

# Содержание

Предисловие	9	Боль в животе	66
От авторов	10	<i>Боль в правом и левом верхних квадрантах живота</i>	68
<b>1. Общие расстройства</b>	<b>12</b>	<i>Боль в эпигастральной области</i>	70
<b>Клиническая картина</b>	<b>12</b>	<i>Разлитая боль в животе</i>	72
Утомляемость	12	<i>Боль в околопупочной области</i>	74
Лихорадка неясного генеза	14	<i>Боль в правом и левом нижних квадрантах живота</i>	76
Снижение веса	18	<i>Боль в области таза</i>	78
Увеличение веса	20	Желтуха и гипербилирубинемия	80
		Гепатомегалия	84
		Асцит	88
<b>2. Заболевания системы дыхания</b>	<b>22</b>	<b>Лабораторные исследования</b>	<b>90</b>
<b>Клиническая картина</b>	<b>22</b>	Повышенный уровень трансаминаз	90
Кашель	22	Повышение уровня щелочной фосфатазы	92
Одышка	24	<b>5. Заболевания почек</b>	<b>94</b>
Кровохарканье	26	<b>Признаки и симптомы</b>	<b>94</b>
Цианоз	28	Олигурия	94
<b>Лабораторные исследования</b>	<b>30</b>	<b>Лабораторные исследования</b>	<b>96</b>
Плевральный выпот	30	Гематурия	96
Гиперкапния	32	Протеинурия	98
<b>3. Сердечно-сосудистые расстройства</b>	<b>36</b>	<b>6. Нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния</b>	<b>100</b>
<b>Клиническая картина</b>	<b>36</b>	<b>Лабораторные исследования</b>	<b>100</b>
Боль в груди	36	Гипонатриемия	100
Артериальная гипотония	40	Гипернатриемия	104
Обморок	42	Гипокалиемия	106
Отеки	44	Гиперкалиемия	110
Артериальная гипертензия	46	Гипокальциемия	114
Сердечные шумы	50	Гиперкальциемия	118
<b>Лабораторные исследования</b>	<b>52</b>	Гипофосфатемия	122
Кардиомегалия	52	Гиперфосфатемия	124
		Гипомагниемия	126
<b>4. Заболевания желудочно-кишечного тракта</b>	<b>54</b>	Гипермагниемия	128
<b>Клиническая картина</b>	<b>54</b>	Ацидоз	130
Запор	54	Алкалоз	134
Диарея	56	<b>7. Заболевания системы крови</b>	<b>138</b>
<i>Острая диарея</i>	56	<b>Клиническая картина</b>	<b>138</b>
<i>Хроническая диарея</i>	58	Кровотечение	138
Желудочно-кишечное кровотечение	60		
Дисфагия	64		



**Клиническая картина:**

Боль в груди

Артериальная гипотония

Обморок

Отеки

Артериальная гипертензия

Сердечные шумы

**Лабораторные исследования:**

Кардиомегалия

**Клиническая картина:****Боль в груди**

1

Боль в груди — одна из самых частых жалоб, с которыми больные обращаются к врачу. Хотя причина боли может быть и ясной, но у значительного числа больных боль в груди бывает необычной. Так как ее причина может оказаться совершенно банальной, но может и угрожать жизни, то все больные, предъявляющие эту жалобу, подлежат тщательному и всестороннему обследованию. Любая структура грудной клетки, за исключением паренхимы легких и висцеральной плевры, легко реагирует на болевой раздражитель. Механизм боли при ишемии миокарда не вполне ясен, но считается, что она возникает из-за несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

2

У больного с жалобами на боль в груди крайне важно вовремя диагностировать ишемию миокарда. Указания в анамнезе на такие «типичные» проявления ишемии, как боли за грудиной давящего или сжимающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть, плечи или медиальную поверхность одного или обоих предплечий, требуют проведения тщательного обследования. Кроме того, должна настораживать боль, появляющаяся во время физической нагрузки, после обильной еды или на фоне сильных эмоций. Боль в покое, особенно по ночам, также может быть связана с ишемией из-за спазма коронар-

ных артерий. Больные с факторами риска должны быть обследованы на ишемическую болезнь сердца, даже если боль в груди у них не типична для стенокардии. К факторам риска относятся пожилой возраст, неблагоприятный семейный анамнез, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, курение и сахарный диабет.

3

Самым надежным ферментным индикатором инфаркта миокарда до последнего времени считалась креатинфосфокиназа (КФК). Повышение сывороточной активности ее специфической миокардиальной фракции (КФК-МВ) патогномично для повреждения миокарда. Активность КФК-МВ повышается через 1–3 часа после возникновения инфаркта миокарда, достигает пика между 12–14 часами, обычно возвращаясь к норме в течение 36 часов. Учитывая это, периодический контроль активности КФК-МВ в крови должен начинаться как можно раньше после начала ангинозного приступа. Сердечный тропонин I (сTn I) — чрезвычайно чувствительный индикатор повреждения миокарда. Он обнаруживается в крови спустя минуты после начала инфаркта, и потому — самый ранний из имеющихся в настоящее время маркеров инфаркта миокарда. Определение сTn I является методом выбора и может заменить определение активности КФК-МВ в качестве ферментного индикатора повреждения мышцы сердца. В течение 1–3 суток после развития инфаркта миокарда также повышается сывороточная активность аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ). К их определению можно прибегать в тех случаях, когда лабораторные исследования начаты после того, как пик активности КФК-МВ уже прошел и содержание ее нормализовалось.

4

При подозрении на ишемическую природу болей в груди, но отсутствии специфических изменений на электрокардиограмме или активности ферментов необходимо провести нагрузочные пробы. Стандартное исследование на бегущей дорожке предусматривает постепенное увеличение нагрузки до достижения частоты

сердечных сокращений в пределах 80–85% от рассчитанной максимальной. Депрессия сегмента ST электрокардиограммы на 1–2 мм во время проведения пробы говорит об ишемии миокарда в 75% случаев. Считается, что снижение сегмента ST больше чем на 2 мм увеличивает этот показатель до 95%. Чувствительность пробы с бегущей дорожкой может быть значительно снижена при исходных изменениях ЭКГ, вызванных приемом препаратов наперстянки, гипертрофией левого желудочка сердца (ГЛЖ), гипертрофией, блокадой левой ножки пучка Гиса, пролапсом митрального клапана или иными нарушениями проводимости. В таких случаях требуется применение других, более чувствительных методов оценки состояния миокарда, например, радионуклидных или эхокардиографических. Проведение нагрузочной пробы с таллием представляет собой стандартный тест на тредмиле, выполняемый после введения больному радиоактивного таллия. Таллий не поглощается плохо перфузируемыми участками миокарда, что повышает чувствительность нагрузочной пробы и способствует правильной интерпретации ее результатов при исходно измененной ЭКГ. В последнее время полезным инструментом диагностики ишемической болезни сердца стала стресс-эхокардиография. Метод сочетает проведение стандартной нагрузочной пробы на бегущей дорожке с последующим выполнением эхокардиографического исследования. Стресс-эхокардиография позволяет точно определять наличие и локализацию ишемизированных участков миокарда. В опытных руках стресс-эхокардиография может заменить пробу с таллием, что позволяет избежать введения больному радиоактивного изотопа. Холтеровское мониторирование позволяет установить, проявляется ли боль, которую больной испытывает в покое, ишемическими изменениями ЭКГ. Ожидаемое в будущем усовершенствование методов магнитно-резонансной томографии, а также позитронно-эмиссионной томографии позволит в еще большей степени повысить качество диагностики ишемии миокарда.



## Боль в груди (Продолжение)

**5** Если после сбора анамнеза и исключения факторов риска сердечное происхождение боли в груди представляется маловероятным, то следует выполнить всестороннее физикальное обследование с целью проведения дифференциального диагноза внесердечных причин боли в груди. К симптомам, которые могут быть выявлены у больного с болью в груди, относятся: одышка, учащенное дыхание, стридор, втяжение межреберных мышц, вовлечение в акт дыхания вспомогательных мышц, ослабление или отсутствие дыхательных шумов, сухие и влажные хрипы, лихорадка, кашель, кровохарканье и цианоз. Следует, однако, помнить, что многие из перечисленных физикальных симптомов могут иметь место и при ангинозной боли.

**6** При подозрении на тромбоэмболию легочной артерии инструментальную визуализацию легких обычно начинают с оценки вентилиционно-перфузионного отношения (ВПО) с помощью радионуклидного сканирования легких. Наличие дефектов перфузии на сканограмме позволяет заподозрить тромбоэмболию легочной артерии. Однако сканограмма легких может подобным же образом изменяться при многих других заболеваниях легких и плевры, поэтому положительный результат сканирования говорит лишь в пользу высокой вероятности тромбоэмболии легочной артерии. Окончательный диагноз тромбоэмболии может быть поставлен только на основании ангиографии легких. Если это возможно, то в самом начале исследования надо выполнить синхронизированную с дыханием магнитно-резонансную томографию (МРТ), которая позволяет диагностировать тромбоэмболию легочной артерии за один этап.

**7** Большинство больных пролапсом митрального клапана жалуется на периодически возникающие боли в груди. Иногда боль, обусловленная пролапсом митрального клапана, может быть неотличима от типичной ангинозной боли, хотя, как правило, первая бывает острее и более четко локализованной. Боль при пролапсе митрального клапана обычно не связана с физической нагрузкой и может продолжаться от нескольких минут до нескольких дней. Механизм возникновения боли не вполне ясен. Причинными факторами могут служить растяжение створок митрального клапана, спазм коронарных артерий и повышенное напряжение стенок левого желудочка.

**8** Поясывающий лишай (*herpes zoster*) до появления типичных кожных высыпаний может проявляться одной лишь болью в груди. Жгучий характер боли, ее локализация и возраст больного очень важны для постановки правильного диагноза. Часто наблюдается постгерпетическая невралгия, которая продолжается довольно долго после исчезновения кожных высыпаний.

**9** Реберный хондрит, или синдром Титце — одна из самых распространенных причин боли в груди. Боль возникает вследствие воспаления реберных хрящей. Реберный хондрит обычно обусловлен травмой или физической нагрузкой; он часто развивается после вирусных заболеваний. Чаще всего поражаются хрящи вто-

рых, третьих и четвертых ребер. Важным диагностическим признаком является точечная болезненность при непосредственной пальпации пораженного хряща. Часто в месте болезненности определяется припухлость хряща.

**10** Боль в груди может возникать при многих заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Чаще всего она наблюдается при патологии пищевода, желудка или желчного пузыря. Диагностика заболеваний ЖКТ включает в себя исследование верхних отделов пищеварительной системы, исследование моторики пищевода, проведение пробы Бернштейна, ультразвуковое исследование желчного пузыря и поджелудочной железы, а также радиоизотопное сканирование печени и желчевыводящих путей.

**11** Вариантная стенокардия, известная также как стенокардия Принцметала, проявляется болью в грудной клетке, возникающей, как правило, в покое. В момент приступа может отмечаться подъем сегмента ST на электрокардиограмме. Боль возникает вследствие ишемии миокарда; полагают, что эта ишемия обусловлена спазмом коронарных артерий. Спазм обычно возникает на фоне какого-либо локального повреждения венозной артерии. Боль купируется нитратами. Вариантная стенокардия обычно диагностируется на основании типичных изменений ЭКГ, зарегистрированной во время приступа. Спазм можно вызвать при проведении коронарографии, используя провокационную пробу с эргоновином.



# 8 Неврологические заболевания

## Клиническая картина:

Головная боль

Головокружение

Деменция

Нарушение сознания

Эпилептические припадки

## Признаки и симптомы

### Головная боль

**1** Вероятно, головная боль является наиболее распространенным симптомом. В США ежегодно более 40 млн обращений к врачам связаны с головной болью. Интенсивность боли, характер ее начала и локализация могут играть ключевую роль в диагностике. В костных структурах головы и паренхиме головного мозга чувствительная болевая иннервация представлена незначительно. Поэтому головная боль, вероятно, связана с раздражением других тканей головы и шеи. Источниками наиболее сильной боли являются артерии, черепно-мозговые нервы и твердая мозговая оболочка.

**2** Почти всегда головная боль при угрожающих жизни состояниях начинается внезапно или остро. Головная боль считается острой, если она продолжается менее одной недели. Однако часто от момента начала головной боли до обращения к врачу проходит всего несколько минут или часов. Головная боль также считается острой, если произошли внезапные изменения в характере или интенсивности хронической головной боли. В связи с возможными серьезными причинами головной боли больным показано тщательное и часто срочное обследование. Однако и в результате обследования жизнеугрожающие состоя-

ния выявляются реже чем в 5% случаев; и менее 15% случаев острой головной боли вызваны серьезными неврологическими заболеваниями.

**3** Очаговая неврологическая симптоматика — это симптомы и признаки, которые связаны с нарушением функций одной зоны ЦНС при относительной сохранности других функций. Чаще всего очаговая симптоматика заключается в нарушении двигательных и чувствительных функций, но следует также поискать более тонкие расстройства равновесия, памяти и когнитивных способностей.

**4** Большинство форм бактериального менингита сопровождаются общими симптомами: гипертермией, изменением психики и ригидностью затылочных мышц. Вирусные, грибковые и условно-патогенные инфекции менингеальных оболочек на ранних стадиях заболевания могут проявляться только головной болью. Чтобы исключить повышение внутричерепного давления или частичное смещение головного мозга, желательно перед люмбальной пункцией провести КТ. Однако при подозрении на бактериальный менингит люмбальную пункцию откладывать нельзя. Менингит, сопровождающий ВИЧ-инфекцию, в настоящее время стал объективной реальностью. При этом он может вызываться как другой вирусной или бактериальной инфекцией, так и самим вирусом иммунодефицита человека.

**5** Мигрень представляет собой распространенную форму боли сосудистого генеза (см. п. 11). В большинстве случаев она не сопровождается очаговой симптоматикой, хотя иногда все же развивается парез глазодвигательного нерва или другие очаговые признаки. Некоторые исследования выявили ишемические изменения

в пораженной зоне головного мозга. При редкой форме сочетанной мигрени наблюдается афазия, спутанность сознания, гемипарез или гемиплегия.

**6** Тромбоз любого крупного синуса твердой мозговой оболочки может развиваться спонтанно или быть результатом инфекции. Спонтанный тромбоз обычно случается во время беременности, в послеродовом периоде, при коллагенозах (особенно при системной красной волчанке), злокачественных новообразованиях и употреблении оральных контрацептивов. Инфекция поражает синусы твердой мозговой оболочки, непосредственно проникая через стенку синуса или дренирующей вены, а также в результате эмболизации вены. Инфекция может развиваться в любом синусе твердой мозговой оболочки, но чаще всего поражаются крупные парные синусы: боковые, кавернозные и каменистые. Тромбоз любого синуса представляет потенциальную опасность для жизни. Его нужно подозревать у любого больного с синусной инфекцией в случае внезапного ухудшения состояния.

**7** Краниальный артериит чаще всего встречается у больных старше 60 лет. Воспалительный процесс может развиваться в любой крупной краниальной артерии, но его излюбленным местом является височная артерия. Боль обычно интенсивная и локализуется в височной зоне лобно-затылочной области. Отмечается болезненность и уплотнение при пальпации пораженной артерии. Височный артериит часто сочетается с ревматической полимиалгией и при отсутствии лечения приводит к окклюзии артерий сетчатки и постоянной слепоте. Всегда повышается СОЭ, иногда до значений более 100 мм/час.

1

Головная боль





## Головная боль (Продолжение)

**8** Краниальная невралгия является результатом резких и очень сильных импульсов со стороны пораженных черепно-мозговых нервов. Чаще всего приходится сталкиваться с невралгией тройничного нерва или тригеминальной невралгией. Заболевание может быть связано со сдавлением нерва сосудами, с вирусной инфекцией и редко с опухолями гассерова узла. Невралгия других черепно-мозговых нервов (например, языкоглоточного и глазных) встречается крайне редко.

**9** Головная боль может быть связана с воздействием химических веществ и лекарственных препаратов. Среди химических веществ следует отметить бензин, нитраты, тирамин, глутамат натрия, окись углерода, инсектициды и свинец; а среди лекарственных препаратов — оральные контрацептивы, нитраты (нитроглицерин), индометацин, блокаторы кальциевых каналов, кофеин и этиловый спирт. Резкая отмена любого из названных лекарственных препаратов может повлечь за собой

головную боль. Примером этому может служить абстинентная головная боль после длительного употребления аспирина. Многие лекарственные формы аспирина содержат большое количество кофеина. Когда человек внезапно прекращает прием аспирина (и, следовательно, кофеина), возникает головная боль. Обычно это связано с изменением притока крови к краниальным структурам.

**10** Частой причиной головной боли являются экстракраниальные (общие) инфекции. С ними связано около 40% случаев острой головной боли. Генерализованные вирусные и бактериальные инфекции, так же как и инфекции в любой области могут сопровождаться головной болью. При этом на первый план выступают гипертермия, вялость и анорексия.

**11** Мигрень характеризуется сильной головной болью, которая сопровождается общими неврологическими симптомами. К последним относятся зрительная аура, гемианопсия, головокружение, аномальные вкусовые ощущения и запахи. Иногда развиваются атаксия и общие

нарушения чувствительности. Может наблюдаться и очаговая симптоматика (см. п. 5). Типичные атаки мигрени состоят из четырех фаз. Первая фаза — это продромальный период, который продолжается до 24 часов и характеризуется изменением настроения, сонливостью и потерей аппетита. Вторая фаза проявляется неврологической симптоматикой. Третья фаза начинается с убывания неврологических симптомов и появления сильной головной боли в одной из лобно-височных областей. Головная боль сопровождается фотофобией, тошнотой, рвотой и непереносимостью шума. Без лечения головная боль может продолжаться от 4 часов до нескольких дней. Последняя фаза наступает с прекращением головной боли и характеризуется ощущением крайней усталости и иногда болезненностью кожи на волосистой части головы. Этиология мигрени неизвестна. Однако отмечена связь мигрени с изменением кровотока в коре больших полушарий. Атаки мигрени иногда напоминают серьезные неврологические заболевания. Их нужно исключить прежде, чем поставить диагноз “мигрень”.

