

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета

И.А. Горбачева, Ю.А. Сычева

**СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ
В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

*Учебно-методическое пособие
для студентов и клинических ординаторов
медицинских ВУЗов*



**Санкт-Петербург
РИЦ ПСПбГМУ
2016**

Авторы:

профессор *И.А. Горбачева*, доцент *Ю.А. Сычева*

Рецензенты:

зав. кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, д-р мед. наук, профессор *И. Н. Антонова*
д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова *С.Я. Батазов*

Утверждено на заседании ЦМК стоматологического факультета ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Протокол № 3 от 20.05 2016.

Горбачева И.А.

Симптомы и синдромы в области головы и шеи при патологии внутренних органов : учебно-методическое пособие / И.А. Горбачева, Ю.А. Сычева. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2016. – 54 с.

В пособии представлены основные симптомы и синдромы соматических заболеваний, проявляющиеся в области головы, шеи и полости рта.

Предназначено для студентов и клинических ординаторов медицинских ВУЗов.

Содержание

Симптомы и синдромы в области головы и шеи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.....	4
Именные синдромы и симптомы в области головы и шеи при заболеваниях сердечно-сосудистой систем	13
Симптомы и синдромы в области головы и шеи при болезнях органов дыхания.....	17
Именные синдромы и симптомы головы и шеи при патологии легких, плевры, диафрагмы.....	22
Симптомы и синдромы в области головы и шеи при патологии органов желудочно-кишечного тракта.....	24
Именные синдромы и симптомы в области головы и шеи при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.....	33
Синдромы и симптомы в области головы и шеи при заболеваниях крови	36
Тесты	47
Ситуационные задачи	52
Рекомендуемая литература.....	54

Симптомы и синдромы в области головы и шеи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Клинические симптомы

Головная боль

Головная боль (цефалгия) – это острая рецидивирующая или хроническая боль в области головы с очаговыми симптомами или без них. Головная боль – боль в области лица и черепа.

Сосудистые головные боли

Головные боли возникают при артериальной гипертензии. Приступообразная головная боль возникает преимущественно в затылочной области, реже – в височной и теменной, сопровождается повышением артериального давления.

Головная боль появляется и при артериальной гипотонии. При артериальной гипотонии обычно она связана с регионарной или диффузной ишемией мозга. В этом случае она – тупая, давящая, может быть диффузной.

Головокружение

По современным представлениям под головокружением понимают иллюзорное движение неподвижной окружающей среды в любой плоскости, а также ощущение движения или вращения собственного тела из-за несогласования информации, поступающей от сенсорных систем каждой половины тела.

Головокружение подразделяют на вестибулярное и невестибулярное, системное и несистемное.

Системное, истинное головокружение (вертиго) характеризуется ощущением вращения, падения, раскачивания или наклона окружающих предметов.

Несистемным головокружением называют ощущение тяжести в голове, пелена или потемнение в глазах, дурнота, предобморочные состояния и другие. При нем нет вестибулярной симптоматики.

Выделяют три основных патофизиологических механизма при сердечно-сосудистых заболеваниях, приводящих к головокружению за счет уменьшения мозгового кровотока: аритмии, гипотензия различного генеза и снижение сердечного выброса (например, при аортальном стенозе или тяжелой стадии сердечной недостаточности). Головокружение является лишь одним из многочисленных симптомов.

Носовые кровотечения

Кровотечения из полости носа не являются самостоятельным заболеванием, а считаются лишь дополнительным симптомом патологии общего или местного характера (рис. 1).

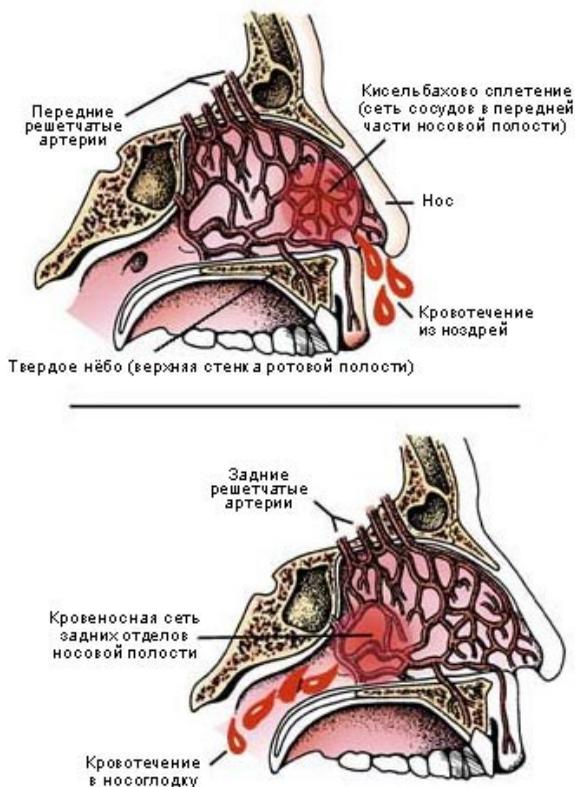


Рис. 1. Зоны носового кровотечения (ссылка [www. sportmedicine.ru](http://www.sportmedicine.ru))

Зоны, наиболее частые источники носового кровотечения:

– передне-нижняя (зона Киссельбаха – Литтла). Источники носового кровотечения этой зоны – сосуды передне-нижнего отдела перегородки носа;

– передне-верхняя (этимоидная). Носовое кровотечение этого участка происходит из решетчатых артерий, оно возникает при травмах головы с повреждением сосудов решетчатой кости;

– заднелатеральная зона. Носовое кровотечение возникает из расширенных вен латеральной стенки полости носа, располагающихся под задним концом нижней носовой раковины;

– задняя перегородочная зона. Кровотечение начинается из бассейна основно-небной артерии.

Обильные носовые кровотечения из заднелатеральной и задней перегородочной зон часто возникают у больных с артериальной гипертензией. Это обусловлено повышением внутрисосудистого давления и сниженной сократимостью сосудистой стенки.

Нарушение голоса

Может наблюдаться при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: аневризма восходящего отдела аорты, митральный стеноз и экссудативный перикардит.

Осиплость голоса наблюдается при аневризме восходящего отдела аорты из-за сдавления возвратного нерва. Если аневризма сдавливает верхнюю полую вену, появляются отеки лица и шеи, если симпатический ствол – синдром Горнера (энофтальм, миоз, птоз века).

При митральном стенозе голос может изменяться из-за развития легочной гипертензии, которая проявляется повышением давления в легочных артериолах (рефлекс Китаева), застоем крови в легочных венах и слизистой оболочке дыхательных путей.

Осиплость или потеря голоса иногда возникает при значительном выпоте при экссудативном перикардите за счет давления на возвратный нерв, помимо этого у пациентов может появиться затрудненное и болезненное глотание вследствие давления на блуждающий нерв или пищевод, икота – при раздражении диафрагмального нерва. Также при экссудативном перикардите отмечается набухание шейных вен, одутловатость лица, одышка, боли в области сердца, увеличение размеров сердца, снижение артериального давления, увеличение печени, отеки.

Одышка

Одышка – затрудненное дыхание с изменением частоты, глубины и ритма, проявляющееся субъективным ощущением нехватки воздуха. Это – наиболее раннее и постоянное проявление заболеваний сердца (ИБС, ГБ, врожденных и приобретенных пороков сердца, миокардиопатий и др.), протекающих с недостаточностью кровообращения. Одышка зависит от нарушения кровообращения, в первую очередь – в малом круге. Нарушение сократимости левого желудочка и расслабления его в диастолу приводит к повышению давления в легочных капиллярах. При застое крови в малом круге происходит снижение парциального давления кисло-

рода и повышение содержания углекислоты в крови, что приводит к раздражению дыхательного центра, углублению и учащению дыхания. Сердечная одышка характеризуется чувством нехватки воздуха, отсутствием удовлетворительности от вдоха, является инспираторной. Нарушения дыхания в обе фазы, то есть смешанная одышка, встречаются при формировании «легочного сердца» с правожелудочковой недостаточностью.

Сердечная одышка возрастает при физической нагрузке. Она усиливается при горизонтальном положении больного, когда увеличивается приток крови в малый круг, создается в нем венозное полнокровие. Это вынуждает пациента находиться в сидячем или полусидячем положении – ортопноэ.

Быстро развивающаяся и очень сильная одышка, при которой больной буквально задыхается, называется удушьем. Инспираторное удушье, периодически и внезапно наступающее у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями вследствие острой левожелудочковой недостаточности, называется сердечной астмой. Застой и повышение давления крови в малом круге кровообращения способствуют пропотеванию жидкости из капилляров в альвеолы и развитию отека легких.

Изменение цвета кожи

Окраска нормальной кожи связана с наличием эпидермального меланина, «красного» (оксигенированного) гемоглобина в артериях, «голубого» (деоксигенированного) гемоглобина в венах и кератиноидов (веществ желтого цвета).

При сердечно-сосудистых заболеваниях может быть *цианоз*.

Цианоз (синюха) – синюшная окраска кожи и слизистых оболочек, обусловленная повышением содержания в крови восстановленного (деоксигенированного) гемоглобина. Цианоз возникает, когда концентрация в капиллярной крови восстановленного гемоглобина составляет более 50 г/л (норма – менее 30 г/л).

Различают цианоз острый или хронический и центральный (диффузный) или периферический (акроцианоз).

Центральный цианоз характеризуется повышением в капиллярной и в артериальной крови концентрации восстановленного гемоглобина. Это обусловлено недостаточной оксигенацией крови кислородом. Цианоз развивается из-за смешения венозной и артериальной крови в левых отделах сердца или артерио-венозных шунтах легких или препятствия притока венозной крови к легким или недостаточного снабжения легких кислородом.

При острой левожелудочковой недостаточности (сердечной астме и отеке легких) центральный цианоз развивается остро. Когда цианоз нарастает постепенно, по мере прогрессирования хронической болезни, его называют хроническим.

При аномалиях развития сердца и сосудов (врожденных пороках сердца: открытом Боталловом протоке, дефекте межпредсердной или межжелудочковой перегородки, когда происходит сброс крови справа налево; комбинированных врожденных пороках сердца типа: триада, тетрада, пентада Фалло, комплекс Эйзенменгера), встречающихся в педиатрической практике, а также при правожелудочковой сердечной недостаточности отмечается появление хронического диффузного цианоза.

Триада Фалло – «синий» порок сердца, имеет три морфологических компонента: стеноз легочной артерии, дефект межпредсердной перегородки и гипертрофию правого желудочка.

