы

Нарушение секреции — хронический панкреатит
Инактивация — избыток желудочного сока

Дефицит желчи

Недостаточное образование — заболевания печени
Обструкция — механическая желтуха
Повышенное расщепление — чрезмерное развитие бактериальной флоры

Поражение слизистой

Резекция подвздошной кишки
Болезнь глютеновой недостаточности
Болезнь Крона

Нарушение транспорта жира

Абеталипопротеинемия

Дефицит лимфы

Лимфома
Болезнь Уиппла

АНАМНЕЗ

У больных, страдающих стеатореей, часто наблюдается выделение обильного, неприятного и жирного стула, который расплывается по поверхности и с трудом смывается. Диарея является обычным характерным признаком заболевания (см. с. 146). Наличие у больного желтухи с обесцвеченным стулом и темной мочой указывает на нарушение оттока желчи, которая играет существенную роль во всасывании жиров и растворимых в жирах витаминах. Причины и диагностическая тактика у больных с желтухой освещаются на с. 157.

Боли в животе

У больных с хроническим панкреатитом отмечаются неопределенные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину и усиливающиеся во время еды. Боли в эпигастральной области, усиливающиеся во время еды, могут наблюдаться у больных с синдромом Золингера-Эллисона, характеризующимся чрезмерным образованием желудочного сока (снижение pH желудочного химуса), вызывающего инактивацию липазы. Это обычно наблюдается у больных

с симптомами пептической язвы, неподдающейся консервативной терапии. Боли в правой подвздошной области, наблюдаемые у больных с болезнью Крона, обусловлены терминальным илеитом.

Сопутствующие симптомы

У больных с болезнью глютеновой недостаточности нередко отмечается задержка роста, неадекватное питание, сопровождающееся развитием анемии и атрофией мышц. У них наблюдаются боли в костях вследствие деминерализации, мозжечковая атаксия и периферическая нейропатия. При болезни Уиппла, возбудителем которой является *Tropheryma whippleii*, у больных помимо стеатореи наблюдаются боли в суставах, повышение температуры, пигментация кожи и увеличение периферических лимфатических узлов. Стеаторея является основным проявлением кишечной лимфомы. Кроме того, у больных могут наблюдаться боли в животе и повышение температуры тела, а иногда явления кишечной непроходимости. Болезнь Крона характеризуется образованием язв на слизистой полости рта, перианальных абсцессов, болями в правой подвздошной области и выделением крови из прямой кишки. Абеталипопротеинемия, наследственное заболевание (аутосомное рецессивное наследование), развивающаяся в результате отсутствия аполипопротеина В и сопровождающаяся нарушением образования хиломикрона, характеризуется развитием у больного атаксии и ночной слепоты вследствие пигментной дегенерации сетчатки (пигментный ретинит).

Анамнез перенесенных заболеваний

Ранее перенесенная резекция кишечника, включая терминальный отдел подвздошной кишки, способствует нарушению всасывания жира вследствие снижения циркуляции желчных солей между печенью и кишечником. Более того, при уменьшении протяженности всасывающей поверхности кишечника уменьшается и период пассажа кишечного содержимого по кишечнику и, соответственно, уменьшается всасывание жира. Состояния, сопровождающиеся застоем кишечного содержимого, снижением перистальтической активности кишечника и уменьшением секреции желудочного сока, способствуют интенсивному размножению бактериальной флоры и ускоренному расщеплению желчных солей.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Стеаторея часто сопровождается нарушением всасывания в кишечнике, и у больных может развиваться кахексия. Наличие язв на слизистой полости рта наблюдается у больных с болезнью Крона или болезнью глютеновой недостаточности. Пальцы в виде барабанных палочек наблюдаются у больных с болезнью Крона, циррозом печени, болезнью глютеновой недостаточности и кистозным фиброзом, которые сопровождаются нарушением экзокринной функции поджелудочной железы. Желтуха может наблюдаться у больных с непро-

ходимостью желчных путей и поражением печени (см. с. 157). Появление на теле кровоподтеков обусловлено нарушением свертываемости, вследствие дефицита витамина К, а причиной болей в костях, выявляемых при исследовании, является остеомаляция в результате дефицита витамина D. Классическая сыпь герпетиформного дерматита может наблюдаться у больных с болезнью глютеновой недостаточности. Узелковая эритема (нодозная эритема) является характерным признаком болезни Крона, которая также сопровождается болезненностью в правой подвздошной области, развитием перипиллярных абсцессов и свищей. У больных с поражением печени нередко наблюдается гепатомегалия, а спленомегалия наблюдается при кишечной лимфоме.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Исследование кала на жир

У больного, находящегося на диете, содержащей 50 г жира /день или более, в течение 3 дней проводят исследование кала. В норме содержание жира в кале не должно превышать 7 г/день.

• ОАК и формула крови

Л ↑ при активном воспалительном процессе. Наличие в мазке крови акантоцитов наблюдается у больных с абеталипопротеинемией.

• СОЭ

↑ при обострении болезни Крона.

• ФПП

Билирубин и щелочная фосфатаза ↑ механическая желтуха. Трансаминазы ↑ поражение паренхимы печени. Альбумин ↓ синдром нарушенного всасывания (мальабсорбции).

• Глюкоза крови

↑ у больных сахарным диабетом (осложнение хронического панкреатита).

• Амилаза плазмы крови

При хроническом панкреатите обычно нормальная, но может повышаться при обострениях.

• Антиглиадиновые, антиэндомизимальные и антиретрикулярные антитела

Для диагностики болезни глютеновой недостаточности.

• РБП

Наличие кальцинатов у больных с хроническим панкреатитом.

• Биопсия тощей кишки

Субтотальная атрофия ворсинчатого эпителия и гиперплазия крипт выявляется у больных с болезнью глютеновой недостаточности. Гистологическая картина нормализуется при назначении больному диеты, лишенной глютена. Расширенные лимфатические сосуды и ПАС — положительные макрофаги у больных с болезнью Уипла. Отсутствие ворсинок с лимфоцитарной инфильтрацией собственной пластинки и гистологические признаки злокачественного перерождения у больных с кишечной лимфомой.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Дыхательные пробы с желчной кислотой, меченой ^{14}C**
Скрининговый тест при чрезмерном росте бактериальной флоры.
- **Определение гастрина в плазме крови**
Синдром Золлингера—Эллисона.
- **Клизма тонкого кишечника**
Стенозы, бессимптомные поражения, свищи и щели при болезни Крона.
- **Колоноскопия**
Гиперемия слизистой, рыхлость, изъязвление, кровоточивость при прикосновении наблюдаются при болезни Крона.
- **КТ брюшной полости**
Увеличение лимфатических узлов брюшной полости при лимфоме

СТРИДОР

Стридор — высокотональное шумное дыхание, наблюдаемое у больных с нарушением проходимости дыхательных путей.

ПРИЧИНЫ

Врожденные

Ларингомалация (врожденная атония гортани)

Приобретенные

Инородное тело

Отек гортани

— анафилаксия

— поражение во время вдоха

Инфекционные

— эпиглоттит

— заглоточный абсцесс

Ятрогенные

— посттрахеостомический стеноз

— постинтубационный стеноз

— стеноз после операций на щитовидной железе

Ревматоидный артрит перстневидно-черпаловидного сочленения

Зоб

Злокачественные

Внутрипросветное образование, вызывающее нарушение проходимости

— гортани

— трахеи

— бронхов

Сдавление извне

— злокачественные узлы

Двусторонний паралич голосовых связок

— поражение ствола мозга

— рак щитовидной железы

— рак пищевода

АНАМНЕЗ

Развитие заболевания

Внезапное развитие стридора обычно наблюдается при вдыхании инородного тела, что сопровождается появлением у больного приступа сильнейшего кашля, а при опросе свидетелей или родственников какой-либо патологии в анамнезе пострадавшего не отмечается. Стридор указывает на наличие частичной непроходимости дыхательных путей, поскольку при полной непроходимости дыхательных путей дыхательные шумы отсутствуют. Причиной стридора, развивающегося в течение некоторого времени, от нескольких секунд до нескольких минут, может быть отек гортани при анафилактической

реакции. При этом у больного могут наблюдаться уртикарные высыпания по всему телу и отек лица. Немедленно следует опросить больного или родственников об известных аллергенах и начать проведение неотложных лечебных мероприятий. Наиболее частой причиной развития стридора у младенцев является ларингомалация. Во время вдоха происходит сворачивание дряблого надгортанника и черпаловиднонадгортанной складки вследствие отсутствия плотной хрящевой опоры. Стигание головы способствует усилению стридора, тогда как положение больного лицом вниз с разогнутой головой улучшает проходимость дыхательных путей. В течение 2–3 мес. стридор у младенцев постепенно прекращается.

Способствующие факторы

Развитию ятрогенного стридора любой этиологии, как правило, способствуют различные факторы. Длительное нахождение интубационной трубки в трахее или трахеостомии могут приводить к развитию стеноза трахеи. Нарушение проходимости верхних дыхательных путей, развивающееся сразу после операции на щитовидной железе, может быть обусловлено отеком гортани, гематомой и двусторонним повреждением возвратного нерва. У больных, спасенных при пожаре, может наблюдаться поражение дыхательных путей вследствие вдыхания горячих газов.

Сопутствующие симптомы

Нарушение проходимости дыхательных путей может наблюдаться у больных с выраженным увеличением миндалин, например, при железистой лихорадке или при тонзиллите, осложненном образованием заглоточного абсцесса. Больные с увеличенной щитовидной железой могут жаловаться на наличие бессимптомного опухолевидного образования на шее; при этом у больного могут отмечаться признаки нарушения функции щитовидной железы (см. с. 243). Боли в суставах, ригидность и деформация суставов наблюдаются у больных ревматоидным артритом. У них может наблюдаться стридорозное дыхание в результате поражения черпаловидно-перстневидного сочленения. У больного со злокачественной опухолью в области шеи может отмечаться снижение массы тела. Охриплость голоса является ранним признаком рака гортани; стридор развивается в поздней стадии развития опухоли. Длительный кашель с появлением кровохарканья у злостного курильщика обычно указывает на развитие рака легкого. Локализация рака может изменять характер стридорозного дыхания. Частичное закрытие просвета верхних дыхательных путей (трахеи или главного бронха) опухолью вызывает развитие стридорозного дыхания, тогда как частичное закрытие просвета периферических отделов дыхательных путей (мелких и средних бронхов) сопровождается скрипящим монофазным шумным затрудненным вдохом. Быстро прогрессирующая безболезненная дисфагия наблюдается у больных раком пищевода.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

больной с частичной непроходимостью верхних дыхательных путей часто находится в возбужденном состоянии. Немедленно осмотрите больного и определите степень распространения уртикарной сыпи, отека лица, выраженности гипотонии и наличие и выраженность одышки, сопровождающейся свистящими хрипами, что позволит установить диагноз анафилактической реакции и немедленно начать проведение соответствующих лечебных мероприятий. Наличие у пораженного копути на лице и подпаленных волос в носовых ходах указывает на возможность термического поражения дыхательных путей в результате вдыхания горячих газов. При осмотре можно обратить внимание на наличие у больного значительно увеличенной щитовидной железы. Двусторонняя симметричная деформирующая артропатия, включая мелкие суставы кистей (ПФ, ПМФ), указывает на наличие у больного ревматоидного артрита. Пальцы в виде барабанных палочек часто наблюдаются у больных раком легкого.

Причину развития стридорозного дыхания можно обнаружить уже при осмотре горла. Дальнейшую информацию получают при осмотре рото- и гортаноглотки с помощью непрямой ларингоскопии. В случае двустороннего паралича голосовых связок последние находятся в трупном положении. При этом наблюдается небольшая гололовая щель, не расширяющаяся при попытке вдоха больного. При осмотре легко обнаружить наличие надсвязочной опухоли или рака гортани.

Пальпация и аускультация

Причиной выявленных при пальпации увеличенных шейных лимфатических узлов может быть воспалительный процесс или рак гортани, глотки, легких или пищевода. При пальпации можно обнаружить значительное увеличение щитовидной железы, сопровождающееся смещением трахеи в противоположную сторону. При обследовании грудной клетки обратите внимание на наличие монофонического свистящего дыхания, ателектаза сегмента легкого, выпотного плеврита и болезненности ребер при пальпации, что может наблюдаться при раке легкого.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ОАК
 M ↑ воспалительный процесс.
- СОЭ
 ↑ при воспалительном процессе и злокачественном новообразовании.
- ФПЩЖ
 ↑, ↓ или нормальные при наличии у больного зоба.
- Рентгенография мягких тканей шеи в боковой проекции
 Наличие рентгеноконтрастных инородных тел.

- **РГК**

С целью идентификации инородных тел РГК следует выполнять в переднезадней и боковой проекциях. Рак легкого выявляется в виде центральной опухоли, периферического образования, ателектаза сегмента легкого, уплотнения доли легкого или выпотного плеврита. При РГК можно обнаружить увеличение лимфатических узлов корня легкого, вызывающих сдавление трахеи или бронха.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Фиброоптическая ларингоскопия**

Позволяет осмотреть голосовые связки, обнаружить опухоль, стеноз трахеи и выполнить биопсию.

- **Эндоскопия верхнего отдела ЖК**

Позволяет диагностировать рак, прорастающий оба возвратных нерва при наличии у больного явлений дисфагии.

- **АБТИ зоба**

С целью определения этиологии зоба.

- **КТ шеи и грудной клетки**

Определить степень распространения и стадии рака гортани, рака щитовидной железы, рака пищевода и легкого.

▶ СУДОРОГИ

Судороги представляют собой серию произвольных, резких сокращений произвольных мышц.

ПРИЧИНЫ

Неврологические

Эпилепсия
 Фебрильные судороги

Травматические

Черепно-мозговая травма
 Нейрохирургические операции

Метаболические

Глюкоза
 Кальций
 Натрий
 Гипоксия
 Уремия

Сосудистые

Инфаркт
 Субарахноидальное кровоизлияние
 Внутрочерепная гематома

Инфекционные

Менингит
 Энцефалит
 Абсцесс мозга

Неопластические

Опухоли мозга

Токсические/медикаментозные

Алкоголизм/воздержание
 Амфетамины, кокаин, антипсихотропные, «экстази»

АНАМНЕЗ

Обстоятельства развития

При оценке больных в состоянии судорожного приступа в первую очередь необходимо исключить причины потери сознания (см. с. 415).

Тщательное выяснение обстоятельств и картины развития судорожного состояния у очевидцев имеет чрезвычайно важное значение для оформления документации и окажет помощь в определении форм эпилептических судорог. Приступ судорог может начинаться с появления продромов или ауры.

Факторы, способствующие развитию судорог

Изучение анамнеза следует начать с выяснения факторов, способствующих возникновению приступа, например, таких причин, как перенесенная больным травма, операция и наличие медикаментозной передозировки. При этом можно выяснить наличие у больного в анамнезе эпилепсии.

Головная боль

Причинами судорог, сопровождающихся головными болями, могут быть перенесенная больным травма, субарахноидальное кровоизлияние, менингит или повышенное внутричерепное давление при наличии опухоли мозга. Больные с субарахноидальным кровоизлиянием нередко жалуются на внезапное появление ослепляющей головной боли. Головная боль при менингите сопровождается развитием у больного ригидности шейных мышц и фотофобией. Головная боль у больных с повышенным внутричерепным давлением усиливается в утренние часы, а также при кашле или чихании и может сопровождаться тошнотой или рвотой. Подробное описание см. с. 400.

Сопутствующая неврологическая патология

Важное значение для установления причин возникновения судорог имеет наличие в анамнезе больного неврологических нарушений. Нарушение мозгового кровообращения, субарахноидальное кровоизлияние или внутричерепная гематома могут вызывать неврологические нарушения, предшествующие развитию судорог. Судороги могут развиваться у больных с прогрессирующим ухудшением неврологической симптоматики в результате роста опухоли мозга. У больных эпилепсией в послеприпадочном периоде может отмечаться преходящая мышечная слабость (паралич Тодда). Причиной развития у больного стойких неврологических нарушений может быть перенесенная аноксия мозга во время продолжительного судорожного приступа.

Анамнез сопутствующих заболеваний и проводимой медикаментозной терапии

Такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, могут быть причиной нарушений концентрации глюкозы в крови больного. У больных необходимо тщательно выяснять сведения о используемых ими медикаментозных средствах, особенно в отношении запрещенных препаратов. В истории болезни необходимо отметить количество потребляемого больным алкоголя. Недостаточно полное купирование судорог у больных эпилепсией может объясняться недостаточно адекватно подобранной терапией.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Температура

Наличие у больного повышенной температуры, как правило, указывает на инфекционную природу судорожного приступа, например

менингит или абсцесс мозга. Проведение всестороннего обследования больного позволит выявить локализацию первичного очага воспаления, такого, как воспаление среднего уха или мастоидит. Повышенная температура может быть единственной причиной возникновения судорог.

Общий осмотр

Общий осмотр больного производят с целью выявления травмы черепа, а также каких-либо других повреждений, которые могут возникнуть во время судорожного приступа.

Неврологическое обследование

Основной целью неврологического обследования больного после судорожного приступа является выявление остаточных неврологических нарушений. При неврологическом обследовании следует оценить функциональное состояние психики и интеллекта больного. В случае выявления какой-либо патологии дальнейшее целенаправленное клиническое исследование позволит определить локализацию патологического процесса. Однако неврологические нарушения, выявленные непосредственно после судорожного приступа, могут полностью разрешиться.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Прик-тест (глюкометр)

Позволяет быстро определить наличие у больного гипо- и гипергликемии.

• ОАК

Л ↑ менингит, энцефалит, абсцесс мозга.

• М и Эл

↑ или ↓ натрий, ↑ мочевины и креатинин — почечная недостаточность.

• Уровень кальция в крови

↑ или ↓ кальций.

• Глюкоза крови

↑ или ↓ глюкоза.

• ГЭК

Гипоксия.

• КТ головы

Особенно у больных с наличием неврологических нарушений. Опухоли мозга — изменения плотности ткани мозга. Переломы костей черепа. Внутричерепная гематома — сигнал высокой плотности в течение первых 2 недель ее образования. Субарахноидальное кровоизлияние — сигнал большой плотности (крови) в субарахноидальном пространстве. Нарушение мозгового кровообращения — инфаркт выявляется в первые 24 часа.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Токсикологический скрининг**
Обычно применяемые лекарственные препараты.
- **ЭЭГ**
Эпилепсия.
- **Поясничная пункция**
Менингит.

▶ ТРЕМОР

Тремор – ритмические, произвольные дрожательные движения части тела, обычно пальцев рук.

ПРИЧИНЫ

Тремор в покое

Болезнь Паркинсона

Активный тремор

Идиопатический Доброкачественный эссенциальный тремор

Физиологический Возбуждение
При произвольных движениях

Патологический Тиреотоксикоз
Медикаментозный и токсический
– агонисты β -рецепторов
– кофеин
– алкоголь
– литий
– фенитоин
– циклоспорин

Интенционный тремор

Заболевание мозжечка

АНАМНЕЗ

Тремор разделяют на три вида: 1) тремор покоя; 2) тремор действия, который проявляется, когда рука удерживается в длительном напряжении или преодолевает сопротивление; 3) интенционный тремор, возникающий при произвольных движениях. Физиологические причины тремора связаны обычно с определенными способствующими факторами, такими, как гнев, раздражение и произвольное движение.

Тремор действия, прекращающийся при поддержании конечности, когда снимается ощущение тяжести, – характерная форма доброкачественного эссенциального тремора; кроме того, он ослабляется под действием алкоголя и во время движений. До $1/3$ больных с доброкачественным эссенциальным тремором имеют наследственный характер заболевания. Помимо тремора у больных отмечаются явления тиреотоксикоза в виде жалоб на непереносимость жары, сердцебиения, повышенный аппетит с потерей массы тела, повышенную возбудимость и диарею. Подробный расспрос больного о принимаемых им лекарственных препаратах позволит выявить препарат, который может быть потенциальной причиной развития тремора. У больного необходимо также выяснить количество принимаемого им кофе и алкоголя.

Наличие у больного таких сопутствующих симптомов, как медленность, затруднения в начале движения и прекращения движения, ригидность мышц, мышечная утомляемость (особенно при письме), могут наблюдаться при болезни Паркинсона. У больных с поражением мозжечка могут наблюдаться нарушения равновесия и координации.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Тремор

Осмотрите больного в покое: наличие у него круговых движений кончиков пальцев является признаком болезни Паркинсона. Кроме того, обратите внимание на ничего не выражающее его лицо, не твердую, спотыкающуюся походку и слюнотечение. Больной с тиреотоксикозом обычно пониженного питания, с широко раскрытыми глазами, редко мигающими веками, у него определяется зоб. а у больного с болезнью Грейвса отмечается экзофтальм.

Далее, просят больного удерживать руки в вытянутом положении; это позволяет выявить все другие причины тремора. Размещение на вытянутые руки больного с мелким тремором кусочка бумаги сопровождается его усилением. Полное удержание рук больного вызывает прекращение доброкачественного эссенциального тремора.

Интенционный тремор проявляется при проведении больным пальценосовой пробы; тремор заметно усиливается при приближении пальца к цели. Кроме того, у больного можно наблюдать появление тремора после промахивания пальца мимо цели.

Общее обследование

После оценки тремора больному проводят общее обследование с целью выяснения основной причины его развития. Оценивают состояние походки (см. с. 314) и выявляют различие между походкой больного при паркинсонизме и атактической походкой при поражении мозжечка. У больного с поражением мозжечка отмечаются скандированная речь, дисдиадохокinez, нистагм и маятниковобразные рефлексы. У больного с подозрением на тиреотоксикоз пальпируют пульс с целью выявления мерцательной аритмии, щитовидную железу, оценивают движение глазных яблок, а выслушивание при аускультации щитовидной железы шума — характерный признак болезни Грейвса.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ТСГ и свободный T_4
 \uparrow ТСГ и $\downarrow T_4$ при тиреотоксикозе.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- КТ черепа

Для оценки больных с нарушенной координацией, указывающей на поражение мозжечка.

► УВЕЛИЧЕНИЕ ЖИВОТА

Увеличение живота может носить диффузный или локальный характер в виде выпуклости в том или ином квадранте за счет опухоли. Увеличение живота — распространенный симптом различных хирургических заболеваний.

Увеличение живота может быть диффузным или локальным. При осмотре больного необходимо проверить наличие пяти классических элементов, которые могут быть возможными причинами распространенного увеличения живота: жир, каловые массы, скопление газов в кишке (метеоризм), асцит или беременность. С целью описания локальных выпуклостей живот разделяют на семь областей: на правый верхний квадрант, левый верхний квадрант, эпигастральная область, пупочная область, правая нижняя область (правая подвздошная), левая нижняя область (левая подвздошная) и надлобковая область. Несмотря на то что гепатомегалия, спленомегалия и опухоли почек относятся к данному разделу, они будут рассмотрены ниже в соответствующем разделе книги.

ПРАВЫЙ ВЕРХНИЙ КВАДРАНТ

ПРИЧИНЫ

Печень

См. Гепатомегалия, с. 113

Желчный пузырь

Водянка
Эмпиема
Рак
Вторично, за счет сдавления опухолью головки поджелудочной железы

Правый отдел толстой кишки

Рак
Каловые массы
Опухоль дивертикула
Заворот слепой кишки
Инвагинация

Правая почка

Поликистоз почки
Гидронефроз
Пионефроз
Паранефральный абсцесс
Рак
Туберкулез
Одиночная киста
Опухоль Вильмса (нефробластома)

АНАМНЕЗ**Печень**

См. Гепатомегалия, с. 113.

Желчный пузырь

У больного следует выяснить наличие в анамнезе камней желчного пузыря, вздутия живота, желтухи, темной мочи, обесцвеченного кала и зуда. Указания больного на уменьшение массы тела за последнее время позволяют заподозрить наличие у него рака головки поджелудочной железы или желчного пузыря.

Правый (восходящий) отдел толстой кишки

Жалобы больного на быструю утомляемость, слабость, сонливость, позволяют предположить наличие у него анемии вследствие хронической кровопотери. Наличие у больного схваткообразных болей в животе, рвоты и запора, а также нарушение обычной функции кишечника указывают на возможность рака толстой кишки. Иногда больной жалуется на наличие в анамнезе простого запора, что позволяет предположить наличие у больного калового завала. Выясните наличие у больного в анамнезе дивертикулеза. Указания родственников на приступы выраженной «кричащей» боли в животе и наличие в стуле крови и слизи у ребенка (стул в виде «красносморинного желе») указывает на наличие у младенца инвагинации кишки.

Правая почка

См. Опухоли почек, с. 352.

ИССЛЕДОВАНИЕ**Печень**

См. с. 113.

Желчный пузырь

При наличии у больного слизистого полипа желчного пузыря при пальпации отмечается небольшая болезненность или вообще отсутствие таковой. При пальпации определяется большого размера гладкое опухолевидное образование, перемещающееся при дыхании и выступающее из-под хряща девятого ребра по наружному краю прямой мышцы живота. Больной с эмпиемой желчного пузыря отмечает острую боль в области желчного пузыря, которую трудно определить вследствие выраженной боли и болезненности при малейшем прикосновении. У больного может отмечаться желтуха, обусловленная наличием у него синдрома Мирризи (давление камня, вколоченного в кармане Гартмана, на прилежащий желчный проток). Рак желчного пузыря может пальпироваться в виде плотного неровного опухолевидного образования в правой подреберной области, но обычно проявляется в виде обтурационной желтухи, вследствие сдавления печеночных протоков метастазами в ворота печени.

Наличие при пальпации у больного с желтухой гладкого желчного пузыря может наблюдаться при раке головки поджелудочной железы (закон Курвуазье: «маловероятно, чтобы причиной обтурационной желтухи у больного с пальпируемым желчным пузырем были камни в желчном пузыре или желчных протоках»).

Правый (восходящий) отдел толстой кишки

При пальпации каловые массы обычно мягкой, замазкообразной консистенции и легко идентифицируются, но иногда они пальпируются в виде плотной камнеобразной опухоли. Рак обычно пальпируется в виде опухолевидного образования плотной до каменной консистенции, неровного, смешивающегося при пальпации или фиксированного на месте. У больного с дивертикулезным инфильтратом обычно отмечается болезненность при пальпации, причем при отсутствии паракишечного абсцесса боль носит локальный характер. При завороте слепой кишки определяется опухолевидное образование с тимпаническим звуком при перкуссии; в случае угрожающего инфаркта при пальпации может отмечаться болезненность. У ребенка с инвагинацией кишки при пальпации живота в правом подреберье удается определить гладкое, подвижное и болезненное опухолевидное образование сосискообразной формы. Оно может увеличиваться по мере прогрессирования инвагинации.

Правая почка

См. Опухоли почек, с. 352.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ анемия, например, рак толстой кишки, гематурия при поражении почек. Hb ↑, например гипернефрома (полицитемия, развивающаяся при гипернефроме). Л ↑, например эмпиема, дивертикулит, СОЭ ↑ злокачественное новообразование.

• М и Эл

Рвота и дегидратация, например, при повреждениях желчного пузыря и тонкой кишки. Нарушение проходимости мочевыводящих путей при повреждениях почек приводит к развитию уремии.

• ФПП

Поражения печени, метастазирование злокачественной опухоли в печень.

• Анализ мочи (АМ)

Поражения почек: эритроциты в моче, лейкоциты, клетки злокачественной опухоли. Посев и чувствительность к антибиотикам (ПиЧ).

• ОРБП

Позволяет определить наличие непроходимости толстой кишки, вызванной опухолью, камней в желчном пузыре (в 10% случаев камни желчного пузыря рентгеноконтрастны) заворота слепой

кишки, запора, наличие камней в почках при мочекаменной болезни.

- **УЗИ**

Позволяет диагностировать повреждения печени, наличие камней в желчном пузыре, водянку, эмпиему желчного пузыря, расширенные желчные протоки.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Бариевая клизма**

Позволяет диагностировать рак толстой кишки, дивертикулез, инвагинацию.

- **Колоноскопия**

Рак толстой кишки, дивертикулез.

- **КТ**

Поражение печени, мочевого пузыря, почек.

ЛЕВЫЙ ВЕРХНИЙ КВАДРАНТ

ПРИЧИНЫ

Селезенка

См. в разделе Спленомегалия, с. 409

Желудок

Рак

Растяжение желудка (острое расширение, стеноз привратника)

Поджелудочная железа

Ложная киста

Рак

Почки

См. в разделе Правый верхний квадрант, с. 433

Толстая кишка

Рак селезеночного изгиба

Каловые массы

Опухоль дивертикула

АНАМНЕЗ

Селезенка

См. Спленомегалия, с. 409.

Желудок

Жалобы на рвоту позволяют предположить наличие у больного стеноза привратника, острого расширения желудка и рака. При раке

желудка у больного отмечается сонливость, потеря аппетита, похудание.

Поджелудочная железа

Наличие у больного в анамнезе приступов острого панкреатита может указывать на возможность образования ложной кисты. Похудание больного, наличие болей в спине и желтухи с определенностью указывают на наличие рака поджелудочной железы. При раке поджелудочной железы иногда наблюдается внезапное развитие сахарного диабета.

Почки

См. Опухоли почек, с. 352.

Толстая кишка

Жалобы больного на схваткообразные боли в животе, и нарушение ее обычной нормальной функции позволяют заподозрить наличие у больного рака или дивертикулеза толстой кишки. Хронические запоры в анамнезе могут указывать на скопление в толстой кишке каловых масс.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Селезенка

См. Спленомегалия, с. 409.

Желудок

Некоторое притупление перкуторного звука и наличие «баллотирования» жидкости в этой области могут указывать на расширение желудка. Опухоль пальпируется в виде плотного, неровного, малоподвижного образования. Опухоли поджелудочной железы могут не пальпироваться или определяются в виде неподвижного образования, не смешивающегося при дыхании. Ложные кисты поджелудочной железы часто определяются в виде большого, гладкого образования, иногда болезненного при пальпации.

Толстая кишка

См. Правый верхний квадрант, с. 433.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Hb ↓ рак, Hb ↑ гипернефрома (при гипернефроме часто наблюдается полицитемия), Л ↑ дивертикулез, воспалительные заболевания почек.

• М и Эл

Заболевания печени. Вторичные поражения печени (например, метастазы).

• Сывороточная амилаза

Острый панкреатит

- **УЗИ**

Спленомегалия. Заболевания почек.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Глюкоза крови**

Уровень может быть повышен при раке поджелудочной железы.

- **Бариевая клизма**

Рак. Дивертикулез.

- **Колоноскопия**

Рак. Дивертикулез.

- **Гастроскопия**

Рак желудка. Стеноз привратника.

- **КТ**

Рак поджелудочной железы. Ложная киста поджелудочной железы. Вторичное поражение печени. Спленомегалия. Абсцесс забрюшинной клетчатки толстой кишки.

ЭПИГАСТРАЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ

Многие опухолевидные образования, встречающиеся в этой области, рассматривались при описании опухолей других областей живота. Поскольку полный перечень встречающихся в этой области опухолевидных образований представлен ниже, в разделах анамнеза и исследования будет обсуждаться только патология, не упоминающаяся в других разделах.

ПРИЧИНЫ

Передняя брюшная стенка

Липома
Эпигастральная грыжа
Окостенение мечевидного отростка
Метастатические узлы

Желудок

Врожденный гипертрофический стеноз привратника
Рак
Острый заворот желудка

Поджелудочная железа

См. Левый верхний квадрант, с. 436

Поперечная ободочная кишка

Рак
Скопление каловых масс
Опухоль дивертикула

нь

м. Гепатомегалия, с. 113

Забрюшинное пространство

Аневризма брюшной аорты
Лимфаденопатия (лимфома, метастазы рака яичек)

Сальник

Вторичное поражение сальника, например, при раке желудка и яичников

АНАМНЕЗ**Брюшная стенка**

Больной может жаловаться на появление под кожей мягкого на ощупь выпячивания, которое может оказаться липомой или эпигастральной грыжей, содержащей предбрюшинный жир. Эпигастральная грыжа образуется по средней линии живота через дефект белой линии. В случае ущемления опухолевидное выпячивание становится болезненным, вокруг него отмечается покраснение кожных покровов. Иногда больной жалуется на плотное костное образование в верхней части эпигастральной области, которое оказывается обычным мечевидным отростком. Больной замечает это при преднамеренной попытке похудеть или быстрой потере массы тела вследствие какого-то заболевания. Метастазы, например опухолей молочных желез или бронхов, могут обнаруживаться в виде малоподвижных опухолевидных образований в коже или подкожной клетчатке.

Желудок

У ребенка может наблюдаться рвота «фонтаном». У нормально развивающегося в течение 3—4 нед. младенца внезапно развивается некротимая «фонтанирующая» рвота пищей. Эта патология, как правило, встречается у первороденного мальчика. В этом случае необходимо выяснить наследственный анамнез и наличие подобного заболевания у родственников, особенно по материнской линии.

Забрюшинное пространство

Жалобы больного на боли в поясничной области или пульсирующее опухолевидное образование в эпигастральной области могут указывать на наличие у него аневризмы брюшной аорты. Боли в поясничной области могут наблюдаться при лимфаденопатии (увеличении лимфатических узлов) забрюшинного пространства.

ИССЛЕДОВАНИЕ**Передняя брюшная стенка**

Определяемая при пальпации мягкая, дольчатая опухоль скорее всего является липомой. Это опухоль может оставаться подвижной при

напряжении мышц передней брюшной стенки. Неподвижный, иногда болезненный при пальпации жировик, располагающийся по средней линии живота, позволяет предположить наличие эпигастральной грыжи. Эпигастральные грыжи в большинстве случаев состоят из предбрюшинного жира, хотя содержимым грыжевого мешка может быть тонкая кишка. При пальпации можно ощутить кашлевой толчок. Опухолевидное образование в случае эпигастральной грыжи может вправляться. Твердые опухолевидные образования в области передней брюшной стенки, имеющие неправильную форму и неподвижные при пальпации, являются, скорее всего, метастазами, особенно при наличии у больного рака молочной железы или бронхогенного рака легкого.

Забрюшинное пространство

При пальпации брюшной полости можно обнаружить пульсирующее опухолевидное образование. Пропальпируйте пульсацию артерий нижних конечностей (острая окклюзия артерии в результате эмболии сопровождается развитием ишемии конечности). Метастазы в забрюшинные лимфатические узлы при раке яичек могут проявляться в виде большой забрюшинной опухоли. При пальпации исключите опухоль яичек. Пропальпируйте все области возможного увеличения лимфатических узлов (особенно левый надключичный узел). Причиной увеличения лимфатических узлов может быть лимфома. Исключите увеличение лимфатических узлов во всех доступных областях и спленомегалии. Выявление при пальпации плотного, неровного и подвижного опухолевидного образования, особенно при наличии у больного асцита, позволяет заподозрить вторичное поражение сальника (рак яичника, желудка – проверьте вирховский узел, т.е. узел в левой надключичной области).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ рак желудка, рак толстой кишки, карциноматоз. Л ↑ дивертикулит.

- **М и Э**

Рвота и дегидратация при поражениях желудка и толстой кишки.

- **ФПП**

Поражения печени

- **УЗИ**

Аневризма аорты, лимфаденопатия, ложная киста поджелудочной железы

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Глюкоза крови**

Повышение уровня глюкозы в крови может наблюдаться при раке поджелудочной железы или предшествующем панкреатите

- **КТ**

Опухоли, ложные кисты поджелудочной железы. Лимфаденопатия. Аневризма аорты. Метастатическое поражение сальника. Необходимо подтверждение данными биопсии/АБТИ аспирационная биопсия тонкой иглой для цитологического исследования.

- **Бариевая клизма**

Рак толстой кишки. Дивертикулез.

- **Колоноскопия**

Рак толстой кишки. Дивертикулез.

- **Гастроскопия**

Рак желудка.

- **Лапароскопия**

Рак яичников. Переход карциноматозного процесса на сальник. Карциноматоз брюшины.

- **Биопсия**

ПУПОЧНАЯ ОБЛАСТЬ

Большая часть опухолевидных образований этой области рассматривается ниже при описании вылячиваний в других областях живота. В данном разделе при анализе анамнеза и данных физикального обследования обсуждаются лишь патологические состояния, не обсуждавшиеся в предыдущих разделах.

ПРИЧИНЫ

Поверхностные

Узелки сестры Хосефы (злокачественные новообразования брюшной полости, метастазирующие в пупок; встречаются редко)

Грыжи

Параумбиликальные
Пупочные

Желудок

Рак

Поперечная ободочная кишка

Рак
Каловый завал
Опухоль дивертикула

Тонкий кишечник

Болезнь Крона
Рак (редко)
Киста брыжейки (редко)

напряжении мышц передней брюшной стенки. Неподвижный, иногда болезненный при пальпации жировик, располагающийся по средней линии живота, позволяет предположить наличие эпигастральной грыжи. Эпигастральные грыжи в большинстве случаев состоят из предбрюшинного жира, хотя содержимым грыжевого мешка может быть тонкая кишка. При пальпации можно ощутить кашлевой толчок. Опухолевидное образование в случае эпигастральной грыжи может вправляться. Твердые опухолевидные образования в области передней брюшной стенки, имеющие неправильную форму и неподвижные при пальпации, являются, скорее всего, метастазами, особенно при наличии у больного рака молочной железы или бронхогенного рака легкого.

Забрюшинное пространство

При пальпации брюшной полости можно обнаружить пульсирующее опухолевидное образование. Пропальпируйте пульсацию артерий нижних конечностей (острая окклюзия артерий в результате эмболии сопровождается развитием ишемии конечности). Метастазы в забрюшинные лимфатические узлы при раке яичек могут проявляться в виде большой забрюшинной опухоли. При пальпации исключите опухоль яичек. Пропальпируйте все области возможного увеличения лимфатических узлов (особенно левый надключичный узел). Причиной увеличения лимфатических узлов может быть лимфома. Исключите увеличение лимфатических узлов во всех доступных областях и спленомегалии. Выявление при пальпации плотного, неровного и подвижного опухолевидного образования, особенно при наличии у больного асцита, позволяет заподозрить вторичное поражение сальника (рак яичника, желудка – проверьте вирховский узел, т.е. узел в левой надключичной области).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**
Hb ↓ рак желудка, рак толстой кишки, карциноматоз. Л ↑ дивертикулит.
- **М и Э**
Рвота и дегидратация при поражениях желудка и толстой кишки.
- **ФПП**
Поражения печени
- **УЗИ**
Аневризма аорты, лимфаденопатия, ложная киста поджелудочной железы

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Глюкоза крови**
Повышение уровня глюкозы в крови может наблюдаться при раке поджелудочной железы или предраковом панкреатите

- **КТ**
Опухоли, ложные кисты поджелудочной железы. Лимфаденопатия. Аневризма аорты. Метастатическое поражение сальника. Необходимо подтверждение данными биопсии/АБТИ аспирационная биопсия тонкой иглой для цитологического исследования.
- **Бариевая клизма**
Рак толстой кишки. Дивертикулез.
- **Колоноскопия**
Рак толстой кишки. Дивертикулез.
- **Гастроскопия**
Рак желудка.
- **Лапароскопия**
Рак яичников. Переход карциноматозного процесса на сальник. Карциноматоз брюшины.
- **Биопсия**

ПУПОЧНАЯ ОБЛАСТЬ

Большая часть опухолевидных образований этой области рассматривается ниже при описании выпячиваний в других областях живота. В данном разделе при анализе анамнеза и данных физикального обследования обсуждаются лишь патологические состояния, не обсуждавшиеся в предыдущих разделах.

ПРИЧИНЫ

Поверхностные

Узелки сестры Хосефы (злокачественные новообразования брюшной полости, метастазирующие в пупок; встречаются редко)

Грыжи

Параумбиликальные
Пупочные

Желудок

Рак

Поперечная ободочная кишка

Рак
Каловый завал
Опухоль дивертикула

Тонкий кишечник

Болезнь Крона
Рак (редко)
Киста брыжейки (редко)

Сальник

Метастатическое поражение, например, при опухолях желудка, яичников

Забрюшинное пространство

Аневризма аорты

Лимфатические узлы, например, лимфома, метастазы при раке яичка

АНАМНЕЗ**Поверхностные образования**

Узелки сестры Хосефы появляются на пупке в виде плотных узелков, представляющих собой метастазы рака желудка, толстой кишки, яичника или молочной железы.

Грыжа

Эти грыжи встречаются у младенцев в виде пупочного выпячивания. Их диагностируют при рождении младенца. Они обычно исчезают самостоятельно. Параумбиликальные грыжи, как правило приобретенные, чаще встречаются у полных лиц, обычно у девочек. Грыжевое выпячивание может сохраняться в течение длительного времени. Их диагностируют при ущемлении или появлении болезненного выпячивания, указывающего на наличие ущемления.

Тонкий кишечник

Жалобы больного на схваткообразные боли в пупочной области живота, рвоту и понос могут указывать на болезнь Крона или, что реже, на рак тонкой кишки.

ИССЛЕДОВАНИЕ**Поверхностные образования**

Узелки сестры Хосефы пальпируются в виде плотных образований или узелков, располагающихся на пупке. Обследуйте больного с целью исключения рака желудка, толстой кишки, яичников или молочной железы.

Грыжа

У младенцев уже при простом осмотре можно легко увидеть большой дефект пупочного кольца. Выпячивание обычно имеет широкую шейку и легко вправляется. У взрослых это может быть вправляемая параумбиликальная грыжа. Иногда она представляется мягкой при пальпации вследствие содержащейся в грыжевом мешке предбрюшинной жировой клетчатки. Обычно грыжевой мешок содержит сальник. Параумбиликальные грыжи у взрослых могут ущемляться. Болезненное выпячивание с гиперемизированной над ним кожей указы-

от на наличие ущемления. На этом участке может встречаться грыжа Рихтера (пристеночная).

Тонкий кишечник

Функции тонкого кишечника являются обычно довольно подвижны-ми колбасовидной формы, иногда болезненные при пальпации.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

НБ ↓ рак, количество лейкоцитов (КЛ) ↑ дивертикулез.

• М и Э

Рвота. Дегидратация, например, при раке желудка, раке кишечника, болезни Крона.

• ФПП

Повышение уровня щелочной фосфатазы наблюдается при вторичных поражениях печени.

• УЗИ

Аневризма аорты. Увеличение забрюшинных лимфатических узлов (лимфаденопатия).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• КТ

Аневризма аорты. Увеличение забрюшинных лимфатических узлов. Метастатическое поражение сальника. Окончательный диагноз устанавливают на основании биопсии/ аспирационной биопсии.

• Бариевая клизма

Рак толстой кишки. Дивертикулез.

• Гастроскопия

Рак желудка.

• Клизма тонкого кишечника

Болезнь Крона. Лимфома. Рак.

• Лапароскопия

Рак яичников. Метастатическое поражение сальника. Карцинома-тоз брюшины.

• Биопсия

Подтверждение доброкачественного или злокачественного характера образования.

ПРАВЫЙ И ЛЕВЫЙ НИЖНИЕ КВАДРАНТЫ

ПРИЧИНЫ

Передняя брюшная стенка

Липома

Грыжа спигелиевой линии,

Толстый кишечник

Правый нижний квадрант	Аппендикулярный инфильтрат/абсцесс Рак слепой кишки Рак восходящей кишки Каловые массы Заворот слепой кишки Инвагинация Болезнь Крона
------------------------	---

Левый нижний квадрант	Рак сигмовидной кишки Опухоль дивертикула Каловые массы Заворот сигмовидной кишки Болезнь Крона
-----------------------	---

Тонкий кишечник

Болезнь Крона
 Рак (редко)
 Лимфома

Яичник/матка/маточная труба

Киста яичника
 Новообразование яичника
 Внематочная беременность
 Абсцесс трубы и яичника
 Аденома матки

Почки

См. Опухоли почек, с. 352

Забрюшинное пространство

Аневризма подвздошной артерии
 Лимфаденопатия
 Опухоль подвздошной кости, например остеогенная саркома, опухоль Юинга (редко)

АНАМНЕЗ**Передняя брюшная стенка**

Жалобы больного на опухолевидное образование мягкой консистенции, располагающееся на передней брюшной стенке и постепенно увеличивающееся в размерах, позволяют заподозрить наличие у него липомы. Грыжа спигелиевой линии появляется тотчас латеральнее прямой мышцы живота, на середине расстояния между пупком и лобком. Она встречается редко и обычно легко вправляется.

Толстый кишечник

Внезапное появление схваткообразных болей в центральной части живота, вокруг пупка, которые вскоре локализируются только в правой подвздошной области, с определенностью позволяют поставить

Подозрительный диагноз острого аппендицита. Если через 48 ч после возникновения болей у пациента не развивается разлитой перитонит, то может сформироваться аппендикулярный инфильтрат последующим образованием абсцесса в правой подвздошной ямке. При возникновении рака слепой кишки больной отмечает либо повышение опухоли в этой области, либо нарушение функции кишечника и предъявляет общие жалобы, указывающие на наличие у него интоксикации, например, утомляемость, сонливость. Такие же симптомы наблюдаются у больных с раком восходящей кишки. При наличии опухолевых масс по всему толстому кишечнику пальпируются неровные и твердые образования. При завороте слепой кишки больной обычно жалуется на схваткообразные боли в центральной части живота, вокруг пупка и вздутие живота. Инвагинация встречается преимущественно у младенцев и проявляется схваткообразными болями в животе и классическим «повторяющимся желеобразным» стулом. При болезни Крона обычно отмечаются общее недомогание и понос, сопровождающийся схваткообразными болями в центральной части живота, вокруг пупка.

При раке сигмовидной кишки больной часто жалуется на схваткообразные боли внизу живота, изменения функции кишечника (запор, сменяющийся поносом) и кровотечение из прямой кишки. Характерные симптомы могут наблюдаться при наличии у больного дивертикулеза. При завороте сигмовидной кишки отмечаются схваткообразные боли внизу живота, а в левой подвздошной области удается прощупать опухоль в виде твердого образования, над которым при перкуссии отмечается тимпанит. Болезнь Крона толстой кишки проявляется появлением у больного поносов, а при физикальном исследовании нередко пальпируется сосископодобное опухолевидное образование.

Гонкий кишечник

Выявление при пальпации живота опухолевидного образования в правой подвздошной области указывает на наличие патологического процесса в терминальном отделе подвздошной кишки. При этом у больного, как правило, отмечаются схваткообразные боли вокруг пупка и нарушение функции кишечника.

Яичник/маточная труба/матка

Больная иногда указывает на выявленное ей опухолевидное образование в брюшной полости (киста яичника, лейомиома матки) или отмечает диффузное увеличение живота, причиной которого могут быть большая киста яичника или асцит, обусловленный раком яичника. У женщин с внематочной беременностью в анамнезе отмечаются нарушения менструального цикла. Наиболее часто встречающиеся симптомы: боли и кровяные выделения из влагалища, а при остром разрыве трубы развивается коллапс с гиповолемическим шоком. При сильной диспарфорте имеются жалобы на боли в животе

части живота, болезненность при надавливании, повышение температуры тела и нередко гнойные выделения из влагалища. Жалобы на меноррагию (гиперменорея), боли в нижнем отделе живота и диспареунию (боли во время полового акта) могут указывать на наличие у женщины лейомиомы матки.

Забрюшинное пространство

Больной при поступлении может жаловаться на заметное пульсирующее опухолевидное образование в подвздошной области. При наличии в анамнезе перенесенной операции по поводу злокачественного образования нижней конечности, особенно злокачественной меланомы, можно предположить лимфаденопатию и увеличение лимфатических узлов. При этом возможно наличие патологического процесса на нижней конечности. Тупая сверлящая боль может указывать на поражение подвздошной кости. Пальпируемое образование кости указывает на остеогенную саркому или саркому Юинга.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Клинические симптомы большей части представленных выше заболеваний уже обсуждались в разделах, посвященных опухолям брюшной полости. В данном разделе представлены лишь данные, касающиеся диагностики поражений яичников, матки и маточных труб. При физикальном исследовании можно выявить диффузное увеличение живота, обусловленное либо гигантской кистой яичника или асцитом в результате обсеменения брюшины при разрыве яичника. Гигантские кисты яичника часто имеют гладкую поверхность и дольчатое строение. При пальпации не удается обследовать нижний отдел опухоли, поскольку она исходит из полости малого таза. При наличии асцита при перкуссии живота обнаруживается перемещение уровня притупления (если при перкуссии обнаруживается притупление, поверните больного так, чтобы односторонний фланг был выше). Появление более звонкого перкуторного звука указывает на наличие в брюшной полости свободной жидкости и ее баллотирование. В случае внематочной беременности при пальпации в одной из подвздошных областей в проекции придатков может определяться инфильтрат. Острый разрыв трубы сопровождается развитием клинической картины гиповолемического шока. Боли, иррадиирующие в верхнюю часть плеча, говорят о наличии внутрибрюшного кровотечения и раздражении подлежащей поверхности диафрагмы кровью. У больной с tuboовариальным абсцессом при пальпации обнаруживается инфильтрат, исходящий из полости малого таза, или только болезненность при пальпации в нижнем отделе живота. При влагалищном исследовании определяется болезненность в дугласовом пространстве. При наличии у больной огромной лейомиомы матки она при пальпации определяется в виде узла.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **ОАК, СОЭ**

Нв ↓ болезнь Крона, рак, СОЭ ↑ рак, болезнь Крона, Л ↑ аппендицит, дивертикулит.

• **М и Э**

Рвота, дегидратация. Непроходимость при раке толстой кишки или болезни Крона.

• **ФЩП**

Щелочная фосфатаза ↑ при вторичных поражениях печени.

• **УЗИ**

Заболевания яичников, матки. Тубоовариальный абсцесс. Беременность. Внематочная беременность. Аневризма подвздошной артерии. Лимфаденопатия. Аппендикулярный инфильтрат. Инфильтрат при болезни Крона.

• **ОРБП**

Непроходимость. Раздутые петли тонкого кишечника. Тератома кишечника (зубы и др.). Узурь подвздошной кости — опухоли кости.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ• **β-ЧХГ**

Повышен при беременности.

• **КТ**

Заболевания яичников, матки. Абсцесс. Внематочная беременность. Аневризма подвздошной артерии. Лимфаденопатия. Аппендикулярный инфильтрат. Опухоли кости.

• **Бариевая клизма**

Рак. Дивертикулез.

• **Клизма тонкого кишечника**

Болезнь Крона. Рак. Лимфома.

• **Колоноскопия**

Рак (биопсия). Дивертикулез.

• **Сканирование костей**

Опухоль костей.

НАДЛОБКОВАЯ ОБЛАСТЬ**ПРИЧИНЫ****Мочевой пузырь**

Острая задержка мочи
Хроническая задержка мочи
Рак

Матка

Беременность
Лейомиома
Рак

Кишечник

Болезнь Крона
Рак
Опухоль дивертикула

Прочие

Киста мочевого протока (редко)

АНАМНЕЗ**Мочевой пузырь**

Внезапное появление болей в надлобковой области и невозможность мочеиспускания указывают на наличие острой задержки мочи. Такие больные обычно жалуются, что в начале мочеиспускания наблюдается задержка, а струя мочи становится слабой. Наличие у больного жалоб на невозможность долго сдерживать мочу в мочевом пузыре, и она постоянно капает из мочеиспускательного канала, указывает на хроническую задержку мочи. Утомляемость, тошнота, рвота могут наблюдаться при хронической почечной недостаточности, связанной с нарушением проходимости верхних отделов мочеиспускательных путей. Причиной частого появления у больного гематурии, дизурических расстройств может быть рак мочевого пузыря.

Матка

Отсутствие менструаций и рвота, возникающая у женщины в ранние утренние часы, скорее всего обусловлены беременностью. Меноррагия и диспареуния (появление боли во время полового сношения) позволяют предположить наличие у женщины миомы матки. Причиной кровотечений в межменструальном периоде чаще всего служит рак эндометрия.

Урахус

Выделения из пупка позволяют заподозрить наличие у больного кисты урахуса или абсцесса.

ИССЛЕДОВАНИЕ

При острой задержке мочи у больного при пальпации выявляется гладкое, болезненное выпячивание, достигающее области пупка (иногда выше). Перкуторно над ним определяется тупой звук и более тупого звука определить не удастся. При пальцевом исследовании прямой кишки обычно обнаруживается равномерно увеличенная мягкая предстательная железа. В ряде случаев железа плотная, с неровной поверхностью, что позволяет заподозрить рак. При раке мочевого пузыря пальпаторно можно выявить в проекции пузыря плотное опухолевидное образование с неровной поверхностью, исходящее из малого таза.

Матка

Плывкое, симметричное образование правильной формы, исходящее из малого таза, позволяет считать его беременной маткой. Позднее, по мере увеличения размеров матки, при аускультации можно прослушать сердцебиение плода. Лейомиома матки обычно пальпируется в виде гладкого и плотного образования, которое может достигать довольно больших размеров. Раковая опухоль матки при пальпации довольно плотная и бугристая. Диагноз подтверждается при бимануальном исследовании.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ● **ОАК, СОЭ**

Нб ↓ опухоль, Л ↑ воспалительный процесс.

● **АМ**

Эритроциты, лейкоциты, микрофлора (признаки пиурии). Клетки некачественной опухоли в осадке подтверждают диагноз рака.

● **УЗИ**

Беременность. Лейомиома. Опухоль мочевого пузыря. Киста урахуса.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ● **β-ЧХГ**

Беременность.

● **Простат-специфический антиген (ПСА)**

Рак предстательной железы.

● **Цистоскопия**

Опухоль мочевого пузыря. Биопсия.

● **Бариевая клизма**

Рак толстой кишки. Дивертикулез. Болезнь Крона.

● **Колоноскопия**

Рак, дивертикулез.

● **КТ**

Заболевания яичников. Опухоли матки. Опухоли мочевого пузыря. Киста урахуса.

▶ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

В большинстве случаев увеличение массы тела не является патологическим признаком. Состояния, представленные ниже, за исключением беременности являются причиной увеличения массы тела менее чем в 1% случаев.

ПРИЧИНЫ

Беременность

Увеличение массы жировой ткани

Синдром Кушинга
Гипотиреозидизм
Синдром поликистоза яичников
Заболевание гипоталамуса

Повышенное содержание жидкости

Сердечная недостаточность
Почечная недостаточность – нефротический синдром
Асцит
Нарушение проходимости лимфатических сосудов

Увеличение мышечной массы

Гормон роста
Андрогенные стероидные гормоны
Спортсмены, например тяжелоатлеты

АНАМНЕЗ

Общие замечания

Опросите женщину относительно наличия у нее беременности и любых изменений в диете, которые могут вызвать увеличение массы тела. Быстрое увеличение массы тела нередко носит вторичный характер, в основном за счет увеличения в организме жидкости, а не увеличения массы ткани. Выясните характер принимаемых анabolicеских лекарственных средств с целью исключения приема анаabolicеских гормонов и гормона роста, особенно у культуристов.

Синдром Кушинга

У больных с синдромом Кушинга отмечаются характерные признаки в виде необычного роста волос, наличие угрей, атрофические полосы на коже живота, наличие мышечной слабости, болей в спине, аменореи у женщин, тонкой кожи, наличие гематом на теле и депрессии. У больного необходимо выяснить характер принимаемых им лекарственных средств с целью исключения приема экзогенных кортикостероидов, также вызывающих развитие синдрома Кушинга.

Гипотирозидизм

Больные с гипотирозидизмом жалуются на сонливость, анорексию, непереносимость холодной погоды, наличие зоба, запоры, меноррагию и сухость кожи и волос.

Синдром поликистозных яичников

У женщин с этой патологией отмечается гирсутизм, ожирение и нарушения менструального цикла. У них также наблюдается резистентность к инсулину.

Заболевание гипоталамуса

Больной отмечает перенесенную ранее нейрохирургическую операцию, у него может быть краниофарингиома или какая-либо другая опухоль мозга, вызывающая поражение гипоталамуса. Поскольку в этой области располагается центр регуляции аппетита, у больного может наблюдаться неуправляемый чрезмерный аппетит.

Сердечная недостаточность

У больных с сердечной недостаточностью и задержкой жидкости в организме могут наблюдаться одышка при малейшей физической нагрузке, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка. В далеко зашедшей стадии сердечной недостаточности у больного могут наблюдаться отеки на ногах и асцит.

Почечная недостаточность

У больных с почечной недостаточностью могут наблюдаться летаргия, ломкая пигментированная кожа, периферические отеки, отеки под глазами, жажда и полиурия.

Асцит

См. с. 20.

ОБСЛЕДОВАНИЕ**Осмотр**

При осмотре больного необходимо обратить внимание на распределение жировой клетчатки. У больных с синдромом Кушинга отмечается увеличение объема туловища в сочетании с атрофией проксимальных мышц. Наличие гирсутизма является характерным признаком как синдрома поликистозных яичников, так и синдрома Кушинга. У больного с гипотирозидозом могут отсутствовать волосы на наружной трети бровей и наблюдаются признаки применения косметических средств.

При осмотре кожи тела можно отметить тонкость кожи с наличием на ней небольших кровоподтеков, что является характерным как для больных с синдромом Кушинга, так и почечной недостаточностью. Кроме того, у больного с синдромом Кушинга отмечаются

кифоз грудного отдела позвоночника за счет клиновидных переломов, развивающихся вследствие остеопороза, а также характерные атрофические полосы на коже живота.

Слабость проксимальных мышц отмечается как у больных с синдромом Кушинга, так и гипотиреозом. Проверьте наличие у больного признаков занятий «культуризмом».

Пальпация и аускультация

Наличие периферических отеков является признаком избытка жидкости в организме больных почечной или сердечной недостаточностью. При отеках, наблюдающихся у больных с гипотиреозом, не остается следов при надавливании пальцем. У больных необходимо измерить ЦВД, повышение которого наблюдается у больных с сердечной недостаточностью и вследствие накопления избыточного количества жидкости в организме больных с почечной недостаточностью. Брадикардия является характерной для больных с гипотиреозом. Гипертензия, выявляемая при измерении артериального давления, может быть ошибочной за счет неправильно подобранного размера манжетки или является осложнением болезни Кушинга. Наличие третьего тона сердца при аускультации может наблюдаться у больных с сердечной недостаточностью, а при аускультации легких у этих больных выявляется крепитация, указывающая на развитие отека легких; крепитирующие хрипы могут прослушиваться у больных с почечной недостаточностью вследствие наличия гиперволемии.

При исследовании брюшной полости можно обнаружить наличие асцита (см. с. 20), который развивается при поражениях печени, злокачественных новообразованиях органов брюшной полости и у больных с сердечной недостаточностью. У больного необходимо провести полное неврологическое обследование для выявления неврологических нарушений, которые будут подтверждением клинической картины поражения гипоталамуса. При малейшем подозрении на применение больным препаратов для становления фигуры, например анаболических стероидов, проверьте у него наличие атрофии яичек и гипертрофии предстательной железы.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Экспресс-анализ мочи с помощью бумажных ленточек**
+++ Глюкоза – сахарный диабет у больных с болезнью Кушинга или осложнение ожирения. Белок +++ наблюдается у больных с нефротическим синдромом. Наличие крови может наблюдаться при заболеланиях почек.
- **М и Эл**
Калий ↓ синдром Кушинга. Мочевина и креатинин ↑ почечная недостаточность.
- **ФЩСЖ**
Для исключения гипотиреоза.

- **Произвольное исследование кортизола**

↑ вечером может указывать на наличие синдрома Кушинга; нормальный его уровень не позволяет исключить наличие синдрома. Несмотря на широкую популярность в клинической практике, это исследование не представляет большой диагностической ценности.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Исследование содержания свободного кортизола в суточной моче**

↑ при синдроме Кушинга.

- **Содержание белка в суточной моче**

3,5 г при нефротическом синдроме.

- **Проба с применением небольших доз дексаметазона**

Недостаточное подавление высвобождения кортизола отмечается у больных с болезнью Кушинга.

- **УЗИ брюшной полости и полости малого таза**

Поражение почек, поликистоз яичников.

- **Эхокардиография**

Сердечная недостаточность.

- **КТ/МРТ черепа**

Заболевание гипоталамуса.

- **Биопсия почки**

Для определения этиологии поражения паренхимы почки.

▶ УМЕНЬШЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Необъяснимое похудание больного может быть проявлением какого-либо заболевания. Причины неясной потери массы тела представлены ниже.

ПРИЧИНЫ

Системное заболевание

Злокачественное новообразование
Сердечная недостаточность
Хроническое заболевание органов дыхания
Нарушение всасывания
Почечная недостаточность
Печеночная недостаточность

Эндокринные

Гипертиреоз
Сахарный диабет
Болезнь Аддисона

Инфекционные

Туберкулез
ВИЧ-инфекция
Гельминтозы

Психические

Депрессия
Нервно-психическая анорексия

АНАМНЕЗ

Общие замечания

В первую очередь необходимо выяснить период, в течение которого больной отметил начало похудения и потерю массы тела за этот период. Выяснить у него характер употребляемой ранее диеты и определить количество и тип потребляемой больным пищи. Уменьшение потребляемого рациона питания может быть обусловлено снижением аппетита или утратой интереса к еде вследствие общей депрессии. С другой стороны, у больных с тиреотоксикозом отмечается похудание, несмотря на чрезмерный аппетит.

Расспросите больного о его восприятии своего телосложения, поскольку больные с нервно-психической анорексией считают, что они жирные, несмотря на выраженный дефицит массы тела. У больного с подозрением на ВИЧ-инфекцию необходимо выяснить характер его половой жизни и сведения относительно применяемых внутривенно препаратов. Далее, у больного выясняют данные общего характера, необходимые для идентификации злокачественного новообразования или недостаточности того или иного органа, что позволило бы выяснить непонятную потерю массы тела больного.

Сердечно-сосудистая система

Наличие у больного одышки при малейшей физической нагрузке, ортопноэ, пароксизмальной ночной одышки, периферических отеков указывает на сердечную недостаточность. У больного с длительно существующей сердечной недостаточностью развивается сердечная кахексия в результате потери жировой ткани и снижения массы тела. Обычно наиболее часто это наблюдается у больных конечной стадией ишемической кардиомиопатии. Наличие у больного одышки при физической нагрузке и отсутствие ортопноэ и пароксизмальной ночной одышки указывает на заболевание органов дыхания. У больного с любой хронической патологией дыхательных путей отмечается повышение основного обмена вследствие затрат на повышенную работу дыхательных мышц. Жалобы больного на кровохарканье позволяют заподозрить наличие у него туберкулеза или злокачественного новообразования легких. Длительное курение является важным предрасполагающим фактором развития у больного рака легких и ХОЗЛ. Потливость по ночам и похудание больного являются характерными признаками туберкулеза и болезни Ходжкина.

Система органов пищеварения

Появление у больного летаргии, диареи, стеатореи (см. с. 419) и появление неприятных ощущений в брюшной полости являются признаками, указывающими на нарушение всасывания. У больных с поражением печени можно наблюдать наличие желтухи, темной мочи, обесцвеченного кала, зуда, длительных кровотечений, увеличение живота в результате образования асцита и спутанности сознания. Наличие у больного болей в животе неопределенной локализации, изменение привычной работы кишечника, тенезм, примеси крови и слизи в кале могут быть признаком злокачественного новообразования того или иного отдела желудочно-кишечного тракта. У больных с наличием гельминтоза (аскаридоз) может отмечаться зуд в области заднего прохода и в кале можно иногда обнаружить гельминты.

Система мочевыделения

Летаргия, анорексия, ноктурия, олигурия, полиурия, гематурия, пенящаяся моча в результате протеинурии, ломкость кожи, зуд, отеки и боли в костях являются тем перечнем симптомов, которые могут наблюдаться у больных с поражением почек.

Система кровотока

Локальное увеличение лимфатических узлов, безболезненных при пальпации, наличие повышенной температуры и зуда наблюдается у больных с лимфогранулематозом. Стойкое генерализованное увеличение лимфатических узлов является характерным признаком ВИЧ-инфекции.

Эндокринная система

Полидипсия и полиурия, сопровождающиеся потерей массы тела могут быть признаком сахарного диабета. У больных с тиреотоксикозом отмечается наличие тремора, широко раскрытых глаз, непереносимости теплой погоды, сердцебиений и поносов. Пациенты с болезнью Аддисона жалуются на анорексию, недомогание, тошноту, рвоту, поносы или приступы обморочных состояний (синкопе) в результате постуральной гипотонии.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Причины непонятного уменьшения массы тела довольно разнообразны. Специфические данные и симптомы, полученные при обследовании больного, позволяют выявить основную причину уменьшения массы тела больного.

Осмотр

Признаки эндокринного заболевания можно выявить уже при простом осмотре больного; у больного с тиреотоксикозом можно обнаружить увеличение щитовидной железы, сопровождающееся наличием экзофтальма и тремора. Наличие пигментации в области кожных складок и слизистой оболочки щек у кахектичного больного с явлениями постуральной гипотонии является характерным признаком болезни Аддисона. Желтуха, голова Медузы, сосудистые звездочки и гинекомастия наблюдаются у больных с поражением печени. Тахипноэ с характерным дыханием через вытянутые в трубочку губы характерно для больных с ХОЗЛ. Пальцы в виде барабанных палочек могут наблюдаться у больных раком легкого, хроническими нагноительными заболеваниями легких, циррозом печени и воспалительным заболеванием кишечника. Повышение ЦВД наблюдается у больных с застойной сердечной недостаточностью.

Пальпация и аускультация

Периферические отеки могут наблюдаться у больных с сердечной недостаточностью, нарушением всасывания, поражением печени и почек. При аускультации у больного с сердечной недостаточностью можно прослушать рассеянные крепитирующие хрипы, наблюдающиеся при отеке легких, или ослабление дыхания у больных с ХОЗЛ. При пальпации живота у больного с поражением печени можно обнаружить гепатомегалию или асцит; асцит может наблюдаться у больного с сердечной недостаточностью и злокачественными новообразованиями органов брюшной полости. При измерении артериального давления у больного в положении лежа и в вертикальном положении можно выявить развитие постуральной гипотонии, часто наблюдаемой у больных с болезнью Аддисона.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Диагностические полоски для исследования мочи**

Глюкоза у больных сахарным диабетом. Белок и кровь при поражении почек.

Исход

Хроническое заболевание, нарушение всасывания, печеночная и почечная недостаточность.

У больных со злокачественным новообразованием.

Эд

Уремия и креатинин \uparrow почечная недостаточность. Натрий \downarrow , калий \uparrow и бикарбонат \downarrow — болезнь Аддисона.

Глюкоза крови

Содержание в крови выше 11,1 ммоль/л в двух исследованиях указывает на наличие сахарного диабета.

ФНП

Аспартатмин \uparrow , трансаминазы \uparrow и альбумин \downarrow при печеночной недостаточности.

Последование показателей свертывания

ФНП \uparrow при печеночной недостаточности.

ТСТ и свободный T_4

ТСТ \downarrow и T_4 \uparrow при тиреотоксикозе.

ГГК

Злокачественное новообразование. Туберкулез.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование содержания жира в кале

\uparrow при нарушении всасывания жира.

РБП

Кальцификаты в поджелудочной железе при хроническом панкреатите.

• Колоноскопия

Рак толстой и прямой кишки, воспалительное заболевание кишечника.

• Гастроскопия

Рак желудка.

• УЗИ брюшной полости

Злокачественное новообразование, маленькие почки при почечной недостаточности.

• Короткая синактеновая проба

Недостаточное повышение уровня кортизола в крови у больных с болезнью Аддисона.

• Эхокардиография

Нарушение сократительной способности желудочков сердца у больных с сердечной недостаточностью.

• Посев кала

Микроскопия на наличие яиц гельминтов. Гельминты можно иногда обнаружить невооруженным глазом.

• Антитела ВИЧ

Для диагностики ВИЧ-инфекции.

► ЦИАНОЗ °

Цианоз – необычный синеватый или пурпурный оттенок кожи и слизистых оболочек, обусловленный снижением насыщения гемоглобина крови кислородом не менее 5 г/дл или более. Этот термин не является синонимом гипоксемии, которая может наблюдаться у больных (например, при анемии) без цианоза.

ПРИЧИНЫ

Центральный цианоз	
Снижение насыщения крови кислородом	Тяжелые заболевания органов дыхания Отек легких Эмболия легочной артерии Врожденные пороки синего типа
Продукты превращения гемоглобина	Метгемоглобинемия Сульфгемоглобинемия
Периферический цианоз	
	Все случаи центрального цианоза Воздействие холода Акроцианоз Болезнь Рейно Артериальная непроходимость Венозная непроходимость

АНАМНЕЗ

Центральный цианоз

Развитие

Цианоз, развивающийся у больных с пороками сердца с самого рождения или в первые несколько лет жизни, обусловлен анатомическим сбросом (шунтированием) крови справа налево. Внезапное развитие цианоза наблюдается у больных с тромбоэмболией легочной артерии или сердечной недостаточностью. Сравнительно быстрое развитие цианоза возможно у больных с тяжелой пневмонией или длительным приступом бронхиальной астмы. У больных с ХОЗЛ цианоз развивается в течение многих лет. Наличие у этих больных сопутствующей полицитемии может усиливать выраженность цианоза.

Боли в груди

Цианоз, развившийся у больных с жалобами на боли в груди, может быть обусловлен тромбоэмболией легочной артерии или пневмонией. Отек легких, вызвавший цианоз у больного с жалобами на тупые ноющие боли за грудиной, является осложнением инфаркта миокарда.

Исика

раннее появление одышки возможно у больных с тромбоэмболией легочной артерии и отеком легких, тогда как одышка у больных бронхиальной астмой развивается постепенно.

Анамнез перенесенных заболеваний и лекарственной терапии

Наличие в анамнезе заболеваний органов дыхания имеет большое значение, поскольку любое достаточно тяжелое заболевание легких может привести к возникновению цианоза. Длительное применение лекарственных средств, как фенацетин и сульфаниламиды, может способствовать метгемоглобин- и сульфгемоглобинемии соответственно.

Периферический цианоз**Клинические сведения**

Периферический цианоз — состояние, при котором кисти рук больных постоянно холодные и синюшного цвета; при этом они безболезненны. Кисти рук у пациентов с болезнью Рейно эпизодически могут принимать различную окраску: при артериальном спазме (белые), цианотичные (синюшные) и красные в результате реактивной гиперемии. Цианоз может носить идиопатический характер или наблюдается при заболеваниях соединительной ткани, после травмы и приема некоторых лекарственных средств, таких, как β -блокаторы.

Периферический цианоз, сопровождающийся появлением болей в конечности и пятнистости кожи, развивается у больных с острым тромбозом магистральных артерий. Илеофemorальный тромбоз глубоких вен, сопровождающийся болями в конечности и синюшной окраской, получил название «флегмазия» (гангрена циркуляторная венозная) синяя болевая.

ИССЛЕДОВАНИЕ**Температура**

Воспаление легких и тромбоэмболия легочной артерии, как правило, сопровождаются повышением температуры тела.

Осмотр

У больных с цианозом центрального типа при осмотре отмечается синеватый или пурпурный оттенок пальцев и слизистых оболочек; при периферическом цианозе наблюдается синюшность только кожи пальцев. Периферический цианоз может периодически развиваться у больных с болезнью Рейно и нередко сопровождается наличием небольших участков некроза кончиков пальцев. У больных врожденными пороками синего типа пальцы имеют форму барабанных палочек. Для больных с хроническим бронхитом характерно наличие цианоза; они, как правило, страдают ожирением, с ограниченной экскурсией грудной клетки, имеющей бочкообразную форму.

При наличии сопутствующей сердечной недостаточности отмечается повышение ЦВД.

Исследование органов дыхания

У больных с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой обычно отмечается ограничение экскурсий грудной клетки. Одностороннее ограничение подвижности грудной клетки обычно выявляется у больных с долевой пневмонией; кроме того, над участком уплотнения легочной ткани при перкуссии определяется притупление. У больных с долевой пневмонией при аускультации на ограниченном участке выслушиваются крепитирующие хрипы, при бронхопневмонии, отеке легких и хроническом бронхите они носят более распространенный характер. У больных с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой отмечается затрудненное поступление воздуха в легкие. Над участком уплотнения легочной ткани нередко выслушивается дыхание с бронхиальным оттенком, а у больных с бронхиальной астмой — затрудненное дыхание с наличием свистящих хрипов.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Насыщение гемоглобина крови кислородом**
У больных с цианозом обычно ниже 85%.
- **ГАК**
↓ PO_2 у больных с тяжелыми заболеваниями легких.
- **ОАК**
Hb ↑ хронический цианоз. Л ↑ пневмония или тромбоэмболия легочной артерии.
- **ЭКГ**
Признаки инфаркта миокарда (см. с. 332). Неспецифические изменения ST наблюдаются при тромбоэмболии легочной артерии.
- **РГК**
Пневмония, инфаркт легкого, сердечная недостаточность (см. с. 116).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев мокроты и крови**
Пневмония.
- **Вентиляционно-перфузионное сканирование или ангиография легких**
Тромбоэмболия легочной артерии.
- **Эхокардиография**
Отек легких.
- **Спектроскопия Hb**
Метгемоглобинемия, сульфгемоглобинемия.
- **Цифровая субтракционная ангиография**
Острая артериальная непроходимость.
- **Дуплексное доплеровское сканирование или венография**
Острая венозная непроходимость.

ШОК

Шок — выраженное нарушение кровообращения, сопровождающееся недостаточным кровоснабжением и оксигенацией органов и тканей.

ПРИЧИНЫ

Циркуляторные

Геморрагический
Ожоговый
Потери через желудочно-кишечный тракт

Кардиогенные

Инфаркт миокарда
Острое поражение клапанного аппарата сердца
Нарушение ритма сердца

Распределительные

Септический
Анафилактический
Нейрогенный (повреждение спинного мозга)

Обструктивные

Тампонада сердца
Массивная тромбоэмболия легочной артерии
Напряженный пневмоторакс

АНАМНЕЗ

Травма

Травма часто служит причиной шока, поскольку проникающее ранение во всех случаях сопровождается кровотечением. При осмотре больного в первую очередь необходимо определить место ранения и приблизительную кровопотерю. Тупая травма грудной клетки нередко сопровождается развитием напряженного пневмоторакса, инфарктом миокарда и тампонадой сердца. Закрытые переломы костей таза и длинных трубчатых костей сопровождаются порой выраженной кровопотерей, которую не всегда может видеть очевидец травмы. Ожоги возникают при пожаре, взрыве паровых котлов и газовых установок. Причиной острого развития паралича у пострадавшего после травмы может быть повреждение спинного мозга или периферических нервов. Разрыв нисходящих симпатических путей при повреждении спинного мозга сопровождается потерей вазомоторного тонуса и, соответственно, развитием выраженной гипотонии.

Одышка

Несмотря на то что тахипноэ (учащение дыхания) является физиологической реакцией на кровопотерю, при появлении у больного

одышки (служит преобладающим симптомом) следует исключить наличие у больного отека легких в результате кардиогенного шока: личной этиологии. Кроме того, одышка является наиболее информативным симптомом обструктивного шока различной этиологии.

Боли в грудной клетке

Последствия тупой травмы грудной клетки описаны выше. При появлении болей в грудной клетке у больного без предшествующей травмы следует подумать о развитии у него инфаркта миокарда (центральное поражение) и тромбоэмболии легочной артерии.

Способствующие факторы

Иногда больные могут знать об аллергенах, вызывающих анафилактическую реакцию. Наиболее частыми причинами аллергических реакций в быту являются пищевые продукты (моллюски, яйца, арахис), ядовитые насекомые (пчелы, осы). В госпитальных условиях подобными провоцирующими факторами, вызывающими аллергические реакции, могут быть пенициллин, анестетики и контрастные вещества для внутривенного применения. Подробное выяснение у больного информации об очагах инфекции позволит выявить основной очаг инфекции, явившийся причиной развития у больного септического шока. Сведения больного о наличии в анамнезе профузной рвоты, поноса или явлений кишечной непроходимости (рвота, запор, схваткообразные боли в животе и вздутие живота) указывают на выраженные потери жидкости через желудочно-кишечный тракт, являющиеся причиной развития у него гиповолемии.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

В первую очередь необходимо провести тщательный осмотр больного, оценивая характер ожогов, кровоточащие участки при проникающих травмах. Наличие цианоза служит характерным признаком массивной тромбоемболии легочной артерии и напряженного пневмоторакса. У больного с анафилактической реакцией обнаруживаются явления ангионевротического отека и уртикарные высыпания.

Температура

У больных в состоянии шока отмечается снижение температуры тела, кожные покровы холодные и влажные. Напротив, у больных с септическим шоком кожные покровы теплые, отмечается гипертермия.

Пульс

Наиболее раннее проявление шока — тахикардия; учащение пульса не наблюдается у больных с неврогенным шоком. Пульс обычно слабого наполнения и напряжения. При исследовании пульса у больного можно выявить наличие аритмии, являющейся одним из факторов

звращения кардиогенного шока. Наличие у больного парадоксального пульса (уменьшение амплитуды пульса во время вдоха) является характерным признаком тампонады сердца.

ЦВД

Низкое ЦВД — характерный признак гиповолемического шока, поскольку повышение ЦВД наблюдается при кардиогенном и обструктивных формах шока любой этиологии.

Аускультация

Больных с анафилактическим шоком могут наблюдаться явления бронхоспазма, сопровождающиеся стридорозным, шумным дыханием. Отсутствие дыхательных шумов в одном легком указывает на наличие у больного пневмоторакса, тогда как прослушивание при аускультации глухих тонов служит признаком тампонады сердца. Прослушивание при аускультации сердца нового шума может быть обусловлено остро развившейся недостаточностью клапанного аппарата сердца, явившегося причиной кардиогенного шока.

ВЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пульсоксиметрия

Хотя низкое насыщение крови само по себе не является очень характерным признаком, у больных с тромбоэмболией легочной артерии и пневмотораксом отмечается выраженное снижение насыщения гемоглобина крови кислородом. Это может подтвердить исследование ГЭК.

ОАК

У больного с кровопотерей отмечается снижение уровня гемоглобина, хотя это происходит через некоторое время. Лейкоцитоз, как правило, наблюдается у больных с воспалительным процессом. К сожалению, повышение количества лейкоцитов в крови наблюдается в большинстве случаев острого физиологического стресса.

М и Эл

При значительных потерях жидкости через желудочно-кишечный тракт у больного, как правило, отмечается снижение уровня калия и натрия в крови и повышение мочевины и креатинина.

ЭКГ

Регистрация ЭКГ позволяет диагностировать у больного инфаркт миокарда или нарушения ритма сердца, способствующие развитию у больного кардиогенного шока. Выявление на ЭКГ электрического альтернаса (чередование больших и низких комплексов QRS) является характерным признаком тампонады сердца. Низкоамплитудная ЭКГ часто наблюдается у больных с большим содержанием жидкости в перикарде.

РГК

При рентгеноскопии грудной клетки можно обнаружить у больного пневмоторакс с девиацией трахеи (хотя диагноз напряженного

пневмоторакса должен быть установлен на основании клинических данных еще до рентгеноскопии грудной клетки). Тень сердца у больного с жидкостью в перикарде может иметь шаровидную форму. Однако тампонада сердца возможна быть и при нормальной рентгенологической картине органов грудной клетки.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Посев крови**

Высевание из крови специфической флоры имеет большое значение для подтверждения септического шока. При этом может быть выделена специфическая микрофлора, явившаяся причиной развития шока.

- **Эхокардиография**

Эхокардиография позволяет продемонстрировать поражение клапанного аппарата сердца, наличие тампонады сердца и выявить массивную тромбоэмболию легочной артерии (при наличии признаков желудочковой недостаточности).

- **Ангиография легких**

Является более информативной по сравнению со сканированием V/Q с целью диагностики тромбоэмболии легочной артерии у больного с явлениями шока, поскольку позволяет обеспечить проведение экстренных терапевтических мероприятий (тромболитическая терапия).

- **КТ/МРТ позвоночника**

Может потребоваться для выяснения степени и уровня повреждения спинного мозга.

► ЯЗВЫ ЛИЦА

Язвы лица в большинстве случаев являются серьезным заболеванием. Злокачественные язвы лица часто образуются у лиц, работающих на открытом воздухе и подвергающихся воздействию ультрафиолетового излучения. Поражения губ освещаются в другом разделе (с. 170).

ПРИЧИНЫ

Травматические

Физическая травма
Химическое воздействие
Воздействие ионизирующего излучения
Ложный дерматит
Нейропатия — участки анестезии, развившейся после операции по поводу невралгии тройничного нерва
Укусы

Неопластические

Базально-клеточный рак (разъедающая язва)
Плоскоклеточный рак
Злокачественная меланома

Инфекционные

Герпес простой
Опоясывающий лишай
Кератоакантома
Сифилис (редко)
— шанкр
— гумма
Лейшманиоз (редко)

Прочие

Гангренозная пиодермия

АНАМНЕЗ

При наличии у больного на лице язвы в первую очередь следует помнить о возможности травмы. Вначале это может быть едва заметное пятнышко от царапины. В случае повреждения, нанесенного больным самим себе, и при исключении других причин можно предположить наличие ложного дерматита. Если есть предположение о лучевом характере язвы, необходимо выяснить у больного наличие в анамнезе лучевой терапии. Кожа на участке сниженной чувствительности легко подвергается травматическим повреждениям. Причиной развития анестезии кожи лица больного может быть перенесенная им операция удаления ганглия тройничного нерва по поводу невралгии. В редких случаях причиной

анестезии кожи лица является сиригнгобульбия¹. Выясните у больного наличие в анамнезе укусов насекомых, животных или человека, которые могли быть воротами инфекции с последующим образованием язвы.

Злокачественные язвы обычно располагаются на открытых участках лица. Выясните специальность больного. Злокачественные язвы чаще всего возникают у лиц, работающих на открытом воздухе и подверженных ультрафиолетовому облучению. Разъедающие язвы локализуются в основном выше линии, проходящей от угла рта до мочки уха. Частота их возникновения увеличивается с возрастом. Злокачественные язвы при отсутствии воспаления обычно безболезненные. Они нередко пигментированы, а указания больного на изменение ранее существовавшей на этом месте родинки позволяют заподозрить злокачественную меланому. К этим изменениям относятся изменение размера, цвета с увеличением пигментации; кровотечение и изъязвление; появление зуда; воспалительного кольца; образование дополнительных узелков; наличие пальпируемых увеличенных лимфатических узлов.

Воспалительный процесс, вызываемый вирусом простого герпеса, может распространяться вокруг губ или носа. Обычно имеются жалобы на зуд и жжение; пузырьки, образующиеся на гиперемизованном участке кожи, лопаются и покрываются корочками с последующим изъязвлением. Пузырьковые высыпания у больных с опоясывающим лишаем могут располагаться в зоне иннервации тройничного нерва. В течение нескольких дней до появления высыпаний и болей у больного отмечаются повышение температуры и недомогание. Сифилис является редкой причиной возникновения язв на лице, у больных сифилисом могут появляться либо шанкр, либо гумма (см. Заболевания губ, с. 170).

Лейшманиоз передается летающими насекомыми, и у больного в анамнезе должны быть сведения о его пребывании в Индии, Африке, странах Среднего Востока или Средиземноморья. В этом случае больной должен вспомнить об образовавшейся после укуса зудящей папуле, на месте которой образовалась язвочка. Этиологическим фактором кератоакантомы является вирусная инфекция. Кератоакантому следует внимательно отличать от сходного по внешнему виду плоскоклеточного рака. Кератоакантома развивается у взрослых в виде быстро растущей опухоли с сердцевиной, заполненной кератином. Рост ее продолжается в течение 2—3 нед. и затем часто разрешается спонтанно в течение нескольких месяцев. Указания больного на наличие в анамнезе воспалительного заболевания кишечника позволяет предположить гангренозную пиодермию лица.

¹ Полости в стволе мозга, заполненные жидкостью, сходные с патологическими изменениями при сиригномиелии. — *Примеч. ред.*

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Доброкачественные язвы

Доброкачественные язвы имеют гладкие края. У больного с язвой проверьте наличие на лице нормальной болевой чувствительности и температуры.

Злокачественные язвы

Язвы, образующиеся при базально-клеточном раке (разъедающие язвы), имеют возвышающиеся над основанием, вальцованные (плоские), перламутрового или жемчужного цвета края. Они могут значительно увеличиваться в размерах и вызывать глубокое повреждение тканей. Эти опухоли не обладают способностью к метастазированию и при отсутствии воспалительного процесса у больных, как правило, не наблюдается увеличения регионарных лимфатических узлов. Изъязвления, образующиеся при плоскоклеточном раке, имеют вывернутые края. Эта опухоль склонна к метастазированию и у больного при пальпации можно обнаружить увеличенные лимфатические узлы. Изъязвление при плоскоклеточном раке необходимо отличать от кератоакантомы, проявляющейся в виде доброкачественной, быстро растущей опухоли в виде ограниченной папулы с кератиновыми массами в центре (имеющей сходство с кратером). Злокачественные меланомы имеют различный цвет — от розовато-коричневого до черного. Они могут принимать багряно-фиолетовый оттенок вследствие обильного кровоснабжения. Язва может быть окружена коричневато-розовым ореолом или рядом отмечается образование «сателлитных» узелков. Отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов. Характерной особенностью является раннее метастазирование в печень, и поэтому у больных следует исследовать печень для выявления гепатомегалии.

Инфекционные

У больных с простым герпесом отмечаются характерные высыпания преимущественно вокруг губ и носа. У больных со сниженным иммунитетом эти высыпания могут носить сливной характер и воспаляться. Опоясывающий лишай в области глаз легко диагностировать по наличию характерных высыпаний, располагающихся в зоне иннервации глазничной ветви тройничного нерва. При этом может отмечаться поражение роговицы. Сифилитический шанкр проявляется в виде пятна, на месте которого затем образуется безболезненная плотная язва. Она быстро увеличивается в размерах и сопровождается увеличением лимфатических узлов. Гумма на лице встречается довольно редко. Она проявляется в виде штампованной язвы с основанием в виде моющейся замши. Кожный лейшманиоз (восточная болезнь) развивается на месте укуса насекомых и начинается с образования зудящей папулы, от которой могут отделяться корочки — образуются язвы с глубокими вертикальными краями.

Гангренозная пиодермия проявляется в виде фурункула или пустулы, на месте которых образуются болезненные, красноватого цвета изъязвления с голубоватого цвета некротическими краями.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОАК, СОЭ**

Л ↑ язва, осложненная воспалительным процессом. СОЭ ↑ злокачественное новообразование, сифилис.

- **ФПП**

Повышение уровня щелочной фосфатазы наблюдается при метастазах в печень, например, злокачественной меланомы.

- **Мазок**

ПлЧ из инфицированной язвы. Световая микроскопия в темном поле для выявления бледной трепонемы (*Treponema pallidum*).

- **Биопсия**

Для дифференциальной диагностики злокачественной и доброкачественной опухоли, кератоакантомы и плоскоклеточного рака. В случае злокачественной меланомы опухоль иссекают с последующим морфологическим исследованием материала.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Серологические исследования**

Сифилис.

- **Аспирация из пораженного участка**

Лейшманиоз — возбудителя заболевания, относящегося к группе простейших, выявляют при обычной микроскопии жидкого содержимого, взятого с краев язвы.

- **Вирусная культура**

Выделение культуры вируса простого герпеса, опоясывающего герпеса (требуется довольно редко — диагноз становится очевидным при общем клиническом обследовании).

- **Титр антител**

Простой герпес, опоясывающий герпес (требуется в редких случаях — диагноз становится очевидным при общем клиническом обследовании).

► ЯЗВЫ ПОЛОСТИ РТА

Изъязвления в полости рта встречаются довольно часто. При обращении больного с данной патологией к врачу необходимо отличить простую, доброкачественную язву, например травматическую или афтозную, от язвы злокачественной этиологии. Поражения языка см. на с. 182.

ПРИЧИНЫ

Травматические

Афтозные

Инфекционные

Бактериальные Острый язвенный гингивит
Сифилис

Вирусные Простой герпес

Грибковые Кандидоз

Неопластические

Плоскоклеточный рак

Болезни крови

Агранулоцитоз
Лейкемия

Наблюдающиеся при заболеваниях кожи

Плоский лишай
Пузырчатка
Пемфигоид
Многоформная буллезная эритема

Заболевания соединительной ткани

СКВ

Прочие

Синдром Бехчета
Болезнь Рейтера

АНАМНЕЗ

Травматические

Диагноз становится очевидным при простом осмотре ротовой полости и по плохому состоянию зубов. Острые зубы. Эпителлизация язвы наступает после устранения основной причины.

Афтозные

У больного в полости рта образуются небольшие, болезненные язвочки, располагающиеся на внутренней поверхности щек или губ.

Эпителизация их происходит в течение недели, но в некоторых случаях по мере заживления образуются другие язвочки. В анамнезе некоторых больных может быть заболевание желудочно-кишечного тракта, например болезнь глютеновой недостаточности или болезнь Крона. Язвочки могут возникать у больных с заболеваниями, вызывающими ослабление организма.

Инфекционные

При ангине Венсана (острый язвенный стоматит) отмечается отечность десен с небольшими язвочками, распространяющимися на слизистую оболочку щек. Больной жалуется на кровоточивость десен, а также нарушение общего состояния, недомогание, повышение температуры. В полости рта можно иногда обнаружить шанкр, язвы, напоминающие спираль улитки, гуммы. Кандидоз редко поражает слизистую ротовой полости. Это поражение чаще развивается у ослабленных больных, страдающих сахарным диабетом, или со сниженным иммунитетом. Простой герпес проявляется в виде наливия на слизистой болезненных пузырьков, которые затем изъязвляются. Появляется чаще у больных со сниженным иммунитетом. При опоясывающем лишае отмечается высыпание пузырьков по ходу распределения тройничного нерва. Высыпания могут сопровождаться сильными болями и развитием изъязвлений.

Неопластические

Плоскоклеточный рак развивается в виде язв с твердыми кровоточащими краями. Чаще всего он возникает у больных пожилого возраста. Они могут развиваться из лейкоплакии или шести английских «S»: сифилис, курение (smoking), острые зубы (sharp tooth), спирт, специи, сепсис.

Заболевания крови

Причиной развития агранулоцитоза может быть лекарственная терапия или поражение костного мозга. В этих случаях необходимо тщательно выяснить анамнез больного. Изъязвления могут носить бактериальный характер вследствие резкого снижения количества лейкоцитов в крови. Изъязвления слизистой оболочки могут наблюдаться также у больных лейкемией.

Язвы, наблюдающиеся при поражении кожи

К заболеваниям, при которых наблюдается и поражение слизистой оболочки, относятся плоский лишай, пемфигоидная пузырчатка и буллезная многоформная эритема. С характеристикой этих заболеваний можно ознакомиться в соответствующих руководствах по дерматологии.

Болезнь соединительной ткани

Изъязвления слизистой оболочки рта могут наблюдаться у больных с СКВ. Одновременно у больного наблюдаются и другие признаки

заболевания, включая поражение кожи, боли в суставах или почечную недостаточность.

Прочие

Наряду с наличием язв на слизистой оболочке рта при болезни Бехчета у больного могут наблюдаться явления артрита, поражение глаз в виде увеита или иридоциклита, язвенное поражение мошонки или слизистой оболочки половых губ. При болезни Рейтера у больного наблюдаются уретрит, конъюнктивит и артрит. У больного необходимо выяснить характер половой жизни.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Травматические

Изъязвления травматического характера связаны, как правило, с плохим состоянием зубов или ранением слизистой оболочки острым зубом. При исключении причины поражения наступает быстрая эпителизация слизистой оболочки.

Афтозные

При осмотре полости рта на слизистой оболочке выявляются мелкие, круглой формы, глубокие, белого цвета язвочки, окруженные зоной гиперемированной слизистой. У больного могут наблюдаться признаки заболеваний желудочно-кишечного тракта или другие заболевания, вызывающие ослабление организма. Язвочки могут появляться и у вполне здорового человека.

Инфекционные

У больного с ангиной Венсана на гиперемированных, отечных, легко кровоточащих деснах обнаруживаются язвочки желтоватого цвета. Язвы могут также располагаться на слизистой оболочке щек, а иногда на миндалинах. Нередко отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов. При сифилисе на слизистой оболочке рта можно обнаружить шанкр, язвы, напоминающие спираль улитки, или гуммы. У больного с простым герпесом на слизистой оболочке обнаруживаются маленькие пузырьки диаметром не более 2 мм, при их изъязвлении и слиянии образуются эрозии, окруженные зоной гиперемированной слизистой оболочки. При опоясывающем лишае на твердом небе, по ходу ветвей верхнечелюстного нерва обнаруживаются небольшие язвочки, окруженные зоной эритемы. Одновременно наблюдается поражение кожи по ходу нерва. При кандидозе на слизистой оболочке щек появляются красные пятна, которые затем становятся белыми от дескамированного эпителия, смешанного с грибами.

Неопластические

При осмотре полости рта обнаруживается язва с плотными, вывернутыми краями, кровоточащими при легком прикосновении.

У больного нередко отмечается увеличение шейных лимфатических узлов.

Заболевания крови

У больного с этой патологией отмечаются кровоточивость десен и изъязвления на слизистой оболочке рта.

Заболевания кожи, сопровождающиеся поражением слизистых оболочек

С подробной характеристикой этих заболеваний можно ознакомиться в соответствующих руководствах по дерматологии.

Заболевания соединительной ткани

Изъязвления слизистой полости рта могут наблюдаться у больных с СКВ. Одновременно при обследовании отмечаются другие признаки заболевания, например, поражение кожи, суставов или почек.

Прочие

Болезненные язвы обнаруживаются у больного с синдромом Бехчета. При обследовании выявляются другие симптомы, характерные для этого заболевания, например, кератит, артрит, иридоциклит, наличие язв на мошонке и слизистой оболочке половых губ. У больных с синдромом Рейтера отмечается наличие уретрита, конъюнктивита и баланита, а также язв на слизистой оболочке рта.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нв ↓ злокачественное новообразование, заболевания, вызывающие ослабление организма. Л ↑ воспалительный процесс, лейкемия. СОЭ ↑ злокачественное новообразование, болезнь соединительной ткани, хронический воспалительный процесс, например сифилис.

• М и Эл

Поражение почек — СКВ.

• Мазок

Микрофлора — *Borrelia vincenti* (ангина Венсана), кандидоз.

• Исследование антител

СКВ — АНА положительный.

• Серологические исследования

Сифилис.

• Вирусные антитела

Простой герпес, опоясывающий лишай.

• Биопсия

Плоскоклеточный рак.

ЯЗВЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Язва — дефект эпителиальной поверхности кожи. Язвы нижних конечностей встречаются довольно часто, а локализация язвы на нижней конечности может явиться ключевым фактором в распознавании причины ее возникновения.

ПРИЧИНЫ

Травматические

Инфекционные

Сифилис (редко)
Туберкулез (редко)

Неопластические

Плоскоклеточный рак
Злокачественная меланома
Базально-клеточный рак (редко на конечностях)

Сосудистые

Язвы, вызванные венозным стазом
Артериальные (ишемические) язвы
Артериовенозное соустье

Нейропатические

Сахарный диабет
Лепра (редко)
Спинальная сухотка (сифилис — редко)

Аутоиммунные/васкулиты

Ревматоидный артрит (редко)
СКВ (редко)

Гематологические

Серповидно-клеточная анемия
Красная истинная полицитемия
Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

Прочие

Дерматит ложный (саморазвивающийся)
Гангренозная пиодермия

АНАМНЕЗ

Наличие травмы становится очевидным при простом осмотре. Самонаносимые повреждения можно не обнаружить. Наличие боли является показателем травмы, ишемии или инфекции. Отсутствие боли указывает на нейропатическую этиологию язвы, например сахарный диабет или спинальная сухотка. Наличие у больного варикозно-

расширенных вен или ТГВ указывает на развитие язвы в результате венозного стаза. Жалобы больного на перемежающуюся хромоту позволяют предположить ишемический характер язвы, так же как и наличие у больного мерцательной аритмии или подострого бактериального эндокардита (тромбоэмболия). Недавно произошедшее изменение формы длительно существующей у больного язвы венозной этиологии позволяет заподозрить развитие плоскоклеточного рака (язва Марджолина). Наличие в анамнезе ревматоидного артрита или болезни соединительной ткани позволяет предположить васкулит, лежащий в основе образования язвы. Пигментированное изъязвление, возникшее на месте ранее имевшегося пигментного пятна (*melanor de novo*), указывает на злокачественную меланому, особенно если этот участок кожи длительное время находился под воздействием солнечных лучей или наблюдался солнечный ожог. Больного следует также расспросить о возможных ранее гематологических нарушениях. Гангренозная пиодермия часто возникает у лиц, страдающих болезнью Крона или язвенным колитом.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Локализация язвы

Локализация язвы нередко имеет важное значение для выяснения этиологии. Язвы, образующиеся в результате венозного стаза, располагаются на медиальной поверхности нижней $\frac{1}{3}$ конечности, обычно над медиальной лодыжкой. Язвы артериальной этиологии располагаются в области головок плюсневых костей, кончиках пальцев латеральной поверхности головки или тела V плюсневой кости, вокруг пятки, между пальцами и на кончиках пальцев. Диабетические и ишемические язвы располагаются на тех же местах, что и артериальные. Язвы при диабетической нейропатии обычно образуются на участках, испытывающих длительное давление, например, на подошвенной поверхности пяток, под головками I и V плюсневых костей и на подошвенной поверхности пальцев. Они нередко сочетаются с наличием мозолей.

Края язвы

Края язвы с классической точки зрения разделяют на пять типов. Покрытые края язвы указывают на заживающую язву, например язву в результате венозного стаза. Штампованные края указывают на ишемический характер язвы или сифилитическую гуммозную язву (редко). Подрытый край язвы указывает на туберкулезный ее характер (редко). Сплюсненные края указывают на язву, развивающуюся после укуса грызунов, тогда как вывернутые края язвы характерны для злокачественной язвы, например плоскоклеточного рака.

Основание язвы

Дно язвы может быть покрыто некротизированными тканями, детритом или выполнено грануляционной тканью. В язве ишемического

о характера отсутствуют какие-либо признаки грануляции и содержится только некротизированные ткани, или основанием ее служат видимые при осмотре язвы сухожилие или кость. Сифилитические язвы имеют характерный вид из-за содержащегося на дне язвы детрита, имеющего сходство с моющей замшей.

Окружающие ткани

При осмотре язвы необходимо выяснить характер окружающей язву кожи: розовый и здоровый вид кожи с нормальной иннервацией, наличие сопутствующих повреждений кожного покрова в виде включений черного цвета, указывающих на злокачественную меланому.

Проведите исследование регионарных лимфатических узлов для выявления участков вторичной инфекции или метастазов. Выясните наличие варикозно-расширенных вен, обратите внимание на наличие признаков перенесенного ТГВ, отсутствие пульса на артериях конечности и наличие шумов при аускультации артерий. Проведите тщательное обследование всего больного с целью выявления какого-либо патологического процесса, например ревматоидного артрита.

Несмотря на то что первопричиной развития язвы могла быть травма, следует выяснить наличие других нарушений, препятствующих быстрому закрытию язвы, например, недостаточное кровоснабжение, неадекватное питание больного или применение стероидных гормонов. Язвы на голени у пожилой женщины с гонкой кожей могут возникнуть после небольшой травмы. Однако, поскольку кожа на этом месте не имеет соответствующей мягкой прокладки и прилежит к надкостнице большеберцовой кости, заживление этого повреждения может проходить крайне медленно. Причиной изъязвлений, развивающихся у больного с болезнью воспаленной петли кишки, может быть гангренозная пиодермия. Язвы могут быть множественными и появляются в виде пустул (небольших возвышений на коже, содержащих гной).

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нв ↓ указывает на заболевание крови. Л ↑ воспалительный процесс. СОЭ ↑ болезнь соединительной ткани (васкулит), сифилис, туберкулез.

• М и Эл

Нарушение функции почек может указывать на заболевание аутоиммунной природы.

• Глюкоза крови

Сахарный диабет.

• Мазок из язвы

ПлЧ.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Ревматоидный фактор**
Ревматоидный артрит.
- **Исследование антител**
Например, АНА (СКВ).
- **Серологические исследования**
Сифилис.
- **Допплеровское исследование**
Заболевания вен и артерий.
- **Биопсия**
Хирургическая биопсия при подозрении на плоскоклеточный рак или при язве неясной этиологии. Биопсия с иссечением проводится при подозрении на злокачественную меланому.
- **Венография**
Оценить характер варикозного расширения вен. Определить проходимость глубоких вен.
- **Ангиография**
Оценить состояние артерий.

► ЯЗВЫ СТОПЫ

Язвы стоп встречаются довольно часто. Основными этиологическими факторами являются окклюзионные поражения сосудов и нейропатия.

ПРИЧИНЫ

Сосудистые

Окклюзионные поражения крупных магистральных сосудов	Атеросклероз Тромбоэмболия
Окклюзионные поражения периферических сосудов	Сахарный диабет Болезнь Бюргера Болезнь Рейно Тромбоэмболия Васкулиты, например, СКВ, ревматоидный артрит, склеродермия

Нейропатические

Поражение периферических нервов	Сахарный диабет Повреждение периферических нервов Лепра Алкоголизм
Повреждение спинного мозга	Расщелина позвоночника (spina bifida) Спинальная сухотка Сирингомиелия

Неопластические

Плоскоклеточный рак
Злокачественная меланома

Травматические

Плохо подобранная обувь

Инфекционные

Мадурская стопа (редко)

АНАМНЕЗ

Сосудистые

У больных пожилого возраста нередко встречаются язвы ишемического характера. Язвы этого типа довольно болезненны, почти не кровоточат и, как правило, не имеют каких-либо признаков заживления. Нередко имеются жалобы на перемежающуюся хромоту и боли в покое. У больного необходимо выяснить наличие в анамнезе сахарного диабета. Причиной образования язв у лиц более молодого возраста могут быть сахарный диабет, болезнь Бюргера или болезнь Рейно. Выясните у больного наличие в анамнезе заболеваний сердца

с нарушением ритма, что позволит заподозрить тромбоз эмболию, ведущую причиной развития язвы ишемического характера. Причиной тромбоз эмболических осложнений может быть поражение периферических отделов магистральных артерий, например аневризма.

Нейропатические

Это безболезненные язвы, развивающиеся у больных в местах, подвергающихся давлению. В анамнезе могут быть указания на наличие нейропатии. Больные описывают свои ощущения, будто они ходят по вате. Выясните наличие в анамнезе сахарного диабета и поражения периферических нервов. У больных сахарным диабетом можно также наблюдать поражения спинного мозга. Язвы, развивающиеся у больных сахарным диабетом, могут носить как ишемический так и нейропатический характер.

Неопластические

Язвы в области стоп могут быть обусловлены злокачественными новообразованиями. В отличие от плоскоклеточного рака злокачественная меланома довольно часто приводит к образованию язв, особенно на подошвенной поверхности стопы. Образование язвы начинается с появления пигментного пятнышка на коже соответствующего участка конечности. Это пятнышко изменяется, начинает кровоточить, появляется зуд, и оно превращается в поверхностную язву. Больной может отметить появление в паховой области опухолевидного образования, указывающее на метастатическое поражение лимфатических узлов.

Травматические

Причиной возникновения язв стопы могут быть небольшие травмы, например тесная обувь. Однако чаще всего у больного имеются предрасполагающие к образованию язв факторы, например, нарушение кровообращения в конечности, гормональная терапия, нейропатия.

Инфекционные

Язвы чисто инфекционной этиологии на стопе встречаются довольно редко. Причиной инфекционных заболеваний, в том числе и язв, у лиц, проживающих в тропических странах, могут быть актиномикеты рода *Nocardia*, вызывающие развитие мадурской стопы. При подозрении на это заболевание выясните вероятность пребывания больного за границей.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Сосудистые

При осмотре ишемические язвы обнаруживаются на кончиках пальцев и на участках кожных выступов, испытывающих длительное давление. Края язвы как бы штампованные, без признаков заживления.

дно язвы может содержать детрит или омертвевшие ткани. Иногда в области дна язвы видно сухожилие. При пальпации обычно отмечается отсутствие пульсации соответствующей артерии, питающей эту область. Проверьте наличие у больного фибрилляции предсердий, которая может быть причиной тромбоэмболии и развития ишемического изъязвления.

Невропатические

Невропатические язвы — глубокие пенетрирующие язвы, которые образуются в местах кожных выступов, подвергающихся длительному давлению, но кровоснабжение окружающих тканей хорошее. Такие язвы обычно безболезненны. Проверьте наличие нарушений чувствительности окружающих язвы тканей, например отсутствие реакции больного на укол. Пульсация сосудов обычно сохранена. Проведите полное неврологическое обследование больного с целью выявления поражений периферических нервов или спинного мозга.

Неопластические

Язвы при плоскоклеточном раке имеют вывернутые кнаружи края, дно язвы покрыто некротизированными тканями. Края язвы твердые. При обследовании больного проверьте наличие увеличенных паховых лимфатических узлов. Язвы при злокачественной меланоме имеют различную окраску (от коричневого до черного цвета), хотя в некоторых случаях они могут быть беспигментными. При кровотечении и развитии инфекции поверхность опухоли становится мокнущей, мягкой и рыхлой. Проверьте у больного наличие паховой лимфаденопатии и гепатомегалии.

Травматические

Язвы травматического характера возникают либо в области кожных выступов, испытывающих длительное давление при ношении тесной обуви, либо на месте ранее полученной травмы. Они обычно имеют плоские края, дно их покрыто грануляционной тканью. У таких больных обязательно проверьте состояние кровоснабжения конечности, поскольку язвы стопы травматического характера при отсутствии нарушений кровоснабжения быстро закрываются.

Инфекционные

Инфекционные язвы встречаются довольно редко. Вторичная инфекция может развиваться при язвах любой этиологии. У больных с мадурской стопой могут наблюдаться малоблезненное изъязвление мягких тканей и деструкция кости.

ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• ОАК, СОЭ

Нб ↓ злокачественное заболевание. Л ↑ воспалительный процесс.

СОЭ ↑ злокачественное новообразование.

- **Глюкоза крови**
Сахарный диабет.
- **Мазок**
Микроскопическое исследование — грибковая инфекция. Пич

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Скрининг антител**
Заболевание соединительной ткани.
- **Допплеровское исследование**
Язвы ишемического характера.
- **Ангиография**
Язвы ишемического характера. Оклюзионные поражения магистральных или периферических сосудов.
- **Исследование нервной проводимости**
Нейропатические язвы.
- **КТ**
Повреждения спинного мозга.
- **МРТ**
Повреждения спинного мозга.
- **Биопсия**
Подтвердить наличие доброкачественного или злокачественного новообразования.

• АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Aspergillus* (род грибов) 95
Borrelia vincenti 472
 BRGA генная мутация 122
Candida albicans 95
Chlamidia trachomatis 167
Clostridium difficile 146
Cryptosporidium 146
Giardia lamblia 146
Haemophilis ducreyi 102
Nocardia 478
Pneumocystis carinii 389
Salmonella 146
Shigella 146
Staphylococcus 146
Staphylococcus aureus 73, 195, 202
Streptococcus viridans 391
Treponema pallidum 468
Trichomonas sp. 104
Ureaplasma urealyticum 104
Yersinia enterocolitica 146
- α₁-антитрипсин, дефицит 160
 Абetalипопротеинемия 419, 420
 Аборт септический 336
 Абсцесс 69, 229, 409
 Абсцесс дентальный 39
 боль в нижней челюсти 41, 43
 Абсцесс заглочочный 424
 Абсцесс ишиоректальный 230
 Абсцесс легкого 29, 30, 31
 Абсцесс межсфинктерный 230
 Абсцесс мозга
 гемиплегия и 110, 112
 головная боль при 129
 судороги и 427
 Абсцесс молочной железы 61
 абсцесс ретроалеолярный 100
 ретромаммарный 346
 Абсцесс околокишечный 438
- Абсцесс паранефральной клетчатки 352, 353
 Абсцесс перианальный 241
 Абсцесс перитонзиллярный 189, 340
 Абсцесс подмышечной области
 острый 348
 хронический 349
 Абсцесс поясничной мышцы 361
 Абсцесс ухахуса 448
 Агенезия 119
 Агранулоцитоз 180, 189, 469
 Аденоидит 94
 Аденома
 ворсинчатая 148
 гипофиза 17, 123
 макроаденома гипофиза 101
 полиморфная 380
 Аденопатия надключичная 278, 300, 365, 440
 Азатиоприн 11
 Акантоз черный 123
 Акне (угри) 122
 Акромегалия
 боль в руке и 47
 гипергликемия при 18
 гипертензия и 16
 гирсутизм и 122
 суставы в 194, 202
 увеличение лица и 377
 язык в 182
 Акромиально-ключичный сустав
 вывих 203
 Акроцианоз 458, 459
 Аксон, повреждение, диффузное 269
 Актиномикоз 41, 42, 45
 Александрийский лист 107
 Алкоголизм

- недержание кала 326
 походка при 315
 судороги и 427
 язвы стопы 477
- Алкоголь, злоупотребление**
 атрофия мышц и 25
 гепатомегалия 114
 желтуха и 157
 импотенция в 257
- Алкоголь, синдром отмены, судороги и 427**
- Алкогольная интоксикация 417**
- Амебиаз 114**
- Амебный абсцесс 116, 118**
- Амелобластома 41**
- Аменорея 101**
- Амилоидоз**
 гепатомегалия 115
 спленоmegалия 411
- Амилорид 393**
- Аминазин, желтуха 158, 159**
- Аминогликозиды 126, 134, 135, 336, 394**
- Амфетамин**
 судороги 427
- Анальный свищ 281**
- Анапластический рак 244, 245**
- Ангина 185, 187, 189**
 боль в нижней челюсти при 188
- Ангина Венсана 185, 470, 471, 472**
- Ангиодисплазия 280, 282, 284, 287**
- Аневризма 66, 351**
- Аневризма аорты 56, 57, 64, 65, 67, 69, 70, 72, 74, 152, 277, 279, 285, 307, 309, 371, 439, 441, 442, 443**
 коарктация 16, 17, 19
 расслоение острое 56, 58, 59, 65, 72, 74, 77
- Аневризма бедренной артерии 355, 357, 360, 361**
- Аневризма грудного отдела аорты 307, 309**
- Аневризма мозговой артерии 129**
- Аневризма подвздошной артерии 444, 447**
- Аневризма подключичной артерии 339, 342**
- Аневризма подколенной артерии 368, 371, 372**
- Аневризма подмышечной артерии 348, 349, 351**
- Аневризма сонной артерии 333, 341**
- Анемия 11, 27, 155**
 одышка и 328
- Анемия апластическая 13, 180**
- Анемия аутоиммунная гемолитическая 11, 409**
- Анемия железodefицитная 11, 174**
 лечение железосодержащими препаратами 298, 400
- Анемия макроцитарная 11, 153, 326, 418**
- Анемия мегалобластическая 11, 153, 249**
- Анемия микроцитарная 11, 13, 249**
- Анемия нормоцитарная 11, 14**
- Анемия пернициозная 410, 411**
- Анорексия нервно-психическая 401, 403, 454**
- Антибиотики, понос и 147**
- Антидепрессанты**
 импотенция и 257
- Антикоагулянты 195, 275, 280, 297, 300**
- Антипсихотические, противосудорожные препараты 119, 122, 158**
- Антитела париетально-клеточные 414**
- Антитела против эндогенного фактора 15**

- Антихолинергические препараты 236, 394
 кишечная непроходимость и 265
 Анурия 335, 336
 Аорта
 окклюзионное поражение аортоподвздошной зоны 257
 Аорто-двенадцатиперстнико-кишечный свищ 275, 276, 297, 301
 Аорто-кишечный свищ 280, 283, 285
 Аппендикулярный абсцесс 69, 445
 Аппендицит 64, 400
 икота при 254
 Апраксическая походка 314
 анталгическая 314
 Арахнодактилия 198
 Артериальные язвы 473, 474
 Артерии
 окклюзия 440
 тромбоз 46
 Артериит височной артерии 38, 40, 129, 306, 389
 Артериит гигантоклеточный 87, 305
 Артериовенозное соустье 385, 473
 Артрит вирусный 195
 Артрит гнойный 89, 225, 228
 бедро и 214
 коленный сустав 219
 Артрит септический
 бедра
 боли в голени 83
 запястье при 214
 плечо при 202
 Артрогрипоз множественный 138
 врожденный 138
 Асептический некроз
 бедра и 214, 216, 218
 кости 195, 197
 полулунной 211, 212
 Аскаридоз 455
 Аспергиллез 389
 Аспирационная пневмония 30, 153
 Аспирин 275, 297
 глухота и 126
 кровавая рвота 277, 400
 Астма 95, 328
 одышка и 329
 показатели функции внешнего дыхания 263
 экскурсия грудной клетки 331
 Асцит 20, 450, 451
 Асцит желчный 23
 Асцит хилезный 23
 Атаксия сенсорная 316
 Атаксия Фридрайха 143, 144, 145
 Атеросклероз 396, 477
 Атопия 166
 Атрезия 94, 97, 126, 152, 265
 пищевода 152, 154
 Атрезия хоан 94, 97
 Атропин 239
 Атрофические полосы на коже живота 17, 124, 258, 452
 Атрофия бездействия 25, 26
 Атрофия яичек 116, 120, 259, 277, 299, 452
 Аудиометрия речевая 128
 Аудиометрия электрофизиологическая 128
 Аура 129, 402, 427
 Аускультация области сердца 331
 Ахиллово сухожилие 144, 199
 разрыв 225, 226, 227
 Ахондроплазия 194
 Баланопостит 231, 232, 234

- Балантит ксеротический облитерирующий 231, 234
- Барбитураты
спутанное сознание и 416
передозировка 417
- Баротравма 126, 127
- Бедро
вывих 214, 215, 217, 218
заболевания 214
надмышечковые переломы 208
перелом 144, 214, 217, 218
перелом шейки бедра 198, 215, 217
- Бендрофлюазид 393
- Бензодиазепины
передозировка 416
спутанность сознания 416
- Беременность
боли в молочных железах 61
выделения из сосков 62, 100, 346
желтуха и 158
запор 239, 242
молочная железа при 61, 62
рвота 400, 404
эктопическая 65, 66, 69, 444
- Блефарит 166
- Блокада правой ножки пучка Гиса 332
- Болезни коллагеновые 195, 283
- Болезни крови 469, 470, 472, 475
- Болезни сердца «синего» типа 29, 31, 169, 458, 459
врожденные 30
- Болезнь (синдром) Мюнхгаузена 390
- Болезнь Аддисона 65, 182, 257, 400
- Болезнь Бехчета 79, 80, 195, 201
- Болезнь Бюргера 50, 52, 396, 477
- Болезнь Виллебранда 318, 319
поражения десен и 180
- Болезнь Вильсона 21, 113, 116, 157, 160
- Болезнь геморрагическая новорожденных 318
- Болезнь Геноха—Шенлейна 65, 194, 196
- Болезнь гипоталамуса 393, 395, 450, 451, 453
- Болезнь Гиршпрунга 239, 242
кишечная непроходимость при 265, 266
- Болезнь глютенной недостаточности 29, 31, 419, 421, 470
понос при 146
- Болезнь Гоше 409, 414
- Болезнь Грейвса 29, 31, 243, 312, 432
- Болезнь грудного отдела позвоночника 65
- Болезнь двигательного нейрона 25, 26, 27
- Болезнь движения 400, 402
- Болезнь дыхательных путей, острая 288
- Болезнь Жильбера 157, 158
- Болезнь Келера 89, 90, 91
- Болезнь Кинбека 211, 213
- Болезнь «кошачьих царапин» 293, 295, 389
- Болезнь Крона
анальный зуд 251
боли в животе 68, 69
губа при 170, 172, 174
диарея 146, 147, 149
кишечная непроходимость 265, 267
кровотечение из прямой кишки 229, 280, 284
пальцы в виде барабанных палочек 29, 31, 33
повышение температуры при 390
рвота 404
стеаторея 419, 421

- суставы при 196
 увеличение живота 441, 444, 447, 448
 язвы голени 474
 язвы слизистой рта 470
- Болезнь Кушинга**
 атрофия мышц 25, 27
 боли в спине при 71, 76
 гипергликемия 18
 гипертензия 16, 17, 18
 гирсутизм 122, 123, 124
 импотенция 257, 258, 260
 кушингообразное лицо
 отечное лицо 377, 379, 380, 381
 увеличение массы тела 450, 451, 452, 453
- Болезнь Меньера**
 глухота 126, 127, 128
 головокружение 134, 136
 нистагм при 136
 рвота 400, 403, 404
- Болезнь Милроя** 373, 386
- Болезнь Мондора** 61
- Болезнь накопления гликогена**
 113, 115
- Болезнь Олье** 138, 139, 141, 142
- Болезнь Осгуда—Шлаттера** 219, 222, 224
- Болезнь Паркинсона** 431, 432
 походка при 314, 315, 317
- Болезнь Педжета** 71, 74, 76, 222, 345, 377, 379, 381
 выделения из соска 100, 101
 кости 202
- Болезнь Пейрони** 192, 231, 233, 235, 257, 258
- Болезнь Пертеса** 214, 216, 218
- Болезнь Рейтера**
 боли в стопе 89, 91
 выделения из уретры 84, 86, 102, 103, 104
 глаза при 84, 86, 167
 почки при 196
- суставы при 194, 196, 199, 214, 215, 217, 219, 220, 223
 язвы слизистой рта 469, 471, 472
- Болезнь сердца, врожденная** 385
- Болезнь серповидно-клеточная**
 желтуха и 157
 суставы при 195, 197
 язвы голени 473
- Болезнь соединительной ткани**
 16, 86, 139, 194, 275, 298, 389, 459, 469, 470, 472
- Болезнь Титце** 61, 62, 344, 346
- Болезнь Уипла** 419, 420, 421
- Болезнь Фрейберга** 89, 90, 91
- Болезнь Ходжкина** 248, 311, 312, 455
- Болезнь Шагаса** 152, 154
- Болезнь Шарко—Мари—Тута**
 143, 145, 194, 219
- Болезнь Шейермана** 71, 74
- Болезнь щитовидной железы**
 диарея при 146, 148, 159
- Боли в аноректальной области**
 229
- Боли в животе** 64
- Боли в ноге** 83, 89
- Боли в спине (дорсалгия)** 71
- Боли в ягодицах при ходьбе (перемежающиеся)** 258
- Боли межменструальные** 61
- Бородавки** 173, 250
- Бородавки кожные мягкие** 232
- Бородавки перианальные** 250
- Бородавки подошвенные** 91
- Бронхит хронический**
 кашель при 264
 кровохарканье при 288
 курение и 261
 рвота при 402
- Бронхогенный рак легкого** 29
 отдышка при 333
 курение и 261

- Бронхопневмония 60, 272, 291, 331
 Бронхоскопия 256, 291, 333, 343
 Бронхоэктазы
 гепатомегалия при 114
 кашель при 261, 262, 264
 кровохарканье при 290
 пальцы в виде барабанных палочек при 29, 30
 рвота при 404
 функциональные дыхательные пробы 333
 Бруцеллез 202, 293, 389
 Брыжейка
 аденит мезентериальный 64
 брюшная ангина (переменяющаяся) 65
 инфаркт брыжейки 280, 283
 тромбоз брыжеечных вен 65, 70
 эмболия брыжеечных сосудов 65
 Булемия нервная 401, 402
 Бульбарный паралич 152
 Бурсит инфрапателлярный 221, 224
 Бурсит подакромиальный 204
 Бурсит полумембранозный 224
 Бурсит препателлярный 219, 224
 Бурситы 219
 Варикозное расширение вен
 356, 360
 язвы голени 473
 Варикозное расширение малой подкожной вены 372
 Варикоцеле 79, 81, 362, 363, 365
 Варфарин 318, 319
 Васкулит 110, 396
 Васкулит некротизирующий 286
 Венозный тромбоз 87
 Веноокклюзионная болезнь 24
 Випома 147, 149
 Витамин В, дефицит 415
 язык при 182
 Витамин В₁₂, дефицит 11, 15, 416
 недержание кала 326
 походка при 315
 Витамин С, дефицит 180
 Витамин D, дефицит 421
 Витамин К, дефицит 318, 319
 ВИЧ
 потеря массы тела 454
 Внутривентрикулярный абсцесс 254
 Внутримозговое кровоизлияние гемиплегия и 110
 Внутрочерепное давление, повышенное 400, 428
 Внутрочерепное кровоизлияние головная боль при 131, 132
 икота при 253
 судороги и 427
 Водянка яичка (гидроцеле) 326, 364
 канал Нука 355, 356, 359
 семенного канатика 355, 356, 359
 Воротная вена печени
 тромбоз воротной вены 21, 114
 Воспаление мочевыводящих путей 80, 106, 415
 Воспаление синовиальной сумки большого пальца стопы (вальгусное искривление) 91, 398
 Воспаление среднего уха 111, 126, 127, 128, 135, 175, 177, 429
 Воспаление сухожильного влагалища 53, 54, 226
 Вросший ноготь 396
 Вывих бедра врожденный 214, 215
 Вывих в запястном суставе 211, 213
 Вывих локтевого сустава 207, 208, 211

- Вывих полулунной кости 212
 Выпотный плеврит 254, 255
 Г6ФД, дефицит 11, 157
 Газовая гангрена 387
 Гаммапатия моноклональная 164
 Ганглион запястья 212
 Гангрена Фурнье 79
 Гастрит
 атрофический 12
 Гастроэнтерит 64, 325
 Гастрэктомия 12, 73
 Гемартроз 200
 Гематома
 влагалище прямой мышцы живота 65
 отек ноги и 220
 спонтанная 115, 116, 277, 294, 337, 411
 Гематома перианальная 229
 Гематома периорбитальная 302, 303, 305
 Гематоцеле 79, 82, 363, 365
 Гематурия 106, 107
 Гемианопия битемпоральная 124, 302
 Гемианопия гомонимная 302
 Гемианопия квадрантная 302
 Гемиплегическая походка 314
 Гемиплегия 110
 Гемобилия 275, 276, 299
 Гемоглобинурия 107
 Гемолитическая анемия 11
 Геморроидальные узлы
 тромбированные 230
 ущемленные 240
 Гемофилия
 гематурия 106
 кровавая рвота 275
 кровохарканье 289
 поражение десен и 180
 свертывание при 297, 318, 319
 Гемофилия А 320
 Гемофилия В 320
 Гемохроматоз 194
 Гепарин, нарушения свертываемости 319
 Гепатит
 гепатомегалия 113, 114
 желтуха и 157
 Гепатит
 аутоиммунный 157
 вирусный 13, 115, 157, 158
 гепатомегалия 113
 Гепатит А 157
 Гепатит В 114
 сопровождающийся артралгией 202
 Гепатит С 114, 391
 Гепатолентикулярная дегенерация 113
 Гепатома 113, 115, 389
 Гепатомегалия
 желтуха и 114
 Гепаторенальный синдром 22
 Гепатоспленомегалия 189, 341, 350, 411, 412
 Герпес генитальный 231, 232, 234
 Герпес опоясывающий
 боли в области лица 38
 боли в груди 56, 61
 боли в нижней челюсти 43
 глазничной ветви тройничного нерва 467
 глухота и 126, 127
 уши при 175
 язвы лица 465, 467
 язвы слизистой рта 470
 Герпес простой
 боли в мошонке 79
 глаза при 167
 губы 170
 лицо 465, 466, 468
 язвы слизистой рта 471
 Гидраденит гнойный 348, 350

- Гидронефроз 64, 352, 353, 433
 Гидронефротические почки 353
 Гидроцефалия 129
 Гидроцефалия арезорбтивная
 131
 Гинекомастия 21, 116, 119, 120,
 159, 456
 Гиперальдостеронизм 18
 Гипервентиляция 57
 головокружение 134
 Гипергликемия 269, 393, 394,
 415
 судороги и 428
 Гиперкалиемия 78, 149, 463
 Гиперкальциемия
 злокачественное новообра-
 зование 63, 347
 судороги 429
 Гипернатриемия 338, 418, 429
 Гипернефрома 352, 353, 389
 Гиперпаратиреоз 242
 Гиперпролактинемия 123
 Гиперрезонанс 58
 Гиперспленизм 413
 Гипертензия 16, 411, 413, 452
 Гипертензия в системе селезе-
 ной вены 410, 411, 413
 Гипертермия, злокачественная
 270
 Гипертиреозидизм 418
 гинекомастия при 119
 Гипертрихоз 122
 Гипоальбуминурия 22
 отек нижних конечностей
 376
 Гиповолемический шок 446, 463
 Гипогонадизм 119, 257
 Гипокалиемия 18, 149, 463
 Гипокальциемия
 судороги и 429
 Гипоксия 405, 415, 427, 429
 Гипонатриемия 463
 Гипопион 169
 Гипопрولاктинемия 259
 Гипопротеинемия 385
 Гипоспадия 231, 233
 Гипотензивные препараты, им-
 потенция и 257
 Гипотермия 269
 Гипотирозидизм
 зоб при 245
 импотенция при 258
 кома 269
 спутанность сознания 416
 увеличение массы тела 431
 Гипотония ортостатическая 405
 Гирсутизм 122
 Глаз
 заболевания 166
 тупая травма 302
 Глаукома 302
 головная боль при 129, 131
 острая закрытоугольная 129,
 166, 302
 Глоссит 13
 Плоточный карман 152, 339, 342,
 343
 Глюкоза
 судороги и 428
 Глюкокортикоиды 16
 Голова медузы 21, 116, 159, 277,
 299, 413, 456
 Головная боль напряжения 129
 Головная боль 129
 судороги и 428
 Головокружение
 позиционное доброкачест-
 венное пароксизмальное
 (ДППГ) 134, 136
 Головокружение (вертиго) 134
 Голос, нарушения 307
 Гонококк 104, 195
 Гонорея 102, 103
 Гонорея орофарингеальная 187
 Горб буйвола 76, 124, 258
 Гормон роста 19, 124, 186, 382,
 450
 Гормональная терапия

- андрогенами 450
 атрофия мышц и 28
 гирсутизм и 122
 отек лица при 377
 спутанность сознания и 416
 сустав и 195, 220
- Гортань**
 отек гортани 308, 381, 423
 папиллома гортани 307
- Гранулема гигантоклеточная** 41, 42, 44
- Гранулема злокачественная** 94, 99
- Гранулематоз Вегенера** 94, 96, 98, 99, 288
- Гризеофульвин** 119
- Грипп** 389
- Грудная клетка**
 боли в грудной клетке 56
 деформация грудной стенки 57
 одышка и 328
 травма грудной клетки 57
 шок и 462
- Грыжа**
 диафрагмальная, икота при 254
 кишечная непроходимость при 265, 358
 неврправимые 358
 странгуляционная ущемленная 64, 79
- Грыжа бедренная** 359
- Грыжа запирающего отверстия** 355, 357, 360
- Грыжа околопупочная** 442
- Грыжа паховая**
 косая 358, 362
- Грыжа типа Рихтера** 359
- Грыжа Шморля** 78
- Грыжа эпигастральная** 437, 440
- Грыжевое отверстие** 266
- Губы** 170
 воспаление губ 172
 облизывание губ 172
 отек губ 172
 повреждение губ 171
 рак губы 171
 травма губ 172
- Гумма** 182, 362, 364, 366, 467
- Гуммозная язва** 474
- Двенадцатиперстная кишка**
 дивертикул 275, 297
 кровотечение 299, 300
 язва двенадцатиперстной кишки 276, 280, 283
- Демеклоциклин** 393
- Деменция, недержание кала при** 325
- Демиелинизация** 112, 136
- Демиелинизация ствола мозга** 135
 нистагм при 136
- Депрессия**
 запор и 239
 снижение массы тела 454
- Дерматит** 80, 163
 контактный 79, 170, 172, 250, 465
- Дерматит герпетический** 79
- Дерматомироз волосистой части головы** 163
- Дерматомироз паховый** 250, 252
- Дерматомиозит** 86
- Дермоид имплантационный** 176
- Десна, гиперплазия** 180
 гингивит (воспаление тканей десны) 469
 гингивостоматит (воспаление десен и слизистой рта) 180
- Десна, заболевания** 179
- Дефицит тиамина** 416, 417
- Деформация «лебединая шея»** 192, 193
- Деформация** 74
 варусное колено 219

- кисти 138, 140
 полового члена 231
 Деформация бутонообразная 140
 Диабет несахарный 393, 394, 395
 Диабет сахарный
 боли в ногах 84, 88
 боль в пальце при 55
 гипертензия при 18, 406
 запор 239, 240
 зуд 247
 импотенция 257, 258
 коленный сустав при 221
 кома 271
 контрактура Дюпюитрена 140, 192
 недержание 321, 322, 326
 окклюзионные поражения сосудов 477
 опухоль подмышечной впадины при 348
 остеомиелит при 90
 повышение температуры 391
 полиурия 394, 395
 поражение большого пальца стопы 397
 походка при 315
 синкопе при 406
 снижение массы тела 454, 456
 спутанность сознания 416
 судороги и 428
 суставы и 197
 язвы голени 473
 язвы стоп 90, 477
 Диабетическая вегетативная невропатия 310
 Диабетическая ретинопатия 302, 304
 Диабетический кетоацидоз 271, 273, 330, 332, 404
 Диарея 146
 недержание 325
 Диастаз малоберцовой кости 226, 228
 Дивертикул Меккеля 285, 301
 Дивертикулез
 боли в животе 69
 вздутие живота 434
 диарея при 146
 запор при 239
 кишечная непроходимость 265
 кровотечение из прямой кишки 281, 284
 Дивертикулит 64
 Диета, понос и 147
 Дизартрия 136, 145, 317
 Дизурия 363
 Диплопия 27, 378
 Дисдиадохокинез 317, 432
 Дисменорея 65
 Диспареуния 448
 Дисплазия бедра эволюционная 214
 Дисплазия эктодермальная 310
 Диссеминированное внутрисудистое свертывание (ДВС) 289, 319, 320
 Дистрофия миотоническая 28
 Дисфагия 152
 Дисфагия врожденная 152
 Дисцит 73
 Доля Риделя 115, 116,
 Железистая лихорадка 187
 Железо, дефицит 14, 247, 248, 249
 Желтое пятно, дегенерация возрастная 304
 Желтуха 157
 врожденная ахолурическая 157
 механическая 247, 318, 419
 Желудок
 заворот 438
 расширение 436

- Желудочковая тахикардия 405, 407
- Желудочно-пищеводный рефлюкс 56, 57, 152
- Желчи дефицит 419
- Желчная колика 159, 400
- Желчные камни
непроходимость кишечника при 400
- Желчный перитонит 20
- Желчный проток
атрезия, врожденная 158
камень желчного протока 69, 435
стеноз 113
- Жир, нарушение всасывания 420, 457
- Жировая дистрофия печени, гепатомегалия при 113
- Жировой некроз 61, 344, 346
- Заболевания горла 187
- Заболевания суставов
ощущение положения сустава 315
повреждение суставов 203, 205, 208, 209, 211, 212, 215, 217, 220, 222, 226, 227
- Заворот сигмовидной кишки 444
- Задний проход
выделения 250
полипы 281, 284
травма 281, 284
- Закон Курвуазье 77, 117, 159, 435
- Запор 66, 239, 240
- Запястье, вывих 211, 213
- Запястье, заболевания 211
- Заячья губа 170
- Зоб 243
- Зоб гиперпластический простой 243, 244
- Зрачки Аргайла—Робертсона 200
- Зубы
заболевания зубов 38, 41, 45, 175, 179, 377
инфекция при 179
кариес 43, 180
кисты 42, 44
травмирование зубами языка и слизистой 183, 469, 471
- Зуд 247
- Зуд анальный 250
- Идиопатический дефицит образования АДГ 393, 394
- Икота 253
- Импетиго 170, 172, 173
- Импотенция 257
- Инвагинация
боль в животе 64
кишечная непроходимость при 265
кровотечение из прямой кишки 280, 282, 285
у младенцев 445
- Ингибиторы АКФ 394
- Инородное тело
вдыхаемое 261, 262, 329
выделения из носа 94
выделения из уретры 103, 104
глаз 166, 168
дисфагия и 152, 153
заболевания уха 177, 178
стридор и 423
- Инфаркт кишечника 285
- Инфаркт миокарда
боли в груди 56
боль в животе 65
кома 274
одышка 332
рвота 401
синкопе 405
спутанность сознания 418
цианоз 460
шок 461

- Инфаркт мозга
гемиплегия 110
судороги 427
- Инфекционный артрит 195
- Инфекционный мононуклеоз
13, 180, 293, 391
- Инфекционный эндокардит 29
- Инфекционный энтерит 147
- Инфекция гельминтная 252, 455
- Инфекция дыхательных путей
13
- Инфицированные язвы 181,
468, 479
- Ипекакуана 400
- Иридоциклит 166
- Ирит 73, 75
- Ишемическая контрактура
Фолькмана 139, 140, 143,
144, 145
- Ишемический колит 65, 280,
282, 284
понос при 146
- Ишемия
гемиплегия и 110
пальцев 52
повреждения большого
пальца ноги 396
- Ишемия миокарда
боль, иррадирующая в ниж-
нюю челюсть 45
- Ишиалгия 73
- Кал в виде «желе из красной
смородины» 282
- Кал в виде «рисового отвара»
147
- Каловый завал 146, 150, 236,
325, 441
- Кальций
нарушение баланса 63, 347
судороги 429
- Канальцевый некроз, острый
335, 395
- Кандидоз
губ 170, 172
анальный зуд 251, 252
пищевода 152
повышение температуры 389
полового члена 232
язвы слизистой полости рта
469, 470, 472
- Капсулит спаячный 203, 204
- Карцинома
непроходимость кишечника
при 265
понос при 146
- Карцинома базальноклеточная
162, 164
- Карцинома медуллярная
щитовидной железы 150, 244
- Карциноматоз 20
- Карциноматоз брюшины 441
- Катаракта 302
- Кахексия 289
- Кахексия сердечная 25, 403, 420,
455
- Кашель 261
- Кератит 80, 166, 167, 472
- Кератит фокальный 168
- Кератодерма бленоррейная
- Кератоксантама
- Кефалгематома 162
- Киста Бейкера 369, 370
- Киста мейбомиевой железы 166,
168
- Киста общего желчного протока
(холедоха) 158
- Киста придатка яичка 362, 363,
364
- Киста сальной железы
волосистой части головы
162, 163, 164
инфицированная 79
молочной железы 344, 346
мошонки 79, 80, 362, 364
опухоли подколенной ямки
368, 370
паховая 355, 357

- подмышечная 348
 шеи 339, 340
 Киста урахуса 448
 Киста щитоподъязычная 341
 Кистозная гигрома 339, 342
 Кистозная гиперплазия 344
 Кистозный мастит 61
 Кистозный фиброз
 диарея при 146
 одышка и 328
 показатели функции внешнего дыхания 333
 Кисты непаразитарные 412
 Кисты одонтогенные 41, 42
 Кисты ретенционные, слизистые 171, 173
 Кисть
 деформации 138
 когтеобразная 139
 Кифоз 76, 199, 452
 Кифосколиоз 71
 Кишечная колика 266
 Кишечная непроходимость 265
 Кишечной перистальтики звуки 67, 364
 Клонорхоз 158
 Коарктация аорты 16, 17
 Кодеин 239
 Койлонихия 13
 Кокаин
 импотенция при 257
 судороги и 427
 Коленный сустав
 заболевания 219
 иррадирующая боль 222
 Колено вальгусное 219
 Колено варусное 219
 «Колено священника» 219, 221
 Колит дистального отдела толстого кишечника 286
 Колит лучевой 280, 282
 Кольцо Кайзера—Флейшера 116
 Кома 269
 Кондилома 231, 234
 Конопля 119
 Конский хвост
 повреждения 229, 321
 сдавление 75
 Контрактура Дюпюитрена 138, 140, 191, 192
 Контрацептивы оральные 16
 Конъюнктивит 86, 91, 95, 167, 199, 471
 Кортикостероиды 16
 Корь 293
 Косолапость приобретенная 144, 145
 Косолапость эквиноварусная (врожденная) 143, 144
 Крапивница 381
 Краснуха коревая 293
 материнская 126
 Крепитация 81, 91, 210, 222, 227, 452
 Кретинизм 183, 377, 382
 Кривошея 34, 36
 Кровоизлияние в стекловидное тело 303, 305
 Кровоизлияния петехиальные 131
 Кровотечение
 массивное 286
 шок и 463
 Кровохарканье 275, 288, 297
 Круглые черви 251, 252
 Ксантелазма 166, 168
 Ксантохромия 132
 Курение
 кашель 261
 налет на языке 183
 Лабиринтит 134, 404
 нистагм при 136
 Лабиринтные нарушения 400
 Лакричник обыкновенный 16
 Лактация 61, 100, 344
 Лакторей новорожденных 100
 Ларингит 307

- Ларингомалация 423
 Левожелудочковая недостаточность 407
 Легочная гипертензия
 одышка и 328
 Лейкемия
 миелоидная 409
 острая 389
 острый лимфобластоз 293
 Лейкоплакия 182
 Лейомиома 445
 Лейшманиоз 465, 466, 468
 Лекарственные препараты
 злоупотребление 402, 417
 интоксикация 415, 417
 Лепра
 коленный сустав при 221
 Лептоспироз 389, 409, 414
 Лечение железом 298
 Лимфаденит 293
 Лимфаденопатия 293, 341, 349,
 350, 369, 370
 Лимфаденопатия надключичная
 278, 300, 365, 440
 Лимфаденопатия средостения
 152
 Лимфангиит 383
 Лимфатические узлы 339, 355,
 356, 359, 442
 Лимфатический проток, непроходимость 24
 Лимфедема (лимфангиэктатический отек)
 ноги 385, 386
 отек 373
 Лимфедема поздняя 373, 386
 Лимфедема предтазовая 373
 Лимфогранулема венерическая
 325
 Лимфома
 выделения из носа и 94
 горло и 187
 кишечная непроходимость
 при 265
 миндалин 188
 спленомегалия 409
 увеличение живота 439, 442,
 444
 Лимфома Беркитта 41, 45
 Лимфома неходжскинская 293
 Лимфома тонкой кишки 444
 Лимфоцитоз 190, 390
 Линия Керли В 23, 263, 333
 Липаза, дефицит 419
 Липома
 молочной железы 344, 346
 опухоли подколенной ямки
 368, 370
 опухоли подмышечной впадины
 348, 349, 350
 опухоли шеи 339, 340
 паховой области 355, 356,
 357, 359
 передняя брюшная стенка
 438, 444
 Липома передней брюшной
 стенки 444
 Литий 393
 Лихорадка Q 389, 391
 Лихорадка средиземноморская
 наследственная 390
 Лицо
 анестезия 465, 466
 боли в области лица 38
 миокимия лицевых мышц
 111
 отеки лица 377
 паралич лицевого нерва 39,
 135, 136, 341
 паралич лицевых мышц 135
 переломы костей лица 41
 язвы лица 465
 Лицо лунообразное 124, 258
 Лишай плоский 470
 Лишай склеротический 251
 Локоть вальгусный 208
 Локоть варусный 208
 Локоть игрока в гольф 209, 210

- Локтевой сустав
бурсит 219
перелом 220
- Лопатка, протракция и 207
- Лордоз 88
- Магнийсодержащие антациды,
понос при 147
- Мадурская стопа 477
- Малый таз
абсцесс малого таза 389, 444
воспаление органов малого
таза 72
опухоль органов малого таза
22, 77, 236, 323, 335
перелом костей таза 237
- Малярия
желтуха и 157
- Маннитол 393
- Масса тела, увеличение 450
- Масса тела, уменьшение 289,
454
- Масталгия циклическая 61
- Мастит 61, 344
- Мастоидит 38, 175
судороги и 429
- Мегалобласты 15
- Меланома злокачественная
губы 170, 171
лимфоденопатия 294
лица 465
пальца 193
стопы 477
язвы голени 473
- Мелена 297
- Менингит 34, 129, 253, 269, 415,
427
боль в шес 37
глухота при 126
головная боль при 129
икота при 253
кома 269
менингизм при 130
менингококковый 131
спутанность сознания 415
судороги и 427
- Менингит бактериальный 133
- Менингит туберкулезный 133
- Менингоэнцефалит 198
- Мениск, повреждения
боли в ноге 84, 86
коленного сустава 220, 221,
223
- Менопауза 310
- Меноррагия 72, 74, 248
- Метаболический ацидоз 328,
332
- Метатарзалгия 91
- Метатарзалгия Мортонa 89, 91,
92
- Метгемоглобинемия 458, 460
- Мечевидный отросток грудины
316
- Миастения тяжелая 152
- Мигрень 129, 134, 302, 400
- Миелоидная лейкемия 409
- Миелома 78, 162, 164
- Миелома множественная 394
- Миелопролиферативные нару-
шения 113
- Миелофиброз 113, 409,
- Микоплазмы 13
- Микседема с психическими
расстройствами 418
- Миноксидил, гирсутизм и 122
- Миоглобинурия 107
- Миозит 83, 84, 392
- Миозит оссифицирующий 207
- Митральный стеноз 152
- Мозг
метастазы в мозг 111, 345,
415, 416
мозговая малярия 269
нарушение мозгового крово-
обращения 134, 143, 269,
314, 321, 325, 415, 429
опухоли мозга 429
- Мозжечок

- кровоизлияние в мозжечок
135, 137
- мозжечковая атаксия 420
- опухоль мостомозжечкового
угла 134
- поражение мозжечка 136,
143, 315, 317, 417, 432
- Мозоли 89
- Молочная железа
боли в молочной железе 61
- гинекомастия 119
- киста молочной железы 345
- опухоль молочной железы
120, 344
- фиброаденома («мышь» гру-
ди) 345, 349
- Молочница 182, 184
- Моноамноксидазы ингибиторы
16
- Мочевой пузырь
мукоцеле 355, 433
- рак 106
- Мочевыводящие пути 64
- камень мочевого пузыря 103,
236
- Мочеточниково-влагалищный
свищ 323
- Мышечная атрофия 25
- Мышечная дистрофия 25, 143
- Мышечная дистрофия Дюшена
25
- Нагрузка, чрезмерная 80, 106,
383, 416
- Надпочечники
гиперплазия врожденная
122, 123, 125
- опухоли, гирсутизм и 122
- Напряженный пневмоторакс
333, 461, 463
- Нарушение всасывания 20, 147,
151, 373, 375, 411, 420, 454, 456
- Нарушение мозгового кровооб-
ращения
- гемиплегия и 112
- головокружение 134
- икота при 254
- кома 269
- нарушения зрения 302
- недержание 321, 325
- походка 314
- спутанность сознания 415
- судороги и 428
- Нарушение питания
гинекомастия при 119
- Нарушение проходимости мо-
чевыводящих путей 335, 338,
435
- Нарушения зрения 302
- Нарушения рефракции 303, 304
- Нарушения ритма сердца
мерцательная аритмия(фиб-
рилляция предсердий) 47,
55, 290
- одышка и 332
- Нарушения свертываемости
275, 277, 278, 288, 297, 300, 318
- Натрий
нарушение баланса 415
- судороги и 429
- Невралгия идиопатическая
спинного мозга 79
- Невралгия тройничного нерва
38, 135, 178, 465
- Невралгия языкоглоточного
нерва 175, 187, 188
- Неврит зрительного нерва 302,
305
- ишемия 131
- Невроз пенсионный (рентный)
74
- Неврома
нервов пальца 91
- слухового нерва 126, 136
- Невус пограничный 170, 172
- Недержание кала 325
- Недержание мочи 321

- Недостаточность кровоснабжения почки 81, 335, 366
- Незаращение неба 171
- Нейрома бедренного нерва 357, 360
- Нейропатия моторная 25
- Нейропатия периферическая 46, 83, 180, 314, 420
недержание кала при 325
- Нейтрофилия 24
- Непроходимость желчных путей 157, 348, 420
гепатомегалия при 114
- Непроходимость кишечника. 265
дивертикулез 281, 434, 437
паралитическая (адинамическая) 240
- Непроходимость нижней полой вены 20
- Непроходимость толстой кишки 239, 266
- Непроходимость тонкой кишки 266, 358
- Нестабильность пателлобедренного сочленения 224
- Нефрит интерстициальный, острый 321, 335
- Нефрит канальцевоинтерстициальный, хронический 393, 394
- Нефробластома 352
- Нефротический синдром 20, 22, 385, 450
- Нефротоксины 335
- Нижняя челюсть
боль в нижней челюсти 41, 304
вывих 41, 42
киста 42, 44
опухоли нижней челюсти 42, 43, 378
перелом 42
- Нистагм 136, 145, 317, 403, 432
- Нифедипин 129, 130, 179, 373
- Нос
выделения из носа 94
полипы носа 95
рак носоглотки 39, 94, 96
- Носоглоточный сепсис 128
- НПВП 276, 277, 400
- Оболочка влагалищная 81
- Обрезание 232, 234, 318
- Одиночная язва прямой кишки 229, 280, 285, 433
- Одышка 328
- Одышка ночная пароксизмальная 374
- Ожоги
деформации кисти 138
контрактуры 145
отек 373
стопы 143
шок 461
- Окклюзия центральной артерии сетчатки 302
- Окклюзия центральной вены сетчатки 302
- Олигурия 335
- Онихогрифоз 397
- Опиаты 247, 393, 394
- Опухоли мошонки 79, 80, 81, 362
- Опухоли околоушной железы 39, 40, 341, 381
- Опухоли подколенной ямки 368
- Опухоли средостения 152, 177, 378, 381
- Опухоль Вильмса 111
- Опухоль гипоталамуса 111
- Опухоль гипофиза 119, 121, 125, 186, 200, 302
- Опухоль глюмосы 119, 111
- «Опухоль» грудины с увеличением 34
- Опухоль каротидного тела 339, 343

- Опухоль Кока специфическая
162, 164
- Опухоль кости 48, 50, 163, 164,
202, 447
пальцев 50, 57
- Опухоль листовидная 344
- Опухоль мозга 310, 393, 427
гемиплегия и 110
- Опухоль нижней конечности
387, 446
- Опухоль Панкоста 46, 48, 203,
205
- Опухоль передней доли гипофи-
за 101
- Опухоль подвздошной кости
446, 447
- Опухоль шеи 339
- Опухоль Юинга 444, 446
- Остеоартрит
бедренный сустав и 214
боли в голени 83
боли в нижней челюсти 41
боли в стопе 89
боль в спине 71
голеностопного сустава 226,
228
запястье 211, 212
коленный сустав 219, 220
локтевой сустав при 207, 208
опухоль подколенной ямки
371
отечность паховой области
361
плечевой сустав и 203
суставы при 194, 196, 201
- Остеоартрит акромиально-ключи-
чный 204
- Остеоартрит лопаточно-плече-
вой 204
- Остеоартропатия гипертрофи-
ческая, легочная 195, 200
- Остеома слоновая 162
- Остеомаляция 421
- Остеомиелит
боли в спине 71
боли в стопе 89
боль в руке 48
нижняя конечность при 83
нижняя челюсть при 42
острый 41
- Остеопороз 71, 73, 78
- Остеохондрит
бугристости большеберцо-
вой кости (остеохондропат-
тия) 222
головки бедра (юношеский)
216
ладьевидной кости 89
таранной кости 226
- Остеохондрит несовершенный
- Остеохондрит рассекающий
207, 211, 219, 221
- Остит 46
- Отек
ангионевротический 170,
373, 377, 379
лимфангиэктомический 386
лимфогенный 383
- Отек в области крестца 337, 375
- Отек диска зрительного нерва
131, 273, 302, 305, 317, 403
- Отек легких
боли в грудной клетке 59
кашель при 261
кровохарканье 288
одышка 328
цианоз 458
- Отек стопы 21
- Отек, укусы 373, 377, 465
- Отеки нижней конечности 385
- Отит наружный 38, 175
- Отит средний
боли в области лица 38, 40
глухота 127
головокружение 135
острый 178
хронический 135, 177
хронический гнойный 176

- Отморожения 50
 Оторея 272
 Отосклероз 126
 Ототоксичность 134
 Отравление мышьяком 179, 180
 Отравление окисью углерода 269, 270, 272
 Отравление свинцом 179, 180
 Отслойка сетчатки 302, 303
 Отслойка стекловидного тела 302
 Офтальмоплегия 31, 312
 Офтальмоплегия межъядерная нистагм при 136
- Пазухи, рак 38, 96, 98
- Палец
 боли в пальцах 50
 вальгусное искривление 397
 врожденная контрактура маленького 140
 заболевания и нарушения функций 191
 ригидный большой палец стопы 397
- Палец молоткообразный 191, 193
- Пальценосовая проба 136
- Пальцы в виде барабанных палочек 116, 117, 159, 248, 289, 299, 420, 456
- Пальцы когтеобразные 141, 397
- Панкреатит
 асцит 20
 диарея при 146
 острый 64, 298, 335
 хронический 64, 158, 419
- Папиллома внутривагинальная 100
- Папиллома голосовых связок 307
- Паралитический илеус (динамическая непроходимость) 265
- Паралич 182, 307, 314, 317, 385
- Паралич голосовых связок 423, 425
- Паралич Клюмпке 141
- Паралич локтевого нерва в области локтевого сустава 209
- Паралич малоберцового нерва 314, 316
- Паралич подъязычного нерва 182, 184
- Паралич Тодда 111, 428
- Паралич тройничного нерва 135, 136
- Парафимоз 231
- Парацетамол, желтуха и 157
- Пароксизмальная ночная одышка 329, 374, 451
- Паронихия 51, 53
- Паховая область, повреждение 79
 опухоли паховой области 355
- Пемфигоид 469
- Переливание интратраншеальной крови 157, 336
- Перелом вертлужной впадины 215
- Перелом головки лучевой кости 204, 207, 208, 211
- Перелом ключицы 204
- Перелом Коллиса 204, 211, 212
- Перелом ладьевидной кости 211, 212, 213
- Перелом локтевой кости 214
- Перелом манжетовый 92
- Перелом мыщелка 92
- Перелом пяльцевого 119
- Перелом пяльцевого 97
- Перелом пяльцевого 139, 142
- Перелом нижней челюсти 41, 42
- Перелом передней ямки основания черепа 94, 97, 172
- Перелом позвонка 73
- Перелом Смита 211, 213

- Переломы большеберцовой кости 219
- Переменяющаяся хромота 83
- Переохлаждение общее 94
- Перикардит
выпотной 24, 199
сдавливающий 20
слипчивый 113
- Периодонтит 179
- Перитонит
боли в плече и 205
вторичный 65
желчный 20
кишечная непроходимость при 265
первичный 65
рвота 400
спонтанный бактериальный 20
туберкулезный 20
- Перфорация барабанной перепонки 126
- Печеночная недостаточность
гинекомастия 119
желтуха и 158
симптомы 116
- Печеночные трематоды 158
- Печень
заболевания 157
хронические 157
цирроз 20, 115, 142, 160, 193, 257, 410
- Пиелонефрит
острый 64
хронический 16
- Пилоростеноз 420
- Пиогенная гранулема 170, 173
- Пиодермия гангренозная 465, 468, 473, 474
- Пионефроз 65, 433
- Пищевод
атрезия пищевода 152
ахалазия 153
варикозные вены пищевода 275, 276, 277, 299
икота при 254
рак пищевода 153, 155, 253, 275, 297, 307, 423
синдром Барретта 153
спазм пищевода 57, 187
стеноз 153, 155
эзофагит 190
- Плеврит 65
- Плечевое сплетение, повреждения 139, 141
- Плечо
боли 203
отек 204
- Плечо замороженное (адгезивный капсулит) 204
- Пневмония
боли в грудной клетке 56
долевая 65
икота при 253
кровохарканье 288
повышение температуры 391
пульсоксиметрия при 332
- Пневмоторакс 56, 328
пульсоксиметрия при 463
- Пневмоторакс напряженный 461
- Повреждение задней крестообразной связки 220
- Повреждение крестцового центра 321
- Повреждение межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника 35, 47, 73, 321
- Повреждение связки 223
- Повреждение седалищного нерва 217
- Повреждения волосистой части головы 162
- Повреждения межпозвоночного диска 34, 36, 47, 71, 73, 76, 89, 321

- Повреждения периферических нервов 25, 139, 141, 477, 479
 Подагра
 боль в пальце 50, 54
 боль в стопе 89
 коленного сустава 219
 поражение суставов 194
 Поджелудочная железа
 диарея при 148
 ложная киста поджелудочной железы 438
 резекция поджелудочной железы 146
 Подконъюнктивальное кровоизлияние 167
 Подмышечная впадина
 опухоль подмышечной впадины 348
 тромбоз подмышечной вены 46, 383
 увеличение лимфатических узлов 349
 Подногтевая гематома 50
 Подногтевая меланома 191, 193, 397
 Подногтевой экзостоз 396
 Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга 13
 Подошвенные бородавки 89, 92
 Подошвенный фасциит 73, 90, 104
 Позвоночник «бамбуковый» 78
 Полиартериит узловой 86
 Полигидрамнион, материнский 152
 Полидипсия 456
 Поликистоз печени 116
 Поликистоз почек 16, 65, 106, 352, 433
 Полимиалгия ревматическая 85
 Полимиозит 25
 Полиомиелит 143
 Полип носа 97
 Полип слизистой 434
 Полипы 95, 250, 281, 284
 Полиурия 393
 Полицитемия 247
 Полицитемия красная истинная 473
 Половое созревание 100, 243, 344
 гинекомастия при 119
 Половой член 231
 повреждения 234
 рак 234
 Поражения большого пальца стопы 396
 Послеприпадочное состояние 406, 415
 Постваготомическая диарея 148
 Постгерпетическая невралгия 43
 Постиммунизационная пирексия 390
 Постинтубационный стеноз трахеи 424
 Посттрахеостомический стеноз трахеи 423
 Постуральная гипотония 134
 Постфлебитический синдром 385
 Потница 310
 Походка анталгическая 314
 Походка апраксическая 314
 Походка коротконогая 314
 Походка перешагивающая («ножницы») 314
 Походка семенящая 314
 Походка вразвалку 315
 Походка, нарушения 314
 Почечная недостаточность
 боли в ногах 88, 385
 гепатомегалия 114
 гинекомастия при 119
 зуд 247
 импотенция при 257
 кома 269

- олигурия 335
- отек лица при 377
- спутанность сознания 415
- увеличение массы тела 451
- уменьшение массы тела 454
- циркуляторная 335
- язвы полости рта 471
- Почка**
 - гломерулонефрит 106, 109, 392
 - камень 69
 - кисты 353
 - опухоль 107, 337, 352
 - острый некроз коркового слоя 353
 - отеки 238, 373, 377, 385
 - поликистоз 65, 106, 433
 - поражение клубочкового аппарата 16
 - рак 72, 74
 - см. также* Почечная недостаточность
- Правожелудочковая недостаточность 58
- Предстательная железа**
 - гипертрофия предстательной железы 335
 - доброкачественная гипертрофия 106, 108
 - простатит 103
 - рак предстательной железы 78, 106, 108
 - увеличение предстательной железы 236, 321
- Препараты висмута 298
- Привратника стеноз, врожденный 401
- Припадок 405
- Приступ Адамса—Стокса(синдром) 405
- Проба Барлова 216
- Проба Бюргера 87
- Проба Вебера 128, 136
- Проба камертоновая (Ринне) 128
- Проба Лашмана 223
- Проба Мак—Мюррея 223
- Проба Ортолани 215, 216
- Проба Пауля—Бунелля 343, 414
- Проба Ромберга 13
- Проба тензилоновая 309
- Проба Шиллинга 15
- Прогнатизм 124, 380
- Продром 427
- Проксимальная миопатия 76
- Проктит лучевой 282
- Пролактинома
 - гирсутизм и 122
 - сосок при 100
- Промежность, разрывы 326
- Простатэктомия, недержание мочи 322
- Прямая кишка**
 - выпадение прямой кишки 280, 282, 285
 - кровотечение ректальное 148, 230, 280
 - недержание кала при 325
 - рак прямой кишки 22, 71, 147
 - язва прямой кишки 30, 229, 285
- Псевдомембранозный колит 151
- Псевдомиксома брюшины 20
- Пседоподагра 219
- Психическое напряжение (состояние тревоги)
 - головокружение и 134
 - запор и 239
 - одышка и 328
 - понос при 147
- Псориаз 163, 250
- Псориатическая артропатия 194, 196
- Птоз 27, 48
- Пузырчатка 170, 469
- Пузырчатка пемфигоидная 470

- Разрыв манжеты поворота плеча 203
- Разрыв сухожилия надостной мышцы 206
- Разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра 219
- Рак аноректальной зоны 325
- Рак базально-клеточный (разъедающая язва) 465
- Рак верхнечелюстной пазухи 96
- Рак внутрипротоковый 101
- Рак ворот печени 158
- Рак восходящей кишки 444
- Рак гайморовой пазухи 378
- Рак гортани 187, 307, 425
- Рак желудка 64, 159, 275, 298, 401, 439, 442
- Рак заднепроходного канала 251
- Рак легкого
- боль в спине 77
 - гинекомастия 119
 - голос при 307
 - дисфагия 152
 - зуд и 247
 - икота при 255
 - кашель 261
 - кровохарканье и 288
 - одышка 328
 - пальцы в виде барабанных палочек 29
 - рентгенография грудной клетки 48, 60, 77, 121, 155, 201, 249, 255, 263, 291, 309, 426
 - снижение массы тела 456
 - стридор при 426
 - суставы при 197, 200, 205
- Рак матки 356, 448
- Рак миндалин 187
- Рак молочной железы 119, 205, 344, 348, 383
- Рак мочевого пузыря 106
- Рак надгортанной области 188
- Рак носоглотки 38, 94, 96
- Рак папиллярный 245
- Рак пищевода
- икота при 253
- Рак плоскоклеточный
- губа 170
 - полость рта 469
 - поражение волосистой части головы 164
 - уха 176
 - язвы голени 473
 - язвы лица 465
 - язвы стопы 477
- Рак поджелудочной железы
- боли в спине 71
 - гепатомегалия 113
 - головки 66
 - желтуха 77
 - мелена 300
 - понос 148
 - увеличение живота 438
- Рак селезенки 411
- Рак селезеночного изгиба 436
- Рак сигмовидной кишки 444
- Рак толстой кишки 159, 267, 281, 434
- Рак тонкой кишки 442
- Рак щитовидной железы 423
- Рак яичка 365
- Рак яичника 442, 444
- Рассеянный склероз
- атрофия зрительного нерва 136
 - гемиплегия и 110
 - головокружение при 134
 - нарушения зрения 304
 - недержание кала 325
 - недержание мочи 321
 - нистагм 136
 - походка при 315
- Растяжение боковых связок 225
- Расщелина позвоночника 396, 477
- Расщелина позвоночника без спинномозговой грыжи 143

- Расщепленная губа 170
 Рвота «фонтаном» 439
 Рвота 400
 Рвота «кофейной гущей» 298
 Рвота кровавая 275
 Реакция Манту 202, 207, 292, 295, 313, 343, 351, 391
 Ребра
 деформации 344
 переломы 57, 60, 329, 425
 Ребро шейное 340
 Ревматоидный артрит
 бедро при 214
 боли в голени 226
 боли в нижней челюсти 41
 боли в стопе 89
 боли в шее 34
 гепатомегалия при
 голеностопного сустава 226
 деформация кисти 139
 деформация пальца при 51
 запястье 211
 коленный сустав 219
 лимфаденопатия при 294
 локтевой сустав при 209
 опухоли подколенной ямки
 при 371
 отек голени 385
 пирексия при 389
 плечевой сустав при 203
 поражения большого пальца
 стопы 91
 спленомегалия 409
 язва голени 473
 язвы стопы 477
 Ревматоидный артрит перстне-
 видно-черпаловидного сочле-
 нения 423
 Резекция подвздошной кишки
 419
 Ретикулез 115
 Ретинит пигментный 420
 Ретинопатия гипертоническая
 305
 Ретроареолярный абсцесс 100
 Рефлекс Бабинского 273
 Рефлюкс эзофагит 187, 297
 Ринит
 аллергический 94, 95
 хронический 94
 Ринит вазомоторный 95
 Ринит вазомоторный незозино-
 фильный 95
 Ринит вазомоторный эозино-
 фильный 95
 Ринит острый 94
 Ринолит 96
 Ринорея 94, 98
 Ринорея спинномозговой жид-
 кости 272
 Роговица
 изъязвление 166
 повреждение поверхностно-
 го слоя 169, 171, 467
 Роды
 недержание кала при 326
 недержание мочи 322
 Сальбутамол 16
 Сальпингит 65
 Саркоидоз 195, 294, 390, 409
 Саркома остеогенная
 боли в голени 83
 коленный сустав 219
 нижняя челюсть при 41
 отек надколенника 369
 увеличение живота 444
 Свинка 38, 126, 198
 Свищ пузырно-влагалищный
 322, 324
 Свищ тонко-толстокишечный
 148, 150
 Сдавление подвздошно-пахово-
 го нерва 79
 Селезенка
 абсцесс селезенки 410
 гипертензия в системе селе-
 зеночной вены 411

- инфаркт 64
 разрыв 66
 спленомегалия 412
 Сенная лихорадка 166, 167
 Сердечная недостаточность
 асцит 20
 гепатомегалия 116
 застойная 113, 373
 кома 269
 одышка 328
 отеки 374
 спутанность сознания 415
 увеличение массы тела 451
 уменьшение массы тела 454
 цианоз 458
 эхокардиография 24
 Сердце
 заболевание сердца, врожденное 29, 458
 тоны сердца 22, 331
 ишемия миокарда 46, 89, 396
 нарушение оттока от сердца 405, 406, 407
 кардиомегалия 21, 263, 333, 337, 387
 шумы сердца 17, 22, 137, 155, 290, 331, 407
 Сердце легочное 330
 Симптомометрики 16
 Симптом «шотландской собаки» 78
 Симптом Баттла 272
 Симптом Брудзинского 255
 Симптом гало 98, 167
 Симптом Гоманса 59, 87, 386
 Симптом Джейнуэя 31
 Симптом Кернига 37, 132, 255
 Симптом Куссмауля 21
 Симптом Лермитта 111
 Симптом Тинеля 213
 Симптом Шамрота 29
 Синдром Бадда—Киари 21, 113, 115, 116
 Синдром болевой дуги 207
 Синдром Вернике—Корсакова 417
 Синдром Гийена—Барре 406
 Синдром Горнера 48, 141, 205, 249
 Синдром Гудпасчера 288, 281, 291, 292
 Синдром дисфункционально-болевой височно-нижнечелюстного сустава 42
 Синдром запястный (туннельный) 46, 211, 214
 Синдром Золлингера—Эллисона 146, 151, 422
 Синдром карциноидный 146, 310
 Синдром кашлевого толчка 359, 360
 Синдром Клайнфелтера 119, 120
 Синдром Клиппеля—Фейля 34, 202, 205
 Синдром Кона 19
 Синдром короткой кишки 146
 Синдром Криглера—Найяра 158
 Синдром купейный 48
 Синдром Лериша 257, 258
 Синдром Маллори—Вейсса 275, 297
 Синдром Марфана 195, 198
 Синдром Мирризи 434
 Синдром Пейтца—Егерса 171, 172
 Синдром Пламмера—Винсона 155
 Синдром поликистоза яичников 450
 Синдром раздраженной кишки 239, 241
 понос при 146
 Синдром Рейно 50, 155, 199, 397, 459, 477
 Синдром сдавления плечевого сплетения и подключичной артерии 46

- Синдром слабости синусового узла 405, 407
- Синдром уремиического кровотечения 286
- Синдром Элерса—Данлоса 194
- Синкопе 405
- Синкопе вазовагальное 405
- Синкопе истерическое 405
- Синовиома бедренного сустава 355, 357, 360
- Синовит преходящий 214, 216
- Синусит 38, 94, 377
- Сирингобульбия 466
- Сирингомиелия 46, 321, 396, 477
- Системная красная волчанка
глаза при 168
лимфаденопатия 294
сустав при 196, 199
язвы голени 473
язвы слизистой рта 469, 470
язвы стопы 477
- Системный склероз, прогрессирующий 16
- Систолический шум 17, 407
- Сифилис
выделения из носа 95
выделения из уретры 102
коленный сустав при 477
лимфаденопатия 293
поражение губ при 170
поражение полового члена 231, 233
спленомегалия 409
суставы при 197, 221
язвы лица 465, 467
язвы слизистой рта 469
язык при 182
- Скарлатина 195
- Склерит 166, 168
- Склеродактилия 154
- Склеродермия 50, 152
- Склероз
боковой амиотрофический 143, 154
- Сколиоз 77
- Скотомы 305
- Слабительное
злоупотребление 239, 240
понос при 149
- Слепота преходящая 302
- Слоновость 373
- Слух, оценка 128
- Солитарная киста почки 352, 353
- Соскальзывание верхнего эпифиза бедренной кости 198, 214
- Сосок молочной железы
втянутость 101, 344, 345, 346
выделения 61, 100, 119, 345, 346
- Сосочки 154, 158, 168
- Состояние после удаления геморроидальных узлов 239
- Спазм пищевода 56, 187
- Спастическая дисплегия 143
- Спастический парез 143
- Сперматогенная гранулома 362
- Сперматоцеле (киста придатка яичка) 362, 365
- СПИД 187, 343
- Спинной мозг
заболевания 236
опухоль спинного мозга 78, 321, 324, 325
повреждение клеток переднего рога 25
повреждения 257, 321, 396
раздражение спинального нерва 79
сдавление, острое 37, 46, 75
травма спинного мозга 36, 236, 242, 325
- Спиринолактон 119
- Спондилез шейного отдела позвоночника 34, 35, 37, 47, 52, 54
- Спондилит анкилозирующий

- бедренный сустав при 84,
 196, 214
 коленный сустав при 84, 196,
 219
 Спондилоартрит 199
 Спондилолистез 78
 Спутанное сознание 415
 Старость 239
 Старческая ринорея 94, 97, 272
 Ствол мозга 254
 смерть 273
 Стеаторея 419
 Стеноз воспалительного харак-
 тера 152
 Стеноз общего желчного прото-
 ка 114, 160
 Стеноз подключичной артерии
 46
 Стеноз после ожога едкими
 жидкостями 152
 Стеноз почечной артерии 16
 Стеноз привратника 400, 436
 врожденный гипертрофиче-
 ский 438
 Стопа
 боли в стопе 89
 деформации стопы 143
 плоская стопа 143, 144
 плоскостопие 89, 143
 полая стопа 143, 144, 145
 шлепающая походка (свиса-
 ющая стопа) 314
 язвы стопы 477
 Стридор 423
 Субарахноидальное кровоизли-
 яние
 головная боль при 129, 428
 менингизм при 132
 судороги и 428
 Субдуральная гематома 110, 269
 Субдуральное кровоизлияние
 110
 Субперихондральная гематома
 175, 177
 Судороги 427
 Судороги фебрильные 427
 Сульфаниламиды 459
 Сульфгемоглобинемия 460
 «Сумка» большого пальца стопы
 397
 Сумка полумембранозная 369,
 370
 Сустав голеностопный
 заболевания 227
 перелом 226, 227
 растяжение латеральной
 связки 226
 Сустав голеностопный, футбо-
 листа 227
 Сустав локтевой, поражения 209
 растяжение локтевого суста-
 ва 207
 Сустав плечевой
 вывих 203
 поражения плечевого суста-
 ва 204, 206
 Сустав Шарко (табетическая ар-
 тропатия) 194, 219
 Сухотка спинного мозга 65
 Сфероцитоз, наследственный
 11, 157, 409
 Таблетки противозачаточные 16,
 115, 123
 Таблица Снеллена 168, 304
 Талассемия 11, 157
 Тахикардия суправентрикуляр-
 ная 332, 405
 Телеангиэктазия
 наследственная, геморраги-
 ческая 170
 Тендосиновит де Кервена 211,
 212
 Тендосиновит разгибателя паль-
 цев 211
 кисти 212
 Теннисный локоть 209
 Тестостерон

- гирсутизм и 122, 124
 Тирамин 16
 Тиреоидит
 подострый 245
 Тиреоидит де Кервена 244
 Тиреоидит Риделя 243, 244, 245
 Тиреоидит Хашимото 243
 Тиреотоксикоз
 атрофия мышц 25
 зуд при 248
 понос при 146, 150
 потливость при 310
 тремор при 431
 уменьшение массы тела при 454, 456
 Тиф 389
 Тифоид 409
 Токсический многоузловой зоб 243
 Токсический узел 243
 Токсоплазмоз 293, 389
 Тонзиллит 187
 Травма в результате резкого движения конечности 35, 36
 Травматические язвы 479
 Тремор 431
 Треугольник Кодмена 371
 Трехстворчатый клапан, недостаточность 20, 150
 регургитация 22, 330
 Трихиаз 168
 Трициклические антидепрессанты 239
 передозировка 269
 Тромбоз бедренной вены 386
 Тромбоз верхней брыжеечной артерии 70
 Тромбоз верхней полой вены 377
 Тромбоз глубоких вен
 боль в голени 83, 386
 отек 373
 отек голени 59
 язвы голени 474
 Тромбоз кавернозного синуса 377
 Тромбоз почечных вен 106
 Тромбоз селезеночной вены 410
 Тромбоэмболия легочной артерии
 боли в груди 56
 кашель при 261
 кровохарканье при 288
 одышка 328
 пирексия 390
 пульсоксиметрия при 332, 463
 цианоз 460
 шок и 461
 ЭКГ при 332
 эхокардиография 55, 334
 Туберкулез
 анализ мокроты 261, 290
 асцит 20
 бедро 214
 боли в животе 64
 боли в плече 205
 боли в шее 35
 боль в спине 71, 73
 выделения из соска 100
 выделения из уретры 102, 105
 гематурия 106
 голеностопный сустав 225, 227
 кашель при 261
 кровохарканье 288
 лимфаденопатия 293
 непроходимость кишечника при 265
 одышка 329
 опухоли молочных желез и 344, 347
 опухоли шеи 343
 опухоль подмышечной впадины 351
 пирексия 389
 плечо и 202

- потливость при 312
 РГК 291
 спленомегалия 409
 суставы при 194, 218
 увеличение живота 433
 увеличение мошонки 362,
 364, 366
 уменьшение массы тела 454
 шейный отдел позвоночника
 и 35, 46
 язвы голени 473
 Туберкулезная язва
 языка 185
 Туберкулезный абсцесс 344
 Туберкулезный артрит 203
 Увеит 166, 412
 Увеличение живота
 левый верхний квадрант 436
 надлобковая область 447
 область пупка 441
 правый верхний квадрант
 433
 правый и левый нижние
 квадранты 443
 эпигастральная область 438
 Увеличение конечности 197
 Увеличение подчелюстной
 слюнной железы 341
 Удар тепловой 310
 Уздечка короткая 257
 Узелки Гебердена 191, 192, 193,
 199
 Узелки сестры Хосефы 441, 442
 Укус насекомого 377, 466, 477
 Уремия
 икота 253
 кома 269
 судороги и 427
 энцефалопатия 416
 Уретра
 задержка мочи 107, 236
 недержание мочи 322
 повреждение уретры 107, 237
 рак уретры 103
 сужение уретры 237
 травма уретры 104, 236
 уретрит 102, 104, 106
 Уретрит негонококковый 102
 Утомляемость 26, 216, 244, 294,
 432, 434, 445, 448
 Ухо склеенное 177
 Ухо, заболевания 175
 Ушная сера 176
 Ущемление нерва 76, 79, 89
 Фарингит 187, 189
 Фенацетин 459
 Фенитоин
 гирсутизм и 122
 десна 179
 походка и 315
 Фенолфталеин 107
 Феохромоцитома 16
 Фиброаденоз 100
 Фиброаденома 345
 Фиброзный альвеолит 29, 328
 Филяриоз 293
 Фимоз 231, 233, 257
 Флегмазия синяя болевая 386
 Фотофобия 37, 130, 167, 254
 Фторотан
 желтуха и 157
 Функциональные дыхательные
 пробы 263, 333
 Фуросемид
 глухота и 126
 головокружение и 135
 Фурункул 175, 178
 Халазион 167
 Хейлит 13
 Хейлит ангулярный (стоматит)
 172
 Хлорамфеникол 13
 Холангиокарцинома 158
 Холангит
 увеличение печени 159

- Холангит склерозирующий 113, 158
 Холестаз 247
 Холестеатома 134
 Холецистит
 икота при 254
 острый 64
 хронический 64
 Хондрит реберный 56
 Хондрит реберных хрящей (см. болезнь Титца) 61
 Хондрома
 множественная 138
 реберных хрящей 344
 Хондромалиция надколенника 219
 Хорея Сиденгама 198
 Хромота 83, 216
 Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) 261, 328
- ЦВД, повышение 58, 272, 289, 330, 375, 460, 463
 Целлюлит 83, 89, 383, 385
 Церебральный васкулит, гемиплегия 110
 Церебральный паралич, походка при 314
 Цианоз 329, 458
 Циклоспорин 179, 394, 431
 гирсутизм и 122
 Циметидин 119
 Ципротерон 119
 Цирроз
 гепатомегалия 115
 желтуха и 160
 импотенция 257
 контрактура Дюпюитрена 142, 193
 криптогенный 113, 115
 первичный билиарный 113, 158
 Цистит 64, 321
- Цитомегаловирус (ЦМВ) 126, 157, 293, 389
 Цитотоксические препараты, понос при 147
- Черепно-мозговая травма
 рвота 400
 судороги и 427
 Чесотка 250
 Четыреххлористый углерод 336
- Шанкр
 выделения из уретры 102, 103
 язвы лица 465
 язвы полового члена 231, 233
 язвы полости рта 471
 язвы языка 182, 185
 Шанкроид 102
 Шваннома слухового нерва 126
 Шейное ребро 46, 48, 339, 342
 Шейные лимфатические узлы, увеличение 308, 340, 341
 Шея
 абсцесс шеи 339
 боли в шее 34
 опухоли шеи 339
 Шистосомоз 107, 158
 Шок 461
 Шок нейрогенный 461
 Шумы дыхательные 331, 423
- Эзофагит 187, 190, 276, 297
 Экзема 250
 Экзостоз 199, 396, 399
 Экзофтальм 31, 380, 432
 Эклампсия 335
 Экстрадуральная гематома 110
 Экстрадуральное кровоизлияние 110
 Эктазия протоков 61, 100, 344, 346
 Эktopия мочевого пузыря 322
 Эktopия уретры 322
 Эктропион 166

- Экхондрома 191, 192
 Эмболия 46, 56, 65, 106, 458
 Эмпиема
 икота при 253
 Эндокардит 194
 Эндокардит подострый, бактериальный 389
 Эндометриоз 65, 72
 Энтропион 166, 167
 Энурез ночной 323
 Энцефалит
 икота при 253
 кома 269
 судороги и 427
 Энцефалопатия 416
 Эпиглоттит 432
 Эпидидимит 102
 Эпизиотомия 326
 Эпилепсия
 гемиплегия и 110
 кома 271
 контрактура Дюпюитрена 138
 после припадка 273
 Эпилептический статус 274
 Эписклерит 166
 Эписпадия 231, 233
 Эпифора 96
 Эритема буллезная многоморфная 470
 Эритема ревматическая 198
 Эритроплазия Кейра 231, 232, 234
 Эстрогены
 гинекомастия при 119
 импотенция при 257
 Эхинококковая киста 118

 Язва афтозная 182
 Язва варикозная 474

 Язва голени 475
 Язва Кушинга 276
 Язва Марджолина 474
 Язва отверстия мочеиспускательного канала 103
 Язва пептическая
 боли в грудной клетке 56
 боли в животе 64
 боли в спине 71
 мелена 297
 рвота кровью 275
 рвота при 400
 Язва роговицы ветвистая 167
 Язва сифилитическая 171, 474
 Язвенный колит
 диарея при 146
 суставы при 30
 Язвенный стоматит, острый 470
 Язвы нижней конечности 473
 Язык
 атрофия языка 184
 заболевания языка 182
 изъязвление языка 183
 налет на языке 184
 рак задней трети языка 187
 Яичко
 неполностью опустившееся
 яичко 355, 357, 358, 360
 опухоль яичка 365, 366
 перекрут 65, 79, 362, 365
 Яичник
 запор и 240
 киста яичника
 опухоли яичника 122
 перекрут 65
 разрыв 65
 тератома яичника 447
 Ямка гипофизарная 381
 Ячмень 166, 167