

SYMPTOM SORTER

FIFTH EDITION

Keith Hopcroft

*General Practitioner
Laindon Health Centre
Basildon, Essex*

and

Vincent Forte

*General Practitioner
Central Surgery
Gorleston, Norfolk*



CRC Press
Taylor & Francis Group

Кит Хопкрофт
Винсент Форте

СПРАВОЧНИК СИМПТОМОВ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Перевод с английского
под редакцией
В.А. Кокорина



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	10
Предисловие к русскому изданию	12
Введение	13
Как пользоваться книгой	16
Аноректальная область	19
Анальный зуд	20
Аноректальная боль	23
Выделения из прямой кишки	26
Кровотечение из прямой кишки	29
Отечность анальной области	33
Брюшная полость	37
Боли в эпигастральной области	38
Диарея	42
Запор	46
Острая боль в животе у беременных	49
Острая боль в животе у взрослых	52
Рвота с кровью	55
Рвота	58
Рецидивирующие боли в животе у детей	61
Увеличение живота	64
Хронические/рецидивирующие боли в животе у взрослых	67
Волосы и ногти	71
Выпадение волос	72
Зуд кожи головы	75
Избыточное оволосение тела	77
Изменения ногтей	80
Глаза	83
Двоение в глазах	84
Заболевания век	87
Зуд или раздражение глаза или века	90

Искры, плавающие пятна и преходящие нарушения зрения	93
Острая потеря зрения	96
Острое покраснение и болезненность глаз	99
Прогрессирующее снижение зрения	102
Головной мозг	105
Бессонница	106
Вертиго	109
Галлюцинации	112
Головная боль	115
Головокружение	118
Острая спутанность сознания	121
Потеря памяти	125
Снижение либидо	128
Грудная клетка	131
Боль в грудной клетке	132
Кашель у взрослых	136
Кашель у детей	140
Кровохарканье	143
Острая одышка	146
Сердцебиение	149
Хроническая одышка	152
Кожные покровы	155
Гнойнички	156
Пузырьки и пузыри	159
Пурпура и петехии	162
Пятна	165
Узелки	168
Узлы	171
Чешуйки и бляшки	174
Эритема	177
Конечности	181
Боль в голени	182
Боль в мышцах	185
Боль в плече и предплечье	189
Боль в руке и запястье	193
Боль в стопе	196
Боль во многих суставах	199
Острая боль в суставе	202
Отеки голеней	205

Отеки лодыжек	208
Рецидивирующие боли в колене	211
Рецидивирующие боли в области тазобедренного сустава у взрослых.	214
Язвы нижних конечностей	217
Лицо	221
Боль в области лица.	222
Отечность лица.	225
Сыпь на лице.	228
Язвы и волдыри лица	231
Молочные железы	235
Боль в молочной железе	236
Выделения из сосков.	239
Увеличение молочных желез у мужчин	242
Уплотнение в молочной железе у женщин	245
Нарушения менструального цикла	249
Болезненные менструации	250
Нерегулярные вагинальные кровотечения	253
Обильные менструации	256
Отсутствие менструаций	259
Нос	263
Выделения из носа/насморк	264
Заложенность носа	267
Носовые кровотечения.	270
Общий осмотр	273
Бесплодие.	274
Боль в спине	278
Детский плач	282
Длительная лихорадка	286
Жажда или сухость во рту.	290
Желтуха у взрослых	293
Задержка полового созревания	296
Задержка роста.	299
Избыточная потливость.	303
Кожный зуд	306
Лимфаденопатия	309
Лихорадка у ребенка	313
Нарушение походки у взрослых.	317
Непроизвольные движения.	320

Онемение и парестезии	323
Падения без потери сознания.	327
Приливы.	330
Снижение массы тела	333
Тремор.	337
Увеличение массы тела.	340
Хромота у детей	343
Хроническая усталость.	346
Чувство напряжения и тревоги	349
Эпизоды потери сознания.	352
Органы мочевыделения	355
Гематурия	356
Задержка мочи	359
Недержание мочи.	362
Никтурия	366
Полиурия	369
Учащенное мочеиспускание	372
Половые органы.	377
Болезненный половой акт	378
Боль в половом члене	381
Боль в яичке.	384
Выделения из влагалища	387
Гемоспермия	391
Отек вульвы.	394
Отек мошонки.	397
Раздражение вульвы	400
Эректильная дисфункция	403
Язвы / изъязвления вульвы	407
Язвы / изъязвления полового члена.	410
Ротовая полость	413
Болезненность языка.	414
Кровоточивость и болезненность десен	417
Неприятный запах изо рта	420
Отечность и изменение цвета полости рта	423
Язвы полости рта.	427
Тазовая область	431
Острая боль в тазу.	432
Припухлость в паховой области	435
Хроническая боль в тазу	438

Уши	441
Боль в ушах	442
Выделения из уха	445
Тугоухость	449
Шум в ушах	452
Шея	455
Боль в горле	456
Затруднение глотания	460
Опухлость шеи	463
Охриплость	466
Ригидность мышц шеи	469
Стридор у детей	472
Предметный указатель	475

ГОЛОВНОЙ МОЗГ

Бессонница

Вертиго

Галлюцинации

Головная боль

Головокружение

Острая спутанность сознания

Потеря памяти

Снижение либидо

БЕССОННИЦА

Краткий обзор для врача общей практики

Эта жалоба более характерна для женщин, особенно пожилого возраста. Понимание, что такое «нормальный сон», широко варьируется. Некоторые люди нуждаются всего в 3–4 ч сна за ночь, причем в среднем потребность в нем с возрастом снижается. Самоконтроль в вопросах сна бывает очень затруднен, так как сильно зависит от индивидуальных потребностей.

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- тревога на фоне нервного стресса (работа, отношения, финансы);
- клиническая депрессия;
- хроническая алкогольная интоксикация;
- низкий уровень «гигиены сна»: гиперстимуляция (например, кофеин, никотин, наркотические вещества, просмотр телевидения) или кратковременный сон в дневное время;
- болевой синдром на фоне хронического соматического заболевания [например, при остеоартрите (ОА)].

Возможные причины:

- климактерические приливы и повышенная потливость;
- никтурия;
- внешние факторы (например, храп партнера, маленькие дети);
- нарушение привычных биоритмов: смена часовых поясов, работа в ночное время;
- заболевания органов дыхания [астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)], сердечная недостаточность (левожелудочковая);
- синдром отмены бензодиазепинов;
- другие медицинские причины, например синдром беспокойных ног (СБН) или ГЭРБ.

Редкие причины:

- недоедание и низкая масса тела;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- парасомнии: ночные кошмары, страхи и лунатизм;

- гипертиреоз;
- маниакальные состояния;
- апноэ во сне (обычно проявляется как хроническая усталость, только 30% просыпаются при приступе).

Сравнительная таблица

	Стресс	Депрессия	Алкоголь	Низкая гигиена сна	Боль
Медленное засыпание	Да	Возможно	Возможно	Да	Возможно
Раннее просыпание	Возможно	Да	Нет	Нет	Возможно
Плохое настроение	Возможно	Да	Возможно	Нет	Возможно
Соматическое заболевание	Нет	Нет	Возможно	Нет	Да
Потеря массы тела	Возможна	Возможна	Нет	Нет	Возможна

Методы обследования

Основные: отсутствуют.

Дополнительные: ОАК, оценка функции печени и щитовидной железы.

Вспомогательные: исследования основных симптомов, ведущих к бессоннице (см. ниже).

- ОАК (средний объем эритроцитов), печеночные пробы и ГГТ могут быть показателями хронического злоупотребления алкоголем.
- Тиреотропный гормон (ТТГ) позволяет дифференцировать тревогу неорганического генеза от тиреотоксикоза.

Примечание: боль, никтурия, заболевания органов дыхания и апноэ во сне требуют обследования сами по себе.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- Определите, что является основной причиной нарушения сна — физическая проблема (боль или никтурия) или же нарушение гигиены сна. В разных случаях подход будет различным.
- Не забывайте о роли алкоголя: это частая причина нарушения сна, хотя пациенты могут парадоксально принимать алкоголь именно для улучшения сна.

- ❑ Если причина бессонницы кроется в психоэмоциональном напряжении или нарушении режима, это необходимо объяснить пациенту. Пациенты, настроенные исключительно на получение снотворного, могут не прислушаться к советам врача, если они не достаточно хорошо понимают причинно-следственную связь.
- ❑ Объясните пожилым пациентам, которые жалуются на нарушение сна, что потребность во сне снижается с возрастом и для нормализации ночного сна необходимо исключить сон в дневное время.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

- ❑ Люди, работающие посменно, подвержены развитию депрессивных расстройств. Оцените наличие депрессии у таких пациентов с нарушениями сна.
- ❑ Будьте внимательны с пациентами молодого возраста, обращающимися с жалобами на острую бессонницу. Нередко среди них встречаются наркоманы, пытающиеся получить рецепт на бензодиазепиновые препараты.
- ❑ Мешающие сну боли в костях и суставах у пациентов пожилого возраста требуют серьезного отношения. Пациентам, страдающим артритом, может потребоваться замена сустава; в других случаях это может отражать наличие тяжелой патологии с вторичным поражением костей.
- ❑ Рассматривайте жалобу со всей серьезностью, даже если ее причина вам кажется тривиальной (например, храп пациента) — бессонница может быть чрезвычайно изнурительной, пациенты в таком состоянии могут быть в отчаянии и нуждаться в помощи.
- ❑ Тревога и быстрая потеря массы тела в сочетании с повышенной потливостью и тахикардией позволяют предположить наличие гипертиреоза. Обязательно проверьте уровень ТТГ, прежде чем исключите органическую патологию.

ВЕРТИГО

Краткий обзор для врача общей практики

Вертиго (системное головокружение) характеризуется иллюзией движения пациента или окружающих его предметов. Оно является и визуальным, и позиционным. Тошнота и рвота часто сочетаются с вертиго, которое в тяжелых случаях полностью лишает пациента дееспособности. Вертиго следует отличать от легкого головокружения (см. с. 118).

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- доброкачественное позиционное головокружение;
- вестибулярная мигрень;
- болезнь Меньера;
- неврит вестибулярного нерва;
- дисфункция слуховых труб (вызывает легкое вертиго).

Возможные причины:

- хронический средний отит;
- препараты: салицилаты, хинин, аминогликозиды;
- острая алкогольная интоксикация;
- неврологические заболевания [например, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), рассеянный склероз, вертебробазилярная недостаточность, синингобульбия, опухоли мозжечка];
- эпилепсия.

Редкие причины:

- ушная сера (часто встречается, но редко вызывает вертиго);
- сифилис;
- неврома слухового нерва;
- назофарингеальная карцинома;
- посттравматическое.

Сравнительная таблица

	Позиционное головокружение	Вестибулярная мигрень	Болезнь Меньера	Неврит слухового нерва	Дисфункция слуховых труб
Шум в ушах	Нет	Нет	Да	Возможен	Возможен
Быстрое начало, тяжелое течение	Возможно	Возможно	Да	Возможно	Нет
Кратковременное	Да	Нет	Нет	Нет	Возможно
Связь с вирусной инфекцией	Нет	Нет	Нет	Да	Возможна
Рецидивирование	Да	Да	Да	Нет	Нет

Методы обследования

На уровне первичной медицинской помощи при данной жалобе исследования не проводятся. На вторичном этапе специалистами возможно проведение аудиометрии для оценки кохлеарной функции, электронистагмографии, калориметрии для изучения вестибулярной функции, КТ или МРТ для исключения неврологической патологии, электроэнцефалограмма (ЭЭГ) при подозрении на эпилепсию, люмбальной пункции при рассеянном склерозе, серологических проб для подтверждения сифилиса.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- Будьте внимательны при сборе анамнеза — пациент может использовать термин «вертиго» неточно. Диагностические алгоритмы при легком головокружении и истинном вертиго различны.
- Большинство случаев вертиго в практике врача первичного звена связано с доброкачественным позиционным головокружением, мигренью, болезнью Меньера или невритом.
- Болезнь Меньера нередко гипердиагностируется. Основными признаками заболевания являются приступы головокружения продолжительностью до нескольких часов, сочетающиеся с глухотой и шумом в ушах, а также требующими особо пристального внимания упадком сил и рвотой.
- Доброкачественное позиционное головокружение, как правило, легко диагностируется по данным анамнеза — пациента

беспокоит головокружение, которое длится всего несколько секунд, обычно при подъеме с постели.

- Вестибулярный вариант мигрени редко диагностируется. О нем целесообразно вспоминать в каждом случае рецидивирующего вертиго — необходимо уточнять наличие боли до, во время или после приступа головокружения.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

- Если у пациента, страдающего хроническим средним отитом, появляется вертиго, то, вероятно, имеется серьезная патология, особенно при положительном симптоме фистулы (развитие вертиго при окклюзии наружного слухового прохода пальцем). Таких пациентов необходимо срочно направить к специалисту.
- Пациенты молодого или среднего возраста с атипичными эпизодами головокружения и другими преходящими диффузными неврологическими проявлениями могут страдать рассеянным склерозом.
- Потеря сознания при головокружении предполагает наличие у пациента эпилепсии.
- Неврома слухового нерва может сопровождаться легким вертиго. Имейте в виду это заболевание, если у пациента также отмечается односторонняя нейросенсорная глухота и звон в ушах.
- Неврологическую причину, такую как ОНМК, можно предположить по наличию симптомов поражения центральной нервной системы, изменившемуся характеру головной боли, особенно в затылочной области, острой глухоте, необъяснимой другими состояниями, или вертикальному нистагму.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Краткий обзор для врача общей практики

Галлюцинации — это состояние сенсорной перцепции без какой-либо внешней стимуляции. Именно этот факт отличает галлюцинации от иллюзий, которые определяются как искажение чувственного восприятия. Галлюцинации могут возникать в любой сенсорной модальности и присутствовать как сами по себе, так и как часть более серьезной клинической единицы (в частности, при острых состояниях). Галлюцинации часто тяжело переносятся пациентом, пугают его.

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- воздействие наркотических веществ (амфетамины, кокаин, диэтиламид лизергиновой кислоты, экстази, передозировка трициклических антидепрессантов) и синдром их отмены;
- тяжелое переутомление;
- алкогольные галлюцинации (делирий при остром алкогольном опьянении);
- фебрильный делирий (при лихорадке);
- шизофрения.

Возможные причины:

- тяжелые метаболические расстройства любого генеза;
- височно-лобная эпилепсия;
- объемные образования головного мозга;
- депрессивные расстройства;
- потеря близких людей;
- гипоксия.

Редкие причины:

- нарколепсия;
- маниакальные состояния;
- состояния после потери сознания;
- ятрогении: идиосинкратические побочные эффекты;
- агональные состояния.

Сравнительная таблица

	Наркотики	Переутомление	Алкогольный делирий	Лихорадка	Шизофрения
Внезапное начало	Да	Возможно	Да	Да	Нет
Тремор	Возможен	Нет	Да	Возможен	Нет
Преимущественно слуховые галлюцинации	Нет	Нет	Возможно	Нет	Да
Тахикардия	Возможна	Нет	Да	Да	Нет
Когнитивные нарушения	Да	Возможны	Да	Да	Нет

Методы обследования

Используемые врачом общей практики исследования будут зависеть от клинической ситуации. Если галлюцинации являются частью острого расстройства сознания, особенно у взрослых, скорее всего, потребуется госпитализация больного с последующим проведением целого ряда тестов для уточнения, в частности, причины лихорадки, гипоксии или метаболических нарушений. Ниже приведен ряд исследований, которые врач общей практики может назначить для уточнения диагноза у пациентов, не требующих госпитализации.

- ОАМ: чрезвычайно полезен в острой ситуации, особенно у пожилых людей. Может выявить ИМП, кетоновые тела при гипергликемии или признаки тяжелой дегидратации.
- Пульсоксиметрия — для выявления гипоксии.
- Глюкометрия: при наличии в анамнезе сахарного диабета или выявленной глюкозурии.
- ОАК и оценка функции печени: увеличенный средний объем эритроцитов и нарушение функции печени позволяют предположить хроническое злоупотребление алкоголем.
- Мочевина, креатинин и электролиты: помогают выявить электролитные нарушения, которые могут быть ведущей причиной состояния.
- ЭЭГ: позволяет предположить диагноз височной эпилепсии или нарколепсии.
- КТ: необходима при подозрении на объемное образование головного мозга.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- ❑ Делириозное состояние у детей с высокой лихорадкой, особенно в ночное время, — достаточно распространенное явление, не представляющее само по себе непосредственной угрозы. Необходимо установить причину лихорадки, и если она не является тяжелой, то постарайтесь успокоить взволнованных родителей.
- ❑ Пациенты с тревожным синдромом, расстройствами личности и пограничными психическими нарушениями иногда жалуются на слуховые галлюцинации, по опыту рассчитывая, что это приведет к ответным мерам со стороны врача. Истинные слуховые галлюцинации обычно утомительны, изъясняются от второго (при психотической депрессии) или третьего (при шизофрении) лица и сопровождаются другими тяжелыми проявлениями психического расстройства.
- ❑ Преходящие легкие слуховые и зрительные галлюцинации могут быть вариантом нормы у людей, недавно потерявших своих близких. Объясните пациенту, что это не является признаком сумасшествия.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

- ❑ Галлюцинации, вызванные приемом наркотических средств или абстинентным синдромом, могут быть опасны для пациента и окружающих, поэтому с высокой долей вероятности требуется госпитализация больного.
- ❑ Слуховые галлюцинации очень часто сопровождают психические заболевания, особенно, шизофрению и депрессию; зрительные галлюцинации практически всегда связаны с органическими заболеваниями.
- ❑ Изолированные обонятельные галлюцинации патогномичны для поражений височной доли и требуют неотложного обследования.
- ❑ Тактильные галлюцинации очень характерны для острого алкогольного абстинентного синдрома и, реже, приема кокаина.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Краткий обзор для врача общей практики

Число причин, по которым развивается головная боль, почти равно числу известных заболеваний. Этот универсальный симптом является настоящим диагностическим вызовом всем врачам общей практики по причине своей распространенности, отсутствия в большинстве случаев органического субстрата, причинения тяжелого страдания больному и отсутствия обычно изменений при осмотре. Вероятность того, что за головной болью скрыта злоежащая патология, всегда существует, но доброкачественно протекающая головная боль в подавляющем большинстве случаев ставит клинициста в диагностический тупик.

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- тензионная головная боль (связана с тревожными расстройствами или депрессией);
- фронтит;
- мигрень;
- спондилез шейного отдела позвоночника;
- перенапряжение глаз.

Возможные причины:

- любые заболевания, сопровождающиеся лихорадкой (частая причина головной боли, обычно в сочетании с другими симптомами);
- ятрогения (например, злоупотребление анальгетиками, антагонисты кальция, нитраты);
- хроническая ежедневная головная боль;
- реактивная гипогликемия;
- переутомление/нарушения сна (особенно у родителей);
- невралгия тройничного нерва, крылонёбного узла и затылочного нерва;
- височный артериит;
- состояние после потери сознания;
- мигрени, ассоциированные с менструальным циклом (у 10–14% женщин).

Редкие причины:

- кластерные головные боли;
- интракраниальные причины (например, рак, абсцесс, гематома, доброкачественная внутричерепная гипертензия);
- менингит;
- геморрагический инсульт (внутричерепные кровоизлияния);
- отравление угарным газом;
- болезнь Педжета с поражением черепа;
- тяжелая артериальная гипертензия;
- преэклампсия.

Сравнительная таблица

	Тензионная боль	Фронтит	Мигрень	Шейный спондилит	Заболева- ния глаз
Ухудшение в положе- нии лежа	Нет	Да	Нет	Возможно	Нет
Заложенность носа	Нет	Да	Возможна	Нет	Нет
Ухудшение при движе- ниях шеи	Нет	Нет	Возможно	Да	Нет
Болезненность при пальпации	Возможна	Да	Нет	Нет	Нет
Одностороннее поражение	Нет	Возможно	Возможно	Нет	Возможно

Методы обследования

Основные: отсутствуют.

Дополнительные: ОАК, СОЭ.

Вспомогательные: мочевина, креатинин и электролиты, щелочная фосфатаза, рентгенография пазух, шейного отдела позвоночника и черепа, КТ, люмбальная пункция.

- ОАК: лейкоциты повышаются при абсцессе и синуситах. Определение СОЭ чрезвычайно важно при подозрении на артерииты.
- Мочевина, креатинин и электролиты: нарушение баланса Na⁺/K⁺ при опухолях гипофиза, повышение щелочной фосфатазы характерно для болезни Педжета.
- Рентгенография черепа: позволяет обнаружить уровень жидкости в синусах (редко помогает в постановке диагноза). Может подтвердить диагноз шейного спондилеза и болезни Педжета.
- КТ: для исключения внутричерепного поражения.

- Любальная пункция: при подозрении на менингит; также может помочь в диагностике доброкачественной внутричерепной гипертензии.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- Обращайте внимание на страхи и опасения пациентов — большинство из них серьезно обеспокоены наличием тяжелой патологии, например опухоли мозга, и могут остаться недовольными консультацией, если не получают ответы на все свои вопросы.
- Другим частым опасением является артериальная гипертензия. Пациенты ожидают, что вы измерите им уровень артериального давления, несмотря на то, что артериальная гипертензия почти никогда не является причиной данного симптома.
- Анальгетики могут парадоксально усугублять головную боль напряжения. В таком случае верным подходом будет использование альтернативных методов лечения (релаксация или антидепрессанты в соответствующих случаях).
- Головная боль, обусловленная внутричерепной патологией, обычно сопровождается другими неврологическими симптомами и признаками.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

- Подозрение на субарахноидальное кровоизлияние обосновано в том случае, если головная боль возникла внезапно (пациенты описывают это состояние как «взрыв в голове»).
- При подозрении на височный артериит необходимо незамедлительно начинать лечение. Определение СОЭ требуется только для ретроспективного подтверждения диагноза.
- Будьте внимательны к беременным в III триместре с жалобами на головную боль. Обязательно проверьте уровень артериального давления, наличие отеков и анализ мочи. Головная боль, особенно в сочетании с нарушениями зрения, может быть симптомом начинающейся эклампсии.
- Недавно возникшая, прогрессирующая головная боль, появляющаяся при пробуждении и усиливающаяся при наклоне вперед и натуживании, может быть связана с повышением внутричерепного давления. Проверьте остальные симптомы и направьте пациента на срочную консультацию при наличии сомнений.
- Если головная боль похожа на мигрень, то она с ней и связана, не взирая на возраст пациента. Однако, не спешите ставить этот диагноз пожилым больным, не исключив более тяжелую патологию.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Краткий обзор для врача общей практики

Это распространенный и неопределенный симптом может означать разные вещи для разных людей. Мы рассматриваем его здесь как ощущение движения без наличия такового. Важно понимать различия истинного головокружения и симптоматического (см. с. 109). Головокружение — очень распространенный симптом, часто вызывающий уныние у больных, нередко сочетающийся с тревогой и другими симптомами, а его причина во многих случаях остается невыясненной.

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- вирусные заболевания;
- тревожный синдром (с гипервентиляцией);
- гипогликемия;
- постуральная гипотензия (например, у пожилых и беременных);
- вертебробазиллярная недостаточность (у пожилых с ОА).

Возможные причины:

- острая интоксикация: наркотики/алкоголь;
- последствия хронического злоупотребления алкоголем;
- ятрогенное: гипотензивные препараты, антидепрессанты;
- нарушения ритма сердца;
- любые тяжелые системные заболевания.

Редкие причины:

- аортальный стеноз;
- подключичный синдром обкрадывания;
- парциальные припадки;
- болезнь Аддисона;
- отравление угарным газом.

Сравнительная таблица

	Вирусная инфекция	Гипогликемия	Постуральная гипотензия	Вертебробазилярная недостаточность	Тревожный синдром
Внезапное начало	Нет	Да	Да	Да	Нет
Возбужденное поведение	Нет	Возможно	Нет	Нет	Возможно
Эпизодичность	Нет	Да	Да	Да	Возможна
Связь с поворотом головы	Нет	Нет	Нет	Да	Нет
Исчезновение в положении лежа	Нет	Нет	Да	Нет	Нет

Методы обследования

Основные: отсутствуют.

Дополнительные: анализ мочи, ОАК, мочевина, креатинин и электролиты, оценка функции печени, глюкометрия.

Вспомогательные: ЭЭГ, ЭКГ/24-часовое ЭКГ мониторинг, эхокардиография (ЭхоКГ), КТ.

- Анализ мочи на глюкозу: неконтролируемый сахарный диабет может быть причиной головокружения как через системные расстройства, так и через изолированную невропатию.
- ОАК: прогрессирующая анемия может быть причиной головокружения; увеличенный средний объем эритроцитов может свидетельствовать о злоупотреблении алкоголем.
- Оценка мочевины, креатинина и электролитов, также функции печени может обнаружить ряд системных заболеваний; в частности, снижение уровня натрия и калия может свидетельствовать о наличии болезни Аддисона; функция печени может быть нарушена при алкоголизме.
- Глюкометрия: помогает выявить гипогликемию.
- ЭЭГ: показана при подозрении на парциальные эпилептические припадки (в сочетании с КТ) — оба исследования проводятся специалистами.

- ЭКГ (суточное мониторирование ЭКГ) — для выявления аритмий.
- ЭхоКГ: при подозрении на аортальный стеноз.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- Первый шаг при сборе анамнеза — это уточнение, что именно больной вкладывает в понятие «головокружение», а также разделение истинного головокружения от симптоматического.
- Головокружение часто имеет многофакторный генез, особенно у пожилых людей — так что не стоит останавливаться на поиске только одной причины.
- Если причина головокружения неясна, оно сохраняется длительное время, и пациент жалуется на многие другие субъективные симптомы при отсутствии объективных проявлений (например, нет снижения веса), то наиболее вероятен диагноз тревожного расстройства.
- Не забывайте, что часто назначаемые препараты могут вызвать или усугубить постуральную гипотензию — обращайтесь внимательно на препараты, которые принимает ваш больной.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

- В случае если у пациента, помимо головокружения, отмечаются эпизоды потери сознания, то велика вероятность клинически значимой патологии: необходимо тщательное обследование или направление больного к специалисту.
- В спорных случаях спросите у других членов семьи о типе используемого бытового отопления. Отравление угарным газом — регулярная причина летальных исходов, которые можно предотвратить.
- При наличии шума на аортальном клапане немедленно направьте пациента к кардиологу. Тяжелый аортальный стеноз может вызвать внезапную смерть.
- Помните о частом отрицании алкоголиками наличия у них алкогольной зависимости. В сомнительных случаях проверьте средний объем эритроцитов и проведите печеночные пробы.

ОСТРАЯ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ

Краткий обзор для врача общей практики

Существуют тысячи возможных причин внезапной спутанности сознания. С этим острым состоянием обычно поступают пациенты пожилого возраста. Вызов врача часто осуществляют обеспокоенные родственники или соседи. Хронические состояния спутанности сознания у пациентов с деменцией в данном разделе не рассматриваются.

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- гипоксия (респираторного или кардиального генеза);
- системные инфекции;
- ОНМК или транзиторная ишемическая атака (ТИА);
- гипогликемия;
- диабетический кетоацидоз.

Возможные причины:

- алкогольная интоксикация или абстинентный синдром;
- церебральные инфекции;
- нарушения электролитного баланса и уремия;
- ятрогения (например, дигоксин, диуретики, стероидные гормоны и опиоиды);
- микседема;
- наркомания.

Редкие причины:

- энцефалопатия Вернике;
- опухоли головного мозга;
- гипо- и гиперпаратиреоз;
- болезнь Иценко–Кушинга;
- постиктальное состояние (после приступа эпилепсии);
- отравление угарным газом.

Сравнительная таблица

	Гипоксия	Инфекции	ОНМК/ТИА	Гипогликемия	Кетоацидоз
Центральный цианоз	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Лихорадка	Возможна	Да	Нет	Нет	Возможна
Очаговая слабость	Нет	Нет	Возможна	Возможна	Нет
Кетогалитоз	Нет	Нет	Нет	Нет	Да
Тахипноэ	Да	Да	Нет	Нет	Да

Методы обследования

Состояния спутанности сознания могут быть следствием множества причин, что заметно усложняет назначение исследований для врача общей практики. Количество исследований может сильно варьировать в зависимости от клинической картины и обстоятельств произошедшего; в большинстве случаев пациент должен быть госпитализирован, а обследование будет проводиться в стационаре.

Основные: анализ мочи, глюкоза крови (обычно с помощью глюкометра), пульсоксиметрия.

Дополнительные: ОАК, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, кардиоспецифичные ферменты, оценка функции щитовидной железы.

Вспомогательные: кальций, определение уровня дигоксина, КТ.

- ОАМ чрезвычайно полезен для обнаружения глюкозурии, кетоновых тел, повышенной плотности (при дегидратации), гноя, гематурии и нитритов при ИМП. Изолированное выявление кетоновых тел возможно при голодании и гипогликемии.
- Использование глюкометра более практично при острых состояниях, чем стандартный анализ крови на глюкозу для определения гипо- или гипергликемии.
- Пульсоксиметрия: для выявления гипоксии.
- ОАК: уровень лейкоцитов повышен при инфекционных процессах. Увеличение среднего объема эритроцитов отмечается при злоупотреблении алкоголем и микседеме.

- Важно определить уровень мочевины, креатинина и электролитов, особенно если есть признаки дегидратации или прием диуретиков.
- Оценка функции печени и щитовидной железы: алкоголизм, диссеминированный опухолевый процесс и гипотиреоз должны всегда находиться в вашем поле зрения.
- Рентгенография органов грудной клетки: может помочь выявить причину гипоксемии (например, пневмонию или признаки сердечной недостаточности).
- ЭКГ, кардиоспецифические ферменты: при подозрении на безболевой вариант инфаркта миокарда.
- Кальций: для выявления гипо- или гиперпаратиреоза.
- Уровень дигоксина: при гликозидной интоксикации.
- КТ: исследование при острых состояниях в условиях стационара для обнаружения инсульта, кровоизлияния или объемного процесса.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- Ключом к правильной диагностике при спутанности сознания служит определение остроты процесса (наличие внезапной спутанности в отличие от постепенного ухудшения). Это требует тщательного сбора анамнеза у человека, хорошо знающего пациента.
- Не забывайте уточнять препараты, которые пациент принимал и принимает в данный момент: если сам больной затрудняется предоставить эту информацию, посмотрите на содержимое его аптечки.
- При спутанности сознания может быть затруднительно собрать анамнез у самого пациента. Именно поэтому физикальное обследование имеет в этом случае еще большее, чем обычно значение.

**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!**

- ❑ Практически невозможно правильно поставить диагноз и лечить такого пациента в домашних условиях. Вы должны быть абсолютно уверены в своих силах, если решаете отказаться от госпитализации больного.
- ❑ Центральный цианоз — это зловеющий признак. Обеспечьте пациента кислородом, по возможности, и вызывайте скорую помощь.
- ❑ При наличии диабета обязательно проверьте уровень глюкозы в крови, помните, что гипо- и гипергликемия могут привести к нарушению сознания с неврологическими симптомами, имитирующими ОНМК.
- ❑ В пожилом возрасте даже тяжелые инфекционные процессы могут протекать с нормальным пульсом и температурой, в связи с изменениями в реактивности организма. Принимайте это в расчет.
- ❑ Уточняйте состояние остальных членов семьи — при отравлениях, например, угарным газом у них также будут симптомы.

ПОТЕРЯ ПАМЯТИ

Краткий обзор для врача общей практики

Потеря памяти является опасным и мучительным симптомом и для пациента, и для его родственников. Она может быть связана как с органическими, так и с неорганическими причинами. Память подразделяется на краткосрочную и долгосрочную. Тип потери памяти зависит от причины. Часто потеря памяти сопутствует острой спутанности сознания (см. с. 121).

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- тревожное расстройство/стресс;
- депрессивные расстройства;
- деменция (мультифокальный инфаркт, болезнь Альцгеймера и деменция, обусловленная другими причинами — опухолью, нейросифилисом, гипотиреозом, недостаточностью витамина В₁₂ и фолиевой кислоты);
- травма головы;
- ОНМК (инфаркт в бассейне задней церебральной артерии).

Возможные причины:

- хроническая алкогольная интоксикация (дефицит тиамина: синдром Корсакова);
- субарахноидальное кровоизлияние;
- другие причины дефицита тиамина: мальабсорбция, рак желудка, рвота беременных;
- транзиторная общая амнезия;
- фути и психогенная амнезия;
- опухоль третьего желудочка или гипоталамуса.

Редкие причины:

- расстройства личности;
- симуляция;
- плохо корригируемая эпилепсия;
- отравление угарным газом;
- энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса (ВПГ).

Сравнительная таблица

	Травма	Деменция	ОНМК	Депрессия	Тревожный синдром
Осознавание проблемы	Возможно	Нет	Возможно	Да	Да
Потеря памяти на недавние события	Да	Да	Возможна	Да	Да
Потеря памяти на давние события	Возможна	Нет	Возможна	Нет	Нет
Неврологическая симптоматика	Возможна	Возможна	Возможна	Нет	Нет
Внезапное начало	Да	Нет	Да	Нет	Нет

Методы обследования

Основные: если отсутствует очевидная депрессия или тревога — ОАК, оценка функции щитовидной железы и печени, кальций.

Дополнительные: серологические пробы на сифилис, определение уровней витамина В₁₂ и фолиевой кислоты, КТ/МРТ.

Вспомогательные: отсутствуют.

- ОАК может показать увеличение среднего объема эритроцитов в связи со злоупотреблением алкоголем или дефицитом В₁₂/фолатов. Проверьте уровень витамина В₁₂ и фолиевой кислоты при повышении размеров эритроцитов.
- Оценка функции щитовидной железы: гипотиреоз является важной устранимой причиной деменции.
- Оценка функции печени и ГГТ могут дать подсказки о потреблении алкоголя.
- Определение уровня кальция: для выявления гипо- или гиперкальциемии.
- Серологические пробы на сифилис: при возможности нейросифилиса как основной причины деменции.
- КТ/МРТ: для обнаружения объемных процессов, ЦВБ, атрофических процессов и субарахноидальных кровоизлияний.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- ❑ Пациенты с деменцией зачастую не знают или отрицают потерю памяти. Обычно врачу об этом сообщают друзья или родственники больного.
- ❑ Пациенты, которые сами жалуются врачу на снижение памяти, с большой вероятностью страдают тревожными расстройствами или депрессией.
- ❑ Даже при наличии диагноза тревожного расстройства или депрессии пациенты могут быть обеспокоены возможностью развития деменции, которая ухудшит ситуацию; объяснив, что проблема больше связана с плохой концентрацией, чем несостоятельностью памяти, вы сможете лучше понять происходящее и успокоить.
- ❑ Скорость развития заболевания может быть ключом к правильному диагнозу: если симптомы деменции развиваются медленно, в течение года или двух лет, то его причиной является болезнь Альцгеймера или мультиинфарктная деменция, в то время как внезапная потеря памяти, как правило, обусловлена травмой или сосудистым событием.
- ❑ В ряде случаев затруднительно отличить депрессию от деменции, особенно учитывая, что они могут сосуществовать. Попробуйте назначение антидепрессантов.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

- ❑ Быстрое развитие деменции в течение 3–6 мес или менее предполагает наличие предрасполагающей причины.
- ❑ Истинная потеря памяти после травмы свидетельствует о тяжести травмы.
- ❑ Депрессия у пожилых может имитировать слабоумие (псевдодеменция) с поведенческими изменениями. Не забывайте о такой излечимой причине.

СНИЖЕНИЕ ЛИБИДО

Краткий обзор для врача общей практики

Обнаружение снижения или потери полового влечения (либидо) может быть непростой задачей для врача общей практики. Это универсальная жалоба, присущая взрослым пациентам обоих полов. Стандартных знаний и навыков врача клинициста порой не хватает для работы с этой проблемой. Однако систематический подход и внимательное обследование — путь к успешному ведению пациента с такими жалобами.

Дифференциальный диагноз

Частые причины:

- депрессия;
- проблемы в отношениях;
- перименопауза;
- злоупотребление алкоголем (и цирроз у мужчин);
- старение.

Возможные причины:

- низкий уровень тестостерона у мужчин;
- гипотиреоз;
- антигипертензивная терапия у мужчин;
- препараты, вызывающие гиперпролактинемию у мужчин (например, фенотиазин, галоперидол);
- антиандрогенные препараты у мужчин (например, циметидин, финастерид);
- антиандрогенные препараты у женщин (например, ципротерон).

Редкие причины:

- заболевания гипоталамуса/гипофиза;
- почечная недостаточность;
- травма или заболевание яичек;
- заболевания надпочечников (болезни Кушинга и Аддисона);
- феминизирующие опухоли у мужчин (яичек или надпочечников).

Сравнительная таблица

	Депрессия	Проблемы в отношениях	Перименопауза	Алкоголь	Старение
Повышенная утомляемость	Да	Возможна	Да	Возможна	Возможна
Эмоциональная лабильность	Да	Возможна	Да	Возможна	Нет
Приливы к лицу	Нет	Нет	Да	Возможны	Нет
Исчезает при смене партнера	Возможно	Да	Нет	Нет	Нет
Отсутствие других жалоб	Нет	Да	Возможно	Возможно	Да

Методы обследования

Основные: отсутствуют.

Дополнительные: ОАК, мочевины, креатинин и электролиты, оценка функции печени и щитовидной железы.

Вспомогательные: гормональный профиль.

- ОАК: может показать наличие общего заболевания; повышение среднего объема эритроцитов характерно для злоупотребления алкоголем.
- Мочевина, креатинин и электролиты: при почечной недостаточности. Баланс Na^+ и K^+ нарушается при заболеваниях надпочечников.
- Оценка функции печени и ГГТ — важные доказательства злоупотребления алкоголем.
- Оценка функции щитовидной железы: позволяет выявить гипотиреоз.
- Гормональный профиль: ФСГ/ЛГ, пролактин, эстрадиол и тестостерон — для обоих полов. Изменяется при первичном заболевании эндокринной системы, приеме наркотических препаратов и алкоголя.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

- ❑ Часто пациенты жалуются на эту проблему нехотя или мимоходом, «а еще...», «кстати», и необходимо сразу же назначить обследование. Попытка перенести обследование на другой визит может привести к потере возможности помочь больному.
- ❑ Общее обследование важно для выявления редких причин этого симптома. Оно также демонстрирует, что симптом был расценен всерьез.
- ❑ Избегайте избыточного назначения лекарств, если понимаете, что проблема не медицинская, а связана с отношениями.
- ❑ Будьте готовы пересмотреть свой диагноз, так как проблема часто является многофакторной.
- ❑ Не забывайте о ятрогенных причинах и будьте готовы проверить эту гипотезу, отменив принимаемую терапию.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

- ❑ Потеря полового влечения может быть вершущей айсберга более значимой патологии, такой как депрессия или алкоголизм, — не ограничивайтесь поверхностным подходом.
- ❑ Депрессия и сложные взаимоотношения с родственниками могут сосуществовать и усугублять друг друга. Тщательно собирайте анамнез, чтобы понять необходимое назначение антидепрессантов и/или для психосексуального консультирования.
- ❑ Исследования нечасто помогают, но ваша настороженность должна усилиться, если пациент без выраженной депрессии выглядит нездоровым. Направьте пациента на анализы крови.
- ❑ Ранние стадии гипотиреоза клинически чрезвычайно схожи с депрессивными расстройствами.