Тетрада Фалло представляет собой комплексную врожденную патологию сердца: стеноз легочной артерии, дефект межжелудочковой перегородки, декстрапозиция аорты, гипертрофию правого желудочка.

Пентада Фалло – это врожденный порок сердца, обусловленный стенозом легочного ствола, дефектом межжелудочковой перегородки, декстрапозицией аорты, дефектом межпредсердной перегородки и гипертрофией правого желудочка.

Комплекс Эйзенменгера представляет собой сочетание декстрапозиции устья аорты, дефекта межжелудочковой перегородки и гипертрофии правого желудочка.

Для периферического цианоза свойственно повышение количества восстановленного гемоглобина только в капиллярной крови в местах замедленного кровотока. При хронической сердечной недостаточности различного генеза после снижения сердечного выброса возникает компенсаторная кожная вазоконстрикция, в результате которой происходит перераспределение крови для поддержания кровообращения в жизненно-важных органах, таких как ЦНС, сердце и другие. Периферическая синюха (acroцианоз) характеризуется изменением цвета губ, кончика носа, ушных раковин, подногтевых пространств, они становятся синюшными (рис. 2).

Выраженный акроцианоз сочетается с похолоданием конечностей. Даже если насыщение артериальной крови кислородом остается в норме, уменьшение объема крови, протекающей через кожу, и снижение объема кислорода в венозном капилляре приводят к появлению цианоза.



Рис. 2. Внешний вид больной ИБС с акроцианозом

У некоторых больных с пороками митрального клапана (недостаточностью и стенозом митрального клапана) появляется цианотичный румянец в области щек – митральное лицо (*facies mitrales*), когда на фоне бледной кожи лица четко определяется «митральная бабочка» с цианотичными губами и цианозом кончика носа и ушных раковин. Этот признак развивается из-за выраженной левожелудочковой недостаточности и более характерен для митрального стеноза.

При пороках аортального клапана, особенно стенозе, обращает на себя внимание характерная бледность кожных покровов («аортальная бледность»), обусловленная снижением сердечного выброса, затруднением тока крови из левого желудочка в аорту и возникающей на этом фоне склонностью периферических сосудов к вазоконстрикторным реакциям. На более поздних стадиях заболевания, когда нарастают выраженные признаки левожелудочковой сердечной недостаточности, возникает акроцианоз.

Цвет кожи «кофе с молоком» наблюдается при септическом эндокардите. Кожа бледная с желтоватым оттенком. Такие изменения кожи обусловлены анемией и умеренной билирубинемией в связи с небольшим гемолизом эритроцитов на фоне интоксикации.

Лекарственная пигментация кожи

При лечении кордароном, препаратом, который широко применяется при нарушениях ритма, происходит изменение цвета кожи. Для развития

пигментации имеет большое значение длительность приема и дозы препарата, а также чувствительность кожи. В гистиоцитах дермы накапливается пигмент, подобный липофусцину. Кожа сначала окрашивается в темно-красный цвет, затем – серо-синий или аспидно-голубой. Пигментация локализуется преимущественно на открытых участках (лицо, руки). Препарат медленно вымывается из лизосомных мембран, пигмент исчезает через год или более после отмены кордарона.

Другие изменения на коже у больных с сердечно-сосудистой патологией

При осмотре больного, независимо от локализации атеросклеротического процесса, выявляются характерные «внешние» признаки атеросклероза. Появляются признаки выраженного и нередко преждевременного старения, несоответствие внешнего вида и возраста человека (пациент выглядит старше своих лет), раннее поседение волос на голове и передней поверхности грудной клетки (особенно у мужчин).

На коже лба, в области туловища, живота, в области разгибательных поверхностей суставов появляются множественные ксантомы – папулы желтого цвета, содержащие липиды. В области век располагаются желтые липидные пятна – ксантелазмы. Ксантомы и ксантелазмы являются отражением гиперхолестеринемии и дислипидемии (рис. 3, 4).



Рис. 3. Ксантелазмы в области века глаза



Рис. 4. Ксантома в области разгибательной поверхности пястно-фалангового сустава

Изменения в полости рта

У 10-40% больных с инфекционным эндокардитом обнаруживается геморрагическая сыпь. Отдельные или множественные петехии, возникающие вследствие тромбоцитопении на фоне интоксикации, часто выявляются на слизистой оболочке полости рта (в области щек, десен, нёба), в околоногтевых и подногтевых пространствах (пятна Джейнуэя).

Изменение языка

Макроглоссия (увеличение языка) возникает при правожелудочковой недостаточности. При выраженном венозном застое могут отмечаться увеличенный язык серо-синей окраски и другие признаки правожелудочковой недостаточности (увеличение печени, асцит, отеки, гидроторакс, гидроперикард, анасарка, набухание и пульсация шейных вен). Правожелудочковая недостаточность возникает при ИБС, врожденных и приобретенных пороках сердца, перикардитах, кардиомиопатиях и др.

Отеки

Отеки – избыточное количество жидкости в тканях организма и серозных полостях.

Чаще всего они встречаются как проявление хронической сердечной правожелудочковой недостаточности. У больных выявляются различные заболевания сердца (пороки сердца, ИБС, ГБ, аневризма сердца, кардиомиопатия и другие). Определяются увеличение сердца той или иной степени, гепатомегалия. Часто отмечаются аритмии, особенно – мерцание или трепетание предсердий.

В патогенезе хронической сердечной недостаточности принимают участие кардиальные и нейрогуморальные механизмы компенсации. При снижении сердечного выброса у больных с сердечной недостаточностью активируются барорецепторы синокаротидной зоны и дуги аорты, происходит активация симпатoadреналовой системы, вследствие стимуляции β -адренорецепторов юктагломерулярного аппарата почек активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и увеличение объема циркулирующей крови, увеличение общего периферического сосудистого сопротивления, также повышается секреция антидиуретического гормона (вазопрессина), нарушается функционирование системы натрийуретических пептидов, возникает дисфункция эндотелия, гиперпродукция провоспалительных цитокинов (в первую очередь, фактора некроза опухоли- α), активация апоптоза кардиомиоцитов.

Отеки связаны с замедлением кровотока и трансудации жидкости в ткани, недостаточной гормональной регуляцией водно-солевого обмена, длительным венозным застоем в большом круге кровообращения, который приводит к снижению функции печени и выработке ею альбуминов, вследствие чего снижается онкотическое давление плазмы крови.

Невидимые отеки могут быть скрытыми, они не видны при задержке жидкости в организме до 5 л.

Развитию «сердечных» отеков, как правило, предшествует одышка. Видимые отеки нарастают медленно, распространяются снизу вверх. Они симметричны, мало смещаются. Учитывается зависимость отеков от положения тела: появление на ногах у ходячих и на пояснице у лежащих больных. Отеки обычно сильнее к вечеру, их характеризует тестоватая консистенция. При надавливании на кожу, на ней остается долго не исчезающая ямка: у ходячих больных – над большеберцовой костью, у лежащих – в области поясницы. Кожа над областью отеков холодная и цианотичная. При длительном существовании отеков возникают трофические изменения кожи, трещины, дерматиты.

В выраженных случаях (при анасарке) внешние отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке, молочных железах, поясничной области сочетаются с асцитом (в брюшной полости может накопиться 5-10 л трансудата), с гидротораксом, чаще – правосторонним (по 2-3 л трансудата с каждой стороны), реже – с перикардитом (накопление до 1 л жидкости в полости перикарда).

Для суждения о степени выраженности отеков необходимо регулярно взвешивать больного, кроме этого, следить за количеством выпитой жидкости и выделенной мочи.

«Синдром верхней полой вены» проявляется регионарной венозной гипертензией верхней половины тела и возникает при нарушении кровотока по стволу верхней полой вены. Причинами развития этого синдрома являются выпотной и констриктивный перикардиты, аневризма дуги аорты. Констриктивный перикардит развивается после операций, в результате туберкулезного, гнойного, вирусного, ревматического перикардита и других причин. У больных определяется набухание шейных вен, которые увеличиваются при вдохе. Пациентов беспокоит постоянная одышка, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке. Выявляются отечность лица и шеи («консульская голова», «воротник Стокса») и цианоз лица. На поздних стадиях заболевания возникают выраженные признаки сердечной недостаточности (массивные отеки, анасарка).

Больной с медиастинальным **синдромом**: отмечают отечность лица, утолщение шеи, выбухание в области надключичных ямок, обусловленные сдавлением **верхней полой вены**

Именные синдромы и симптомы в области головы и шеи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Симптом Огля – признак экссудативного перикардита, проявляется набуханием шейных вен без их пульсации.

Симптом Куссмауля – парадоксальное набухание шейных (яремных) вен во время вдоха. В норме во время вдоха опорожнение верхней полой вены в правое предсердие, при экссудативном перикардите опорожнение из верхней полой вены затруднено, так как правые отделы сердца сдавлены выраженным экссудатом.

Симптом Фридрейха – признак слипчивого перикардита, когда происходит спадение шейных вен в диастолу.

Симптом «пляска каротид» – при недостаточности полулунных клапанов аорты хорошо видна пульсация сонных артерий в сидячем положении.

Симптом «пульсирующего человека» – при недостаточности клапана аорты у некоторых людей наблюдается одновременная пульсация всех крупных артерий – пульсовое дрожание.

Симптом де Мюссе (по имени французского писателя Альфреда де Мюссе, страдавшего недостаточностью клапана аорты сифилитического генеза) – ритмичное качание головой вперед и назад синхронно систоле и диастоле.

Синдром Снеллена – пульсация артерий сетчатки глаза наблюдается при недостаточности аортального клапана.

Симптом Ландольфи – систолическое сужение и диастолическое расширение зрачков при недостаточности клапана аорты.

Симптом Мюллера – при недостаточности клапана аорты происходят ритмичная пульсация и расширение языка и миндалин.

Симптом Квинке – это чередование бледного и красного (розового) цвета кожи или видимых слизистых оболочек полости рта. Симптом выявляют, надавливая на нижнюю губу предметным стеклом или после растирания кожи лба (гиперемированная зона будет ритмично менять интенсивность гиперемии). Симптом выявляют при недостаточности клапана аорты.

Все эти симптомы обусловлены систоло-диастолическим перепадом давления в артериальной системе.

Симптом Ортнера – характеризуется охриплостью голоса в связи со сдавлением возвратного нерва из-за резкого увеличения левого предсердия и нарушением глотания на фоне сдавления пищевода. Отмечается при митральном стенозе.

Синдром пятна Рота – при септическом эндокардите обнаруживаются округлые ретинальные петехии с белым центром.

Симптом Лукина – Либмана – появляются точечные геморрагии на конъюнктиве и переходных складках век, характерно для инфекционного эндокардита.

Симптом «барабанных палочек» – утолщение концевых фаланг пальцев на руках в виде барабанных палочек, появляется при затяжном течении инфекционного эндокардита, при любых хронических гипоксических состояниях.

Симптом «лицо Корвизара» – лицо одутловато, кожа бледно-желтушная с синюшным оттенком, выраженный акроцианоз, веки слипа-

ются, глаза тусклые, рот приоткрыт. Развивается у больных с хронической сердечной недостаточностью различного генеза.

Симптом Франка (в отечественной литературе его иногда называют признаком Халфена) – на мочке уха возникает вертикальная или диагональная складка. Симптом является относительным признаком атеросклероза.

Симптом Габриели – проявляется обильным ростом волос на ушных раковинах. Симптом относителен и ему можно придавать значение при уже установленном диагнозе атеросклероза.

Симптом arcus senilis (старческая дуга) – по краю радужной оболочки глаза появляется серовато-дымчатое, матовое кольцо, обусловленное отложением холестерина. Симптом относится к группе «внешних» признаков атеросклероза.

Синдром Хортана – неспецифический гигантоклеточный васкулит («височный артериит»). Относится к группе системных васкулитов с аутоиммунным патогенезом. Считается редким заболеванием. Начало заболевания характеризуется волнообразной лихорадкой, слабостью, мышечными болями. Пораженные артерии (чаще височные) утолщены, болезненны, кожа над ними гиперемирована. Постепенно пульсация этих артерий ослабевает и даже полностью прекращается. При заболевании типично появление слабости и быстрой утомляемости жевательных мышц. Больные отмечают, что они не могут долго жевать, некоторые пациенты жалуются на боли в языке. Возможно нарушение зрения, вплоть до слепоты, из-за ишемии и атрофии зрительного нерва. При поражении артерий мозга и шеи возникает ишемия с очаговой неврологической симптоматикой.

Синдром или болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит) – редкое сложное заболевание сосудов, при котором возникает поражение аорты и ее крупных ветвей плечевых и сонных артерий с развитием окклюзии сосудов и отсутствием пульса на одной или обеих руках. Синдром проявляется недостаточностью кровообращения головного мозга, рук, органов зрения. Беспокоит головная боль, обмороки, ухудшение памяти, внимания и работоспособности, пошатывание при ходьбе, нарушение зрения, слабость и парестезии рук, потеря веса, отсутствие пульса на одной или обеих сонных артериях, подключичной, лучевой и плечевой артериях, понижение АД на ногах.

Синдром «бритья» – внезапное наступление слабости в кисти при повороте головы в сторону во время бритья, наблюдается при тромбозе общей сонной артерии. Пациент при этом роняет бритву.

Синдром Педжета – Шреттера характеризуется развитием острого тромбоза подключичной вены. Быстро развивается плотный отек руки от плеча до кисти. Острый тромбоз провоцируется физической перегрузкой («тромбоз усилия»).

Синдром Шая – Дрейджера – представляет собой сочетание ортостатической гипотензии с экстрапирамидными симптомами и расстройствами мозжечковой функции. В основе заболевания лежит прогрессирующая дегенерация нейронов некоторых областей ЦНС и регулирующих сосудистый тонус. У больных возникают частые обмороки, даже когда пациент просто садится в постели, после еды, в жаркую погоду, у больного человека нарушается речь, меняется походка.

Симптом Оливера – Кардарелли возникает при аневризме дуги аорты. Вследствие передачи пульсации аневризмы аорты на бронх, трахею и гортань возникает смещение гортани при систоле сердца.

Симптом триада Горнера – клинический синдром, вызванный поражением симпатической нервной системы. Имеет три компонента: опущение верхнего века (птоз), сужение глазной щели (энофтальм), сужение зрачка (миоз). Симптом возникает при аневризме аорты.

Синдром сонной артерии – тромбоз проксимального отдела сонной артерии, проявляется сжимающими волнообразными болями на лице со стороны поражения, шее, парестезией языка, тихой речью, болями в животе, мышцах.

Симптом Рейтера (симптом василька). В результате передозировки препаратом наперстянки возникает расстройство цветоощущения, в поле зрения больного наблюдаются синие неподвижные небольшие звездочки.

Симптом Ашнера – Даньини (проба) – уменьшение частоты сердечных сокращений при давлении на глазные яблоки. Проба выполняется в положении больного горизонтально. В течение 30 секунд большими пальцами надавливают на закрытые глаза больного под верхними надглазничными дугами. Проба используется для купирования приступа пароксизмальной тахикардии. Проба противопоказана при сильной близорукости и наличии глазных болезней.

Симптомы и синдромы в области головы и шеи при болезнях органов дыхания

Клинические симптомы

Кашель с мокротой

Кашель – резкое внезапное выдыхательное движение, которое позволяет очищать дыхательные пути. Он является рефлекторным способом защиты легких и дыхательных путей.

Кашель возникает при воспалительных заболеваниях легких при бронхитах, бронхиальной астме, при пневмониях, бронхоэктатической болезни, при туберкулезе, при раке легкого, при абсцессе и гангрене легкого.

При нем часто появляется мокрота – смесь слизи, отмерших клеток, инородных частиц и микробов, выбрасываемых легкими. Желтоватый, зеленый или коричневый цвет свидетельствует о бактериальной инфекции. Прозрачная, белая или водянистая мокрота указывает на вирусную инфекцию, аллергию или раздражение. Слизистая мокрота выделяется в первые дни при остром и хроническом бронхите, вязкая слизистая «ржавая» мокрота – при крупозной пневмонии, стекловидная – при бронхиальной астме, гнойная мокрота – при гнойных процессах в легких (абсцесс, бронхоэктазы и т. д.). Двухслойная мокрота характерна для абсцесса легкого, а при гангрене – мокрота имеет 3 слоя: верхний – пенистый со слизисто-гнойными включениями, средний – жидкий, нижний – рыхлый, хлопьевидный.

Коричневая мокрота является результатом разложения гемоглобина до гематина при крупозной пневмонии. Кровянистая мокрота наблюдается при туберкулезе легких и раке легкого, при отеке легкого выделяется пенящаяся серозная мокрота розового цвета. Ее окрашивание обусловлено проникновением эритроцитов через стенку альвеол из-за венозного полнокровия в малом круге кровообращения.

Кровохарканье

Кровохарканье – примесь крови к мокроте от единичных вкраплений, прожилок до равномерного окрашивания, как, например, мокрота типа «малинового желе» при раке легкого.

Последние исследования показали, что две самые частые причины кровохарканья – это бронхоэктазы и рак легкого.

Туберкулез также входит в число частых причин кровохарканья. Кровохарканье может развиваться и при тромбоэмболии легочной артерии.

Одышка

Одышка (диспноэ) – неприятное ощущение затрудненного дыхания, сопровождающееся ощущением нехватки воздуха и недостаточной глубиной вдоха. Это несознательное нарушение дыхания, имеющее субъективный элемент. По отношению к отдельным фазам дыхания различают три вида одышки. Экспираторная одышка характеризуется затрудненным выдохом, она появляется при сужении (спазме) мелких бронхов, встречается при бронхиальной астме различной степени тяжести, ХОБЛ. Инспираторная одышка, для которой характерно чувство нехватки воздуха на вдохе, возникает при снижении растяжимости (рестрикции) легочной ткани или наличии препятствия для дыхательных движений. Инспираторная одышка наблюдается при пневмофиброзе легких. Затрудненный шумный вдох возникает при механическом препятствии в верхних дыхательных путях. Такая одышка может наблюдаться при сдавлении крупного бронха опухолью, стенозе гортани, аллергическом отеке гортани (отеке Квинке), попадании инородного тела в трахею, рубцовом стенозе трахеи. В таких случаях дыхание называют еще стридорозным: вдох сопровождается слышимым на расстоянии «скрипучим» шумом. Смешанная одышка характеризуется затруднением, как вдоха, так и выдоха, характерна для патологических процессов, уменьшающих дыхательную поверхность легких, наблюдается при туберкулезе, ателектазе, пневмотораксе, массивных экссудативных плевритах, при тяжелых пневмониях, эмболиях крупных ветвей легочной артерии.

Удушье – резко выраженное внезапное ощущение нехватки воздуха. Удушье, наступающее приступами, получило название астмы.

Экспираторное удушье возникает при бронхиальной астме, инспираторное – при сердечной.

Изменение кожи

Бледность и гиперемия лица наблюдаются при крупозной пневмонии, характерны гиперемия щеки на стороне поражения, бледность носогубного треугольника, herpes simplex на губах.

Желтушность лица и кожных покровов может развиваться при тяжелом течении крупозной пневмонии в связи с гемолизом эритроцитов и выраженной интоксикацией.

Бледность лица отмечается при туберкулезе, раке легких, так как при этих заболеваниях часто развивается анемия.

Синюшное окрашивание лица, шеи, всех кожных покровов возникает при различных заболеваниях органов дыхания на фоне дыхательной недостаточности. При заболеваниях легких развивается истинный диффузный

(центральный) цианоз. Выраженность цианоза зависит от присутствия того или иного пигмента кожи, окраски плазмы крови, толщины кожи, а также состояния ее капилляров. Насыщенность цвета колеблется от пепельно-серой до почти черной окраски с оттенками от голубоватого до фиолетового цвета. При тяжелых пневмониях, при отеке легких, при тромбозах легочной артерии, при наличии препятствия в дыхательных путях (глотке, гортани, трахеи, в крупном бронхе), при спонтанном пневмотораксе цианоз возникает остро. При хронических обструктивных заболеваниях легких, бронхиальной астме, при эмфиземе, хроническом легочном сердце, бронхоэктатической болезни и других патологиях цианоз нарастает постепенно, по мере прогрессирования хронических заболеваний легких. Такой цианоз получил название хронический. Кожные покровы у больных с хроническим диффузным цианозом преимущественно теплые.

Вследствие длительной гипоксемии, у этих больных нередко выявляются пальцы в виде «барабанных палочек» с утолщением концевых фаланг и ногтей в виде «часовых стекол» с утолщением последних, развивается вторичный эритроцитоз крови, повышается показатель концентрации гемоглобина в крови и гематокрита.

Механизм формирования «барабанных палочек» неясен. Эти изменения возникают вторично и связаны с хронической гипоксией тканей, которая способствует развитию дилатации сосудов в области кончиков пальцев и приводит к буллезному увеличению дистальных сегментов пальцев рук вследствие разрастания мягких тканей. Симптом «барабанные палочки» имеет большое значение для диагностики истинного цианоза.

Лекарственные пигментации кожи нередко встречаются у больных с хроническими бронхо-легочными заболеваниями.

Примером лекарственной пигментации может служить применение полусинтетических антибиотиков из группы тетрациклинов. Миноциклин обычно вызывает пигментацию кожи при приеме дозы более 50 г. Коричневый железосодержащий пигмент накапливается в гистиоцитах кожи и изменяет ее цвет от серо-синего до аспидно-серого. Изменение цвета кожи определяется в области лица, особенно вокруг глаз, твердого нёба, разгибательной поверхности ног, тыльной стороны стоп, в области старых рубцов. После отмены препарата цвет кожи постепенно восстанавливается через несколько месяцев. Также длительное лечение моноциклином может привести к изменению естественного цвета эмали зубов на голубой.

Лекарственная пигментация возникает при применении противоопухолевого антибиотика блеомицина. При лечении блеомицином наблюда-

ется накопление меланина в коже шеи и спины, а также в области суставов: локтевых и мелких кистей. Желто-коричневое или коричневое окрашивание кожи часто сопровождается зудом, а на местах расчесов возникают пигментированные участки, напоминающие следы после избиения хлыстом.

Изменения кожи при туберкулезе

Туберкулез кожи – это группа дерматозов, возникновение и развитие которых обусловлено проникновением в кожу и подкожную клетчатку туберкулезных микобактерий (бактерия Коха). Туберкулезное поражение кожи почти во всех случаях является вторичным. Возбудитель попадает на слизистую оболочку полости рта или в кожу чаще через кровь или лимфу из какого-либо туберкулезного очага во внутренних органах. Различают очаговые (вульгарная волчанка, скрофулодерма, бородавчатый и язвенный туберкулез) и диссеминированные (папулонекротический туберкулез и индуративная эритема) формы туберкулеза кожи.

Скрофулодерма (колликвативный туберкулез кожи) – самая частая форма туберкулеза кожи. Наблюдается преимущественно у детей и подростков, страдающих туберкулезом подкожных лимфатических узлов, с которых процесс переходит на подкожную жировую клетчатку. В подчелюстной области, на шее, груди, конечностях возникают единичные или множественные синюшно-красные узлы с последующим размягчением в центре и образованием глубоких безболезненных язв с нависающими неровными краями, соединенных в глубине клетчатки между собой свищевыми ходами. После заживления язв остаются неправильные грубые бахромчатые («лохматые») рубцы. У больных скрофулодермой часто находят активный туберкулезный процесс в легких.

Язвенный туберкулез кожи наблюдается у больных с активным туберкулезным процессом в легких, кишечнике, почках. Поражение кожи возникает в результате попадания мокроты, которая содержит туберкулезные микобактерии. На коже возникают небольшие мягкие безболезненные язвы с нависающими краями и неровным дном, с мельчайшими абсцессами (точки Треля). Дно язв может покрываться корками.

Люпоидный туберкулез кожи (туберкулезная или обыкновенная волчанка) чаще встречается у детей в возрасте 5-15 лет, реже – у пожилых людей. Характеризуется длительным и упорным течением. На коже носа, верхней губы, красной каймы появляются бугорки (люпомы) величиной от булавочной головки до горошины, безболезненной, мягкой консистенции, бледно-красного цвета с желтоватым оттенком. В последующем лю-

помы распадаются с образованием язв, после заживления которых остаются белые рубцы.

Бородавчатый туберкулез кожи возникает при внешнем инфицировании кожи и связан с профессией. Нечасто встречается у патологоанатомов. Обычно на пальцах рук или тыле кисти образуется небольшой безболезненный инфильтрат синюшно-красного цвета с бородавчатыми разрастаниями, впоследствии подвергающийся рубцеванию.

При диссеминированных формах туберкулеза кожи отмечаются изменения на коже туловища и конечностях.

Изменения в полости рта

Цианоз видимых слизистых оболочек возникает при различных заболеваниях легких и дыхательной недостаточности. Цвет слизистых изменяется вместе с кожей как проявление диффузного цианоза.

Для лечения многих заболеваний органов дыхания применяются антибиотики и кортикостероиды. Длительный прием препаратов нарушает микробное равновесие ротовой полости, угнетает развитие кокковых и палочковидных форм, способствует развитию грибов *Candida*. Слизистая полости рта становится сухая, ярко-красная, отечная, на ней появляется налет творожистого вида. Очаги белого цвета легко снимаются в виде пленки, под которой гладкая гиперемированная слизистая, кровоточащая при малейшем дотрагивании.

При язвенном туберкулезе кожи характерны изменения в виде безболезненных язв с нависающими краями, которые появляются не только на коже, но и на слизистых оболочках полости рта.

Люпоидный туберкулез характеризуется поражением одновременно кожи и слизистой полости рта (десна, альвеолярный отросток верхней челюсти в области фронтальных зубов, твердое и мягкое нёбо). На слизистой ротовой полости появляются мягкие на ощупь люпомы диаметром 1-3 мм.

Изменение зубов

Антибиотики могут изменять не только цвет кожи, но и окраску зубов. При применении тетрациклина у больного развиваются «тетрациклиновые зубы» – зубы, окрашенные под влиянием принимаемого препарата, назначенного в период формирования зубов. Наряду с этим доказано, что этот препарат, откладываясь в скелете, отрицательно влияет на минеральный обмен в костях и зубах. «Тетрациклиновые» зубы имеют повышенную стираемость и подверженность кариесу.

Налет на языке

В появлении налета важная роль принадлежит нарушению нормального процесса ороговения и слущивания эпителия, снижению слюноотделения. Основу налета составляют увеличенные, ороговевшие нитевидные сосочки, слущенные отмершие клетки эпителия, остатки пищи, микроорганизмы.

Белый налет по краям и 1/3 языка встречается при тяжелых пневмониях с выраженными явлениями интоксикации.

Изменение языка

Язык синей окраски может быть при дыхательной недостаточности. При диффузном цианозе происходит синюшное окрашивание всех кожных покровов, включая слизистые оболочки полости рта и языка.

«Волосатый» черный язык (ворсинчатый язык) может развиваться на фоне приема антибиотиков. Под влиянием антибиотиков развивается дисбактериоз полости рта, появляются грибковые заболевания ротовой полости, которые способствуют развитию «волосатого» черного языка. У больных по средней линии спинки языка наблюдается удлинение нитевидных сосочков до 1-2 см, обусловленное неспособностью кератинового слоя сосочков осуществлять нормальное отторжение (десквамацию).

На фоне приема антибиотиков широкого спектра действия и вторичных осложнений кандидозной инфекции может развиваться «тетрациклиновый» язык. Язык становится красным, гладким, сухим, лишенным сосочков, на его спинке появляются болезненные трещины, с белыми пленками на дне трещин.

При язвенном туберкулезе кожи на языке могут возникать небольшие язвы с неровным дном.

Именные синдромы и симптомы головы и шеи при патологии легких, плевры, диафрагмы

Симптом Ауфреха. При стенозе трахеи наблюдается ослабленное дыхание над гортанью.

Симптом Бачелли. При гидротораксе во время аускультации грудной клетки выслушивается усиление шепотной речи больного.

Симптом Бейе – Арди. Афония отмечается при гангрене легкого.

Симптом Бинды – внезапное движение плеча вверх при пассивном повороте головы в сторону противоположного плеча, наблюдается у больных в начальном периоде заболевания туберкулезным менингитом.

Синдром Босвила – кровотечение с образованием гематом на верхушке мягкого нёба, на его боковых участках и язычке во время еды, сна,

работы. У пациента на фоне полного здоровья развивается внезапное ощущение инородного тела в гортани с затруднением глотания, рвотой, лающим кашлем, нарушенной речью, а затем с сильными болями в горле и удушьем с цианозом. Симптомы усиливаются при горизонтальном положении больных, чаще болеют мужчины.

При срочной ларингоскопии выявляется ограниченная гематома мягкого неба размером до сливы. Показатели коагулограммы не изменены.

Симптом Винтриха – если при перкуссии легких пациент откроет рот и высунет язык, то над полостью в легких, заполненной воздухом, произойдет усиление звучности тимпанического перкуторного тона.

Синдром Горнера – возникает при поражении купола плевры злокачественной опухолью (мезотелиома плевры), проявляется триадой птозом, энофтальмом, миозом.

Синдром Гудпасчера – патогенез синдрома неизвестен. Проявляется легочными кровотечениями, кровохарканьем, диффузным поражением почек с гематурией, протеинурией и почечной недостаточностью.

Симптом Карплуса – при произношении больным звука У над областью плеврального выпота выслушивается звук А.

Синдром Картагенера – врожденный комбинированный порок развития с триадой симптомов: обратное расположение внутренних органов, хронический бронхолегочный процесс и синусоринопатия.

Симптом Либермейстера – появление ощущения одеревенения языка или его части с выраженным побледнением этого участка – нежелательное последствие воздушной эмболии глубокой языкоглоточной артерии при выполнении лечебного пневмоторакса.

Симптом Мюллера – вдох при закрытой голосовой щели приводит к парадоксальному движению диафрагмы при ее релаксации.

Симптом Потенджера – характеризуется уплотнением и болезненностью при пальпации грудных и спинных мышц. Наблюдается в некоторых случаях инфильтративных поражений легких, в том числе при инфильтративном туберкулезе легких.

Синдром Робена – приступы удушья возникают из-за наследственных дефектов полости рта, челюстей и языка. Выявляются гипоплазия нижней челюсти, медиальное расщепление нёба, опущение и частое западение языка. Все это способствует приступам стридорозного удушья.

Симптом Рока – при туберкулезном поражении верхушки легкого появляется анизокория.

Синдром Сержана – сочетание синдрома Бернара – Горнера и пареза или паралича мышц гортани и голосовых связок наблюдается на сто-

роне поражения блуждающего нерва и шейного отдела симпатического ствола при туберкулезе или при опухоли верхушки легкого.

Симптом Трела – мелкие желтоватые пятна на слизистой оболочке, обнаруживаемые в окружности туберкулезных язв.

Симптом Фишера – свистящие хрипы, выслушиваемые над грудной при максимальном запрокидывании больным головы, признак увеличения внутригрудных лимфатических узлов и сдавления ими крупных сосудов и воздушных путей (при туберкулезе).

Синдром Хаммена – Рича – сочетает прогрессирующий распространенный пневмофиброз с развитием дыхательной недостаточности, повышением артериального давления в малом круге кровообращения и формированием легочного сердца. При рентгеновском исследовании обнаруживаются фиброзные изменения в нижних отделах легких, с постепенным формированием «сотового» легкого.

Симптом Хитценбергера – неправильное движение диафрагмы при частых коротких вдохах через нос, наблюдаемое при расслаблении диафрагмы и парезе диафрагмального нерва.

Симптом Штернберга – характеризуется как небольшая ригидность и болезненность мышц плечевого пояса с одной стороны (на стороне поражения). Является ранним симптомом туберкулеза легких и других бронхолегочных процессов.

Синдром «верхней поллой вены» – возникает при нарушении кровотока по стволу верхней поллой вены и проявляется регионарной венозной гипертензией верхней половины тела. Синдром появляется при первичных злокачественных опухолях средостения, раке правого легкого.

Симптомы и синдромы в области головы и шеи при патологии органов желудочно-кишечного тракта

Клинические симптомы

Нарушения аппетита

К возрастанию аппетита ведет гипертонус желудочных мышц, к снижению – гипотония мышц. Недлительное нарушение аппетита – малозначащий признак. Изменения аппетита могут сопровождать различные заболевания и его длительные расстройства имеют более существенное значение для диагностики, если сочетаются с другими симптомами болезни.

Анорексия – это важный симптом некоторых болезней пищеварительной системы, заключающийся в полном отсутствии аппетита. Часто наблюдается при раке желудка и кишечника, хроническом гастрите со сниженной

секреторной функцией, при стенозе привратника желудка, гепатите, циррозе. Изменения аппетита могут быть избирательными. У пациента развивается отвращение только к определенной пище, так например, к мясу – при опухолях желудка, к жирной пище – при заболеваниях печени.

Полифагия – усиление аппетита, нередко появляется у выздоравливающих пациентов. Резкое усиление аппетита – булимия наблюдается у больных с заболеваниями центральной нервной системы, эндокринной системы, психическими расстройствами, редко – при неврозах желудка. Чтобы избежать ожирения, эти пациенты вызывают у себя рвоту или бесконтрольно принимают большое количество слабительных и мочегонных средств. При рвоте происходит многократное воздействие желудочного сока на ткани и органы полости рта, нарушение минерального баланса, что способствует разрушению зубной эмали, патологии пародонта.

Тошнота

Тошнота возникает вследствие раздражений блуждающего и чревного нервов, импульсы от которых передаются сначала в рвотный центр и затем обратно, вызывая дискинезию верхних отделов пищеварительной системы. Это дискомфортное ощущение в подложечной области сопровождается головокружением, бледностью кожных покровов, потоотделением, чувством дурноты и даже полубморочным состоянием. Тошнота иногда предшествует рвоте, но может быть и самостоятельным симптомом. Она является распространенным состоянием и сопровождает большое количество заболеваний, в том числе и заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, рак желудка и др.). Этот симптом не является специфическим.

Рвота

Рвота – сложный рефлекторный акт, связанный с возбуждением рвотного центра. Рвота – это частичное или полное опорожнение желудочного содержимого через рот или носовые ходы наружу. Рвоте, как правило, предшествуют тошнота, повышенное слюноотделение, неритмичное нерегулярное дыхание. Механизм рвоты достаточно сложен. Сначала происходит опущение диафрагмы и закрытие голосовой щели, затем сильно сокращается пилорическая часть желудка, а тело и кардиальный сфинктер наоборот расслабляются, после чего возникает антиперистальтика. Последовательное сокращение диафрагмы и мышц брюшного пресса сопровождается повышением внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что создает условия для быстрого выброса содержимого желудка через пищевод в рот. Рвота может сопровождаться бледностью, повышенным потоотделением, резкой слабостью, тахикардией, снижением

артериального давления. Рвота встречается при многих заболеваниях. Она может возникать при волнениях, нередко наблюдается при патологии ЦНС, вестибулярного аппарата, внутренних органов, при ряде инфекций и интоксикаций, лихорадке, беременности и т. д. Диагностическая важность этого симптома увеличивается при распознавании заболеваний пищеварительной системы, при выявлении взаимосвязи рвоты с болями в области живота, оценке характера рвотных масс. При осмотре рвотных масс обращают внимание на их количество, запах, цвет, характер примесей, консистенцию. При сужениях или дивертикулах пищевода рвотные массы – из непереваренной пищи. При остром гастрите рвота возникает после еды, уменьшая боли в животе, что приносит облегчение. Для хронического гастрита типична рвота натощак. Рвотные массы содержат слизь и имеют кислый запах. Рвота при язвенной болезни чаще возникает на фоне болей в животе и улучшает состояние пациента. При стенозе выходного отдела желудка рвотные массы содержат остатки пищи, съеденной накануне или несколько дней назад, и имеют гнилостный запах. Рвотные массы при раке желудка состоят из желудочного сока и пищи, при оккультных кровотечениях становятся коричневыми. При кишечной непроходимости рвота многократна, ей предшествуют тошнота и сильные боли в животе. Рвотные массы при высокой непроходимости состоят из желудочного содержимого и желчи. При непроходимости дистальных отделов кишечника появляется рвота с фекальным запахом. Тромбоз мезентериальных сосудов проявляется сильными болями в животе, снижением давления и сопровождается появлением рвоты с примесью крови. При остром перитоните «кинжальные» боли в животе, симптомы раздражения брюшины дополняются рецидивирующими рвотами. При заболеваниях печени, желчных путей в рвотных массах, как правило, обнаруживают примесь желчи. При большом содержании желчи цвет рвотных масс становится оливково-зеленым. Полное отсутствие желчи в рвотных массах при неоднократной рвоте свидетельствует о механической желтухе. Примесь крови к рвотным массам изменяет их цвет от ярко-алого до черного («кофейной гущи»). Это зависит от выраженности и продолжительности кровотечения. Рвоты алой кровью возникают при массивных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта из варикозно расширенных вен пищевода, при язвенной болезни. Черный цвет рвотных масс указывает на относительно медленный темп кровотечения и задержку крови в желудке, где соляная кислота превращает гемоглобин крови в солянокислый гематин коричневого цвета.

Отрыжка

Это непроизвольный выход газов из желудка. Если при этом происходит заброс небольшого количества пищевого или желудочного содержимого в полость рта возникает срыгивание. Механизм отрыжки и срыгивания заключается в открытии кардии и антиперистальтических движениях пищевода и желудка. У здоровых людей отрыжки воздухом (аэрофагии) нередко являются следствием заглатывания воздуха при быстрой еде. Однако отрыжка может быть и симптомом заболеваний желудочно-кишечного тракта, таких как недостаточность кардии.

Изжога

Изжога – это ощущение человеком чувства жжения или боли за грудиной, распространяющееся кверху от эпигастральной области по ходу пищевода. Главными факторами развития изжоги являются недостаточность кардии, при которой происходит заброс (рефлюкс) в пищевод кислого желудочного содержимого и повышение внутрижелудочного давления. Изжога – один из основных симптомов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Икота

Икота – неспецифическое нарушение функции внешнего дыхания, которое возникает в результате непроизвольных клонических сокращений диафрагмы, приводящих к всасыванию воздуха в дыхательные пути через сокращенные голосовые связки.

Икота – это рефлекс, вызываемый раздражением рецепторов парасимпатического отдела нервной системы, чувствительных волокон диафрагмального нерва или III и IV шейных сегментов спинного мозга с последующим сокращением волокон диафрагмального нерва.

У здоровых лиц кратковременная икота возможна после переедания, употребления холодных напитков, при волнении. Длительная изнуряющая икота может быть вызвана поражением ствола головного мозга при энцефалите, инсульте, травме, опухолях головного мозга, при метаболических расстройствах на фоне печеночной, диабетической, уремической комы и др.

Дисфагия

Дисфагия – это расстройство акта глотания. Дисфагия развивается при функциональных или органических поражениях пищевода, или сдавлении пищевода извне щитовидной железой, опухолями или абсцессами средостения, аневризмой аорты, перикардитами и экссудативными плевритами.

К функциональным поражениям пищевода относятся кардиоспазм, паралич пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Органиче-

скими причинами являются опухоли пищевода, эзофагиты, язвы пищевода, стриктуры пищевода различного происхождения, дивертикулы и свищи пищевода.

Изменение кожи

Желтуха – желтое окрашивание кожи, склер, слизистых оболочек полости рта в результате избыточного накопления желчных пигментов в крови. В зависимости от патогенеза различают три вида желтух:

– надпеченочная (гемолитическая) желтуха, возникает в результате чрезмерного разрушения эритроцитов и повышенной выработки неконъюгированного непрямого билирубина. Причиной гемолитических желтух могут быть гемолитические анемии, переливание несовместимой крови, гемолитические яды и др.;

– печеночная (печеночно-клеточная, паренхиматозная), обусловленная накоплением в крови желчных пигментов в связи с гибелью гепатоцитов, наблюдается при остром и хроническом гепатитах, циррозах, гепатоцеллюлярном раке, токсических, лекарственных алкогольных повреждениях печени;

– подпеченочная (механическая) желтуха, которая появляется при наличии препятствий току желчи из желчных ходов в двенадцатиперстную кишку (обтурация общего желчного протока опухолью, конкрементом, паразитами, рубцовое сужение общего желчного протока, сфинктера Одди и др.), обусловлена повышением в крови уровня прямого билирубина.

При истинной желтухе желтизна появляется в первую очередь на склерах, нижней поверхности языка и мягкого нёба. От истинных желтух необходимо отличать ложную желтуху, которая не сопровождается окрашиванием слизистых оболочек и повышением уровня билирубина в крови, а возникает при приеме внутрь ряда препаратов (акрихина, пикриновой кислоты) или продуктов: моркови, мандаринов, томатов и др. Такую желтуху называют каротиновой. Наиболее интенсивная желтая окраска при передозировке каротина откладывается в эпителии кожи, наблюдается на участках кожи с более толстым эпидермисом на ладонях и подошвах. Склеры глаз, где слой эпителия тонкий, остаются белыми.

Симптом Бельца – желто-оранжевое окрашивание кожи без изменения окраски склер. Симптом наблюдается при каротиновой желтухе кожи.

При осмотре больных с заболеваниями печени, как правило, выявляются телеангиэктазии в области лица и плечевого пояса, карминовая окраска губ, ладонная эритема. Появление сосудистых звездочек и печеночных ладоней связывают с увеличением эстрогенов в крови при заболе-

вании печени и изменением чувствительности сосудистых рецепторов. Телеангиэктазии обусловлены развитием атриовенозных анастомозов. Нередко на коже обнаруживаются расчесы и ссадины, вызванные зудом, это – проявления холестаза. Кожные кровоизлияния и точечные геморрагии (петехии) служат проявлением геморрагического синдрома, который может быть обусловлен уменьшением синтеза факторов свертывающей системы крови, а также тромбоцитопенией.

Симптом Жильбера – Ано – наличие мелких телеангиэктазий звездчатой формы на коже лица и туловища у больных с хроническими болезнями печени.

Изменения в полости рта

Изменение слизистой оболочки полости рта

Оно также характерно для различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Цвет слизистой оболочки рта зависит от вида, тяжести и давности заболевания органов брюшной полости. Катаральный стоматит в виде участков гиперемии ярко-красного цвета или явления цианоза встречаются при язвенной болезни желудка, колите, энтероколите и других заболеваниях. Бледность слизистой оболочки рта отмечена у лиц с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением.

При болезни Боткина, хроническом гепатите отмечены разнообразные изменения слизистой оболочки рта воспалительно-дистрофического характера: сухость, отек и десквамация эпителия слизистой оболочки, гиперемия, особенно выраженные в фазе нарастания желтухи. Кроме того, характерны желтушность мягкого нёба, дна полости рта.

Изменения языка

Язык является зеркалом состояния желудочно-кишечного тракта и всегда отображает те процессы, которые происходят в нашем желудке или кишечнике. Диагностика заболеваний пищеварительной системы по языку входит в комплекс профессиональных диагностических мероприятий, который проводит любой гастроэнтеролог при подозрении на заболевания желудочно-кишечного тракта.

«Покажите язык!» – эту фразу большинство из нас слышали на приеме у врача. Язык может многое сказать о состоянии органов брюшной полости. В норме язык розовый, влажный, не имеющий налета, без борозд.

При осмотре языка следует обратить внимание на: цвет; характер налета на разных зонах языка; форму и характер поверхности; различные образования на языке – папилломы, пузыри, афты и места их локализации.

Изменения цвета языка

Красный язык указывает на гастрит или язву желудка с повышенной кислотностью желудочного сока. Бледный язык выявляется при раке желудка, заболеваниях поджелудочной железы, тяжелых анемиях. Язык синюшного оттенка, рыхлый, с бороздами и венами наблюдается при поражении печени. При патологии печени и желчного пузыря язык может быть бледный с нижней стороны. Язык черного цвета встречается при тяжелых инфекционных заболеваниях, холере. Желтый налет на языке говорит о патологии желчевыводящих путей и желчного пузыря. Иктеричность уздечки языка – первый сигнал развивающейся желтухи.

При заболеваниях органов пищеварения часто обнаруживается обложенность (налет) языка. В появлении налета важная роль принадлежит нарушению нормального процесса ороговения и слущивания эпителия вследствие нервно-трофических расстройств. Небольшой налет, особенно у корня языка, не является патологией и часто встречается у курильщиков, у лиц, дышащих преимущественно ртом.

Налеты – частый, но не специфический признак многих заболеваний органов пищеварения. Он обычно обнаруживается при гастрите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, новообразованиях желудка и других заболеваниях. В период обострения заболеваний налет более значительно покрывает язык. Белый налет на поверхности языка указывает на недостаточное количество желудочного сока, вырабатываемого в желудке. Белый налет, расположенный на задней части языка, говорит о заболеваниях в толстом кишечнике, при аппендиците. При расположении посредине языка он указывает на патологию двенадцатиперстной кишки, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит (рис. 5).



Рис. 5. Язык больного с хроническим гастритом

Серый, зеленоватый или черный налет на поверхности языка сигнализирует о серьезных нарушениях процесса пищеварения, патологиях поджелудочной железы, желчного пузыря, тяжелой интоксикации организма и обезвоживания. Язык с густым вязким или творожистым налетом и неприятным запахом говорит об острых кишечных инфекционных заболеваниях.

Налет приобретает желтоватый оттенок при желтухах. Ощущение жжения в языке обычно возникает при глосситах, обусловленных анемиями на фоне заболеваний пищеварительной системы.

Отек языка

Одним из признаков желудочно-кишечных заболеваний является отек языка. Такое состояние языка обычно не причиняет страданий больному и обнаруживается врачом при осмотре полости рта. При значительном отеке языка больные отмечают чувство дискомфорта, иногда прикусывают язык. При осмотре на кончике, боковых поверхностях языка обнаруживаются отпечатки зубов. Отек языка является часто встречающимся симптомом хронического поражения кишечника (колит, энтероколит) и определяется в 80 % случаев. Объясняют это состояние нарушением его барьерной функции и всасывательной способности кишечника. Кроме того, имеет значение нарушение водно-электролитного баланса.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта значительные изменения наблюдаются в сосочковом аппарате языка. В зависимости от состояния сосочков языка некоторые авторы выделяют гиперпластический глоссит, при котором сосочки хорошо выражены, язык обложен плотным налетом и несколько увеличен в размере за счет отека. Такой язык наблюдается чаще у больных с гастритом при повышенной кислотности. У лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки возникает гипертрофия отдельных грибовидных сосочков языка, которые возвышаются над поверхностью окружающей ткани в виде ярко-красных образований.

Гипопластический глоссит характеризуется атрофией сосочков, отсутствием налета, размеры языка несколько меньше обычных. Атрофия сосочков иногда выражена очень резко, язык имеет вид «лакированного» с яркими пятнами и полосами. Блестящий, с гладкой поверхностью, атрофированными сосочками красного цвета язык говорит о хроническом колите, раке желудка, дефиците железа и витамина В₁₂. Также описанные виды изменений языка обнаруживаются при гастритах, язвенной болезни и гастроэнтеритах, заболеваниях желчевыводящих путей. Атрофия сосочков языка вызывает неприятные ощущения, жжение, покалывание, боль при еде.

Десквамация эпителия языка при заболеваниях желудочно-кишечного тракта встречается часто и бывает выражена по-разному. Обычно на спинке языка обнаруживаются яркие пятна различных размеров и формы, которые на фоне налета создают вид поверхностных язв. Подобные изменения возникают вследствие атрофии нитевидных сосочков или усиленной десквамации.

Очаговая десквамация ограниченных участков по средней линии языка в задней его трети имеет вид красных пятен на фоне обложенного языка. Такой язык называют «географическим».

«Географический» язык характеризуется также наличием на его поверхности различных по цвету и величине участков с глубокими бороздами и рельефами (рис. 6).



Рис. 6. «Географический» язык у пациентки с хроническим гастритом

Такие изменения языка могут появляться в период обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и исчезают в процессе лечения или вне их обострения.

Парестезия языка

Очаговое слушивание эпителия языка может не сопровождаться неприятными ощущениями. Однако чаще такое состояние вызывает боли при приеме горячей пищи, курении, чувство жжения в языке.

Трещины на языке

Иногда при хронических заболеваниях ЖКТ на языке возникают трещины.

Заболевания желудочно-кишечного тракта часто сопровождается парестезия языка (глоссалгия). Выражены нарушения вкусовой чувствительности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Именные синдромы и симптомы в области головы и шеи при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

«**Маска Гиппократа**», лат. *facies Hippocratica* (лат. *facies* – лицо) – признак тяжелых заболеваний органов брюшной полости – перитонита, перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и т. д., а также истощения, признак предстоящей смерти. У больных особый внешний вид: запавшие глаза, впавшие щеки, заострившийся нос, синевато-бледная кожа с каплями холодного пота.

Впервые этот симптом описал Гиппократ в своем труде «Предзнание» (*Prognostikon*).

Симптом Куяра – это отечность сосков языка и покраснение при аскаридозе.

Синдром Паркса-Вебера – бородавчатый язык.

Синдром Хойбнера – Гертера – характеризуется хронической недостаточностью желудочно-кишечного тракта у детей с недоразвитием кишечника. Синдром также проявляется тяжелой общей дистрофией, частыми, зловонными поносами, поздним прорезыванием зубов, психическими расстройствами, вздутием живота, асцитом, мышечной атрофией.

Полипозные синдромы

У больных семейным аденоматозом толстой кишки встречаются различные внекишечные проявления заболевания, которые можно увидеть при внешнем осмотре пациента. Сочетание полипоза толстой кишки с другими проявлениями болезни обозначается как синдром, носящий имя автора, впервые его описавшего. Знание этих сочетаний (синдромов) позволяет врачу любой специальности при обнаружении внекишечных проявлений заподозрить наличие полипов в желудочно-кишечном тракте, назначить обследование кишечника и тем самым способствовать более ранней диагностике полипоза и рака толстого кишечника.

Синдром Гарднера – сочетание семейного аденоматоза толстой кишки с опухолями мягких тканей, остеомами костей черепа. Из опухолей мягких тканей чаще всего встречаются десмоиды – высокодифференци-

рованные соединительнотканые образования. Они локализируются в передней брюшной стенке, брюшке тонкой и толстой кишок, в межмышечных слоях спины и плечевого пояса. Иногда опухоли достигают гигантских размеров до и более 13 кг. Синдром описан Гарднером в 1948 г.

Синдром Олдфилда – представляет собой сочетание семейного аденоматоза толстой кишки с кистами сальных желез. Обнаружение множественных эпидермоидных кист, особенно у лиц молодого возраста, должно насторожить врача, который направит пациента обследовать желудочно-кишечный тракт.

Синдром Тюрко – это семейный аденоматоз толстой кишки в сочетании со злокачественными опухолями ЦНС нейроэпителиального происхождения. Синдром описан Тюрко в 1959 г. Специалисты считают, что при аденоматозе толстой кишки всем больным нужно проводить обследование головного мозга для ранней диагностики опухолей ЦНС.

Желудочно-кишечный тракт относится к одной из важных систем организма с огромным количеством синдромов. Одни заболевания проявляются характерными гастроэнтерологическими симптомами, другие – маскируются. И такими «масками» являются заболевания кожи. Это происходит из-за общности происхождения. На ранней стадии эмбрионального развития ЖКТ (ротоглотка и прямая кишка) возникает из того же зародышевого листка (эктодермы), что и кожа. Классическим примером этого служит синдром Пейтца – Егерса – Турена.

Синдром Пейтца – Егерса – Турена – сочетание полипоза желудочно-кишечного тракта с характерной меланиновой пигментацией слизистой губ и кожи лица. Пятна напоминают веснушки, но поскольку веснушки не бывают на слизистой оболочке, то наличие пигментных пятен на губах сразу бросается в глаза. Меланиновая пигментация выявляется также на слизистой щек при осмотре полости рта.

Полипы при данном синдроме – гамартомы. Строма полипов представляет собой древовидно ветвящиеся пучки гладких мышц, исходящих из собственной мышечной пластинки слизистой оболочки кишки. Такой порок развития обусловлен повреждением гена, поэтому нередко заболевание передается по наследству и может наблюдаться у членов одной семьи. Полипы при синдроме Пейтца – Егерса – Турена могут быть разных размеров от 0,5 до 5 см и более. Из-за большого содержания мышечных волокон полипы плотные. На первом месте по частоте локализации гамартом – тощая и подвздошная кишки, на втором – толстая кишка и желудок. Под влиянием перистальтики кишечника, перемещения его содержимого крупные образования тянут за собой слизистую оболочку кишки,

при этом они могут смещаться на десятки сантиметров, вызывать кишечную непроходимость. Гамартомы могут быть причиной кишечных кровотечений. Симптомы – боль в животе, приступы кишечной непроходимости, беспокоящие больных с раннего детства.

Небольшие полипы толстой кишки удаляют через эндоскоп, при наличии крупных образований выполняется лапаротомия, полипы удаляются через разрезы кишечной стенки, иногда приходится резецировать участок кишки с полипами.

Гамартомы обычно не склонны к озлокачествлению, но у больных с синдромом Пейтца – Егерса – Турена чаще развиваются опухоли других органов (поджелудочной и щитовидной желез, яичников и др.).

Синдром Кронкайта – Канады. В 1947 г. американские врачи L. Cronkhite и W. Canada описали полипоз желудочно-кишечного тракта в сочетании с внекишечными проявлениями в виде атрофии ногтевых пластинок, пигментации кожи (больше выраженной вокруг рта и анального отверстия), облысения и гипопротейнемии. Причины заболевания пока не ясны. Полипы при этом синдроме располагаются диффузно на слизистой оболочке толстой кишки. Полипы не являются истинными аденомами. При гистологическом исследовании обнаруживаются кистозно-расширенные железы с атрофией эпителия без признаков дисплазии, в строме полипов небольшой инфильтрат из плазматических клеток и эозинофилов. У больных также наблюдается плохое самочувствие, расстройство стула, ломкость ногтей, облысение. Заболевание редкое, чаще встречается у лиц среднего и пожилого возраста.

Другие заболевания ЖКТ, которые протекают с изменениями кожи.

Болезнь Коудена (описана в 1963 году) – характеризуется множественными полипами и доброкачественными образованиями полых органов, в том числе желудочно-кишечного тракта, в сочетании с микроцефалией, папулезной сыпью в виде разноцветных лихеноидных папул в диаметре 2-4 мм, расположенной на коже ушных раковин, боковых поверхностях кожи шеи, вокруг рта, глаз и крыльев носа. У 80 % пациентов встречаются изменения слизистой рта. Сыпь, как правило, имеет тенденцию к слиянию и образованию поверхностей типа «бульжной мостовой».

Синдром Райли – Банная – Рувалькаба – редкий аутосомно наследуемый синдром от болезни Коудена, представляет собой наличие гамартом и липом в пищеварительном тракте. Дополнительными признаками при этом синдроме служат макроцефалии, гемангиомы, отставание в умственном и физическом развитии, у мужчин часто готическое нёбо и гипермобильность суставов.

Синдромы и симптомы в области головы и шеи при заболеваниях крови

Клинические симптомы

Носовые кровотечения

Носовые кровотечения не являются самостоятельным заболеванием, а лишь симптомом основной патологии.

Они могут быть обусловлены *геморрагическими диатезами*.

Геморрагические диатезы – группа болезней и патологических состояний наследственного или приобретенного характера, общим проявлением которых является геморрагический синдром (повышенная кровоточивость).

По ведущему механизму развития геморрагического синдрома различают геморрагические диатезы:

– сосудистого генеза вазопатии (наследственная телеангиэктазия Рандю – Ослера, геморрагический васкулит Шенляйна – Геноха и др.);

– обусловленные недостатком тромбоцитов в крови или их качественной неполноценностью (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), тромбастения Глянцманна и другие);

– связанные с нарушениями свертывающей системы крови (коагулопатии): гемофилия А (недостаток VIII фактора), В (недостаток IX фактора) и С (недостаток XI фактора), болезнь Виллебранда, ДВС и другие.

В каждой из перечисленных групп выделяют наследственные и приобретенные формы.

Выделяют пять типов кровоточивости:

– гематомный, с болезненными напряженными кровоизлияниями как в мягкие ткани, так и в суставы, с последующей выраженной патологией опорно-двигательного аппарата – типичен для гемофилии А, В и С;

– петехиально-пятнистый (экхиматозный, синячковый) – характерен для тромбоцитопений, тромбоцитопатий и проявляется кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки, величина этих кровоизлияний колеблется от точечных петехий или петехий с булавочную головку до обширных экхимозов, характерно «цветение синяков» – постепенное изменение окраски кожи в области кровоизлияний – от багрово-красного (багрово-фиолетового) до зеленоватого и затем желтоватого;

– смешанный синячково-гематомный – характеризуется сочетанием петехиально-пятнистой кровоточивости с появлением отдельных больших гематом (забрюшинных, в стенке кишечника и т.д.), синяки могут быть обширными и болезненными. В отличие от гематомного типа, кровоизли-

жения в суставы при синячково-гематомном типе нехарактерны. Такой тип кровоточивости наблюдается при тяжелом дефиците факторов протромбинового комплекса и фактора XIII, при болезни Виллебранда, ДВС-синдроме;

– васкулитно-пурпурный – характеризуется геморрагиями в виде сыпи или кожной эритемы (на воспалительной основе), возможно присоединение нефрита и кишечных кровотечений; наблюдается при инфекционных и иммунных васкулитах;

– ангиоматозный тип наблюдается при телеангиэктазах, ангиомах, артериовенозных шунтах, характеризуется упорными строго локализованными и привязанными к локальной сосудистой патологии геморрагиями.

При патологии тромбоцитов носовое кровотечение может быть единственным симптомом заболевания. Носовыми кровотечениями проявляются наследственные, приобретенные формы тромбоцитопений (иммунные, при острых лейкозах, хронических лейкозах, апластических анемиях и др.) и тромбоцитопатий. Длительность кровотечения небольшая – 3-5 минут, останавливается часто самостоятельно.

При патологии свертывающей системы крови носовые кровотечения тяжелые, упорные и частые. Источником кровотечений являются сосуды в области переднего отдела перегородки носа (сплетение Киссельбаха).

Носовые кровотечения при наследственной телеангиэктазии (болезнь Рандю – Ослера) обусловлены дисплазией сосудистой стенки мелких кровеносных сосудов с резким истончением мышечного слоя и развитием эктазий на слизистых оболочках носа. При этой болезни нарушенная сократительная способность сосудистой стенки приводит к возникновению спонтанных носовых кровотечений.

Носовые кровотечения наблюдаются при эритремии. Термины «эритремия» и «полицитемия» используются для обозначения доброкачественного гемопролиферативного заболевания, приводящего к увеличению клеточного субстрата в периферической крови (эритроцитов и тромбоцитов при эритремии, всех клеток крови – при полицитемии). Клиническая картина характеризуется повышением вязкости крови, замедлением кровотока и нарушением микроциркуляции. Из-за растяжения сосудов при увеличении объема циркулирующей крови (плетора), на слизистой носа появляются телеангиэктазии, которые дают носовые кровотечения.

Дисфагия

Дисфагия – затруднение глотания, поперхивание при глотании.

Синдром Пламмера – Винсона – этот синдром известен как сидеропеническая дисфагия, характеризующаяся затруднением глотания сухой

пищи и развитием болезненных спазмов пищевода. Наблюдается при железодефицитной анемии. Клиническую картину железодефицитной анемии составляют общие и специфические симптомы сидеропении – дефицита железа в организме. Тканевой дефицит железа приводит к снижению активности многих ферментов (цитохромоксидазы, пероксидазы, сукцинат-дегидрогеназы и др.), что влечет нарушение тканевого дыхания и всего клеточного метаболизма.

При сидеропении, кроме дисфагии, возникает трофическое расстройство кожи, ее придатков и слизистых оболочек полости рта. Появляются сухость кожи, ломкость, выпадение волос, исчерченность ногтей, иногда их вогнутость – койлонихия, явления ангулярного стоматита (заеды), сглаживание сосочков языка, нарушение вкуса и обоняния. В полости рта наблюдается повышенная стертость эмали на зубах, генерализованный кариес, генерализованный пародонтит, кровоточивость десен.

Нарушение вкуса

Вкус – это ощущение, возникающее при действии химических веществ на рецепторные аппараты языка и полости рта.

Различают 4 первичных ощущения вкуса: горький и соленый, сладкий, кислый, возможны различные варианты сочетания этих ощущений.

При железодефицитной анемии у больных возникает извращение вкуса и обоняния (так называемая *рiса chlogotika*), появляется пристрастие к неприятным запахам (нафталин, запах сырости, керосин, ацетон и т.д.), желание употреблять в пищу несъедобное: мел, глину, штукатурку, зубной порошок, сухие крупы, чай и даже землю. Хлороз – это устаревшее название железодефицитной анемии. Нарушения вкуса при железодефицитной анемии часто связаны с изменением языка.

Изменение кожи

При железодефицитной анемии кожа бледная с алебастровым оттенком, отсутствует пигментация кожи от солнечных лучей. При ранней анемии кожа бледная с зеленоватым оттенком. Иногда кожа приобретает оттенок желтоватого воска, причем иногда этот оттенок заметен лишь вокруг рта (симптом «желтых усов хлоротиков»).

При В₁₂-дефицитной анемии (анемия Аддиссона – Бирмера, анемия пернициозная, мегалобластическая анемия), фолиеводефицитной анемии кожа бледная с желтушным оттенком вследствие гемолиза мегалобластов и эритроцитов.

При гемолитических анемиях кожа также бледная с желтушным оттенком вследствие гемолиза (разрушения) эритроцитов.

При остром лейкозе (Вирховские ретикулезы) – кожа бледная с желтоватым оттенком, отмечается ее пастозность и внутрикожные кровоизлияния. Клиническую симптоматику острого лейкоза можно сгруппировать в 5 основных синдромов: гиперпластический, геморрагический, анемический, интоксикационный, иммунодефицитный. Гиперпластический синдром обусловлен бластной инфильтрацией костного мозга и тканей. Анемия закономерно развивается у всех больных с острым лейкозом, это обусловлено резким сокращением красного кроветворного ростка в костном мозге (в связи с прогрессирующей инфильтрацией злокачественной лейкозной тканью костного мозга), интоксикацией и кровотечениями. На коже у больных появляются лейкозные инфильтраты в виде лейкомидов – распространенных красновато-синеватых папулообразных бляшек.

Землисто-серый оттенок кожи может быть при хроническом лейкозе в прогрессирующей стадии, когда развивается анемия. При прогрессирующих стадиях хронического миелолейкоза (фазах миелопролиферативной акселерации (поликлонности) и бластного криза) на коже могут быть видны лейкомиды в виде слегка приподнимающихся над поверхностью пятен коричневатого и розоватого цветов. Лейкомиды имеют плотную консистенцию, при пальпации безболезненны. Лейкомиды коричневого или розоватого цвета состоят их бластных клеток. Реже встречаются лейкомиды кожи, состоящие из более зрелых гранулоцитов (промиелоцитов, миелоцитов и даже сегментоядерных лейкоцитов). Зрелые лейкомиды, как правило, не меняют цвет кожи, чем и отличаются от незрелых.

При эритремии (истинная полицитемия, болезнь Вакеза) отмечается изменение окраски кожи по типу эритроцианоза с преимущественным вишнево-красным окрашиванием кожи лица и кистей рук. При осмотре обращают на себя внимание гиперемия конъюнктивы и инъекция сосудов склер. **Синдром Гайсбека** встречается при полицитемии в сочетании с повышенным артериальным давлением. Проявляется плеторой, набуханием сосудов головы, шеи, рук, увеличением левого желудочка сердца. Наиболее характерны: развитие инсульта, избыточная масса тела, носовые кровотечения.

Изменения в полости рта

При железодефицитной анемии слизистые оболочки бледные. Как проявление сидеропенического синдрома при анемии появляется глоссит (атрофический), ангулярный стоматит – трещины, «заеды» в углах рта, часто наблюдается склонность к генерализованным воспалительным заболеваниям пародонта и кариесу.

При V_{12} -дефицитной анемии, фолиеводефицитной в ротовой полости слизистая бледная, светло-желтой окраски с атрофией эпителия, глоссит (атрофический или десквамативный); при пальпации язык дряблый, поверхность покрыта складками в области уздечки, кончика, боковые поверхности могут быть с небольшими эрозиями, десквамация (отторжение эпителия) на губах, мягком нёбе, обширный кариес.

При гемолитических анемиях в полости рта слизистая бледная светло-желтой окраски, гингивит, обширный кариес, в участках, механически травмированных зубами, обнаруживаются длительно незаживающие язвы. Язвы выстилаются некротическим налетом, имеют гнилостный запах.

При остром лейкозе слизистая в полости рта бледная с желтоватым оттенком, отмечается кровоточивость из слизистых оболочек рта, языка, десен. Как проявление гиперпластического синдрома при остром лейкозе характерны гиперплазия десен и развитие тяжелого язвенно-некротического стоматита, также происходит язвенно-некротическое поражение миндалин, слизистой оболочки полости рта, распространяющееся на глотку, пищевод. Некроз распространяется диффузно, под серым трудноотделяемым некротическим налетом образуются язвы. Выявляется деформация щек, нёба. Появляются жалобы на боли при приеме пищи, затрудненное глотание.

Симптом Кассирского – при лейкозе периодонт превращается в экстрамедулярный очаг кроветворения и выбухает из периодонтальной щели. Зубы становятся подвижными.

При полицитемии отмечается гиперемия слизистых оболочек.

Симптом Купермана – выраженный цианоз мягкого нёба и бледная окраска слизистой оболочки твердого нёба при полицитемии.

Изменение языка

При железодефицитной анемии язык гипотрофичен с отпечатками зубов по краям, обложен густым налетом за счет повышенной десквамации эпителия. Красный «лакированный» язык (атрофический глоссит Хантера) наблюдается у больных с анемией, вызванной недостатком витамина V_{12} и фолиевой кислоты. Больные предъявляют жалобы на жжение языка, особенно на кончике, поверхность языка гладкая, выглядит он «лакированным» в связи с атрофией вкусовых сосочков языка.

Для типичной картины глоссита Хантера свойственно появление ярко-красных участков воспаления на кончике и по краю языка, иногда захватывающих всю его поверхность («ошпаренный» язык). Нередко на языке наблюдаются изъязвления и трещины.

При V_{12} -дефицитной анемии язык может напоминать географическую карту (десквамативный или географический глоссит). На стенке и боковых поверхностях языка появляются неправильной формы и различной величины очаги красного цвета, обусловленные десквамацией эпителия. Восстановление эпителиального слоя происходит через 2-3 дня. Неравномерность процессов десквамации и регенерации эпителия языка делают его поверхность похожей на географическую карту.

При эритремии наблюдается изменение цвета языка: он обретает красновато-цианотичный оттенок.

Тромбоцитопении и тромбоцитопатии характеризуются петехиальными высыпаниями, синяками и экхимозами на лице, конъюнктиве, на животе, на конечностях и слизистых оболочках. Часто сочетается с повышенной кровоточивостью слизистых оболочек (носовыми и десневыми кровотечениями, менорагиями). В полости рта кровоизлияния, петехии появляются при незначительных травмах, в местах инъекций. Цвет геморрагических высыпаний меняется в зависимости от давности их появления («цветение синяков»).

При гемофилии А и В, при выраженной форме гемофилии С появляются болезненные, напряженные кровоизлияния в подкожную клетчатку, мышцы, крупные суставы (гемартрозы), в брюшину и забрюшинное пространство. Гематомы могут привести к сдавлению нервов, к функциональным нарушениям опорно-двигательного аппарата, разрушению хрящей и костной ткани. Характерны длительные кровотечения после удаления зубов и хирургических вмешательств, при порезах, ранениях, часто приводящие к развитию анемии. Особенно опасны гематомы в области мягких тканей подчелюстной области, шеи, зева, глотки, средостения, так как они приводят к сдавлению сосудов шеи, верхних дыхательных путей, глотки, пищевода, вызывают развитие асфиксии. Травмы области глаза могут привести к ретробульбарной гематоме с последующей атрофией глаза и потерей зрения.

При наследственных коагулопатиях (выраженной недостаточности факторов VII и XIII, тяжелой форме болезни фон Виллебранда) и приобретенной коагулопатии при остром ДВС на коже и слизистых оболочках появляются мелко – точечные петехиальные высыпания, сливающиеся в синяки, сочетающиеся с обширными плотными кровоизлияниями в мягкие ткани.

При эритремии наблюдаются геморрагические явления в виде кожных кровоизлияний, носовых кровотечений, кровоточивости десен, желудочно-кишечных кровотечений. Геморрагический синдром обусловлен

растяжением сосудов из-за увеличения объема крови и нарушением функции тромбоцитов.

Кожные проявления злокачественных опухолей внутренних органов

Установлены пять критериев наличия взаимосвязи между кожными поражениями и злокачественными заболеваниями внутренних органов. Эти критерии называют «постулатами Курта»:

1. Одновременное начало кожного заболевания и злокачественного заболеваний внутренних органов или появление кожного заболевания после выявления злокачественного внутреннего органа.

2. Параллельное течение кожного и злокачественного заболеваний внутренних органов.

3. Наличие определенного типа или места развития рака, связанного с кожным заболеванием (синдром Свита может сочетаться с опухолями желудочно-кишечного тракта, особенно с карциномой желудка).

4. Статистически подтвержденные свидетельства того, что злокачественные заболевания чаще развиваются у пациентов с кожными заболеваниями, чем в соответствующих контрольных популяциях.

5. Генетическая связь между синдромом с кожными проявлениями и злокачественным заболеванием внутреннего органа.

Синдром Свита – острый нейтрофильный дерматоз с высокой температурой тела. Он представляет собой периваскулярный нейтрофильный инфильтрат в дерме, проявляется болезненными кожными уплотнениями, нередко крупными узлами, локализованными на коже лица, шеи, верхней части туловища и конечностях. Очень часто синдром Свита сочетается с хроническим миелолейкозом, однако также может сочетаться с лимфолейкозом, Т- и В-клеточными лимфомами, полицитемией и иногда с раковыми опухолями внутренних органов.

Паранеопластический пемфигус – пузырьчатое заболевание, часто связанное с лимфомой, хотя зарегистрированы случаи его появления и при злокачественных опухолях внутренних органов. Клиническая картина напоминает обыкновенную пузырьчатку, буллезный пемфигоид или злокачественную эритему (синдром Стивенса – Джонсона). Заболевание плохо поддается лечению иммуносупрессорами и часто приводит к смерти.

Синдром Сезари – триада признаков: кожная эритема, лимфаденопатия, более 10-15 % атипичных мононуклеарных клеток с серповидным ядром в периферической крови. Он является предшественником Т-клеточной лимфомы кожи. Эритродермия может быть обусловлена реакцией на лекарства, псориазом и другими кожными заболеваниями. Кожа на всем протяжении резко гиперемирована, отечна, интенсивно шелушится

(симптом «красного человека»). Уплотнение, отек кожи особенно резко выражен в области лица. Больные с синдромом Сезари часто испытывают непереносимый зуд, наводящий подчас на мысль о самоубийстве. Заболевание сопровождается лимфаденопатией, дистрофией ногтей и аллопецией. У 10-15 % больных с эритродермией впоследствии выявляется лимфома или, реже, лейкомия.

Зуд кожи

Зуд кожи бывает при хроническом лейкозе, лимфогранулематозе, эритроемии. При эритроемии интенсивный кожный зуд усиливается после приема душа и особенно после горячей ванны. Происхождение этого симптома окончательно не выяснено. Может иметь значение раздражение интерорецепторов кожи при переполнении капилляров кожи кровью, аллергический генез кожного зуда, а также повышенное количество базофилов и выделение гистамина при их распаде.

Синдром увеличенных периферических лимфатических узлов

Увеличение лимфатических узлов – лимфаденопатия.

Лимфатические узлы являются истинно лимфоидными образованиями. Они располагаются в виде зерен (округлой, овальной, бобовидной и другой формы) по ходу лимфатических сосудов, обычно в местах их разветвления. Размеры узлов у человека в условиях нормы колеблются от 3 до 30 мм. Кортикальный слой узла является местом концентрации В-клеток, (бурсазависимая) зона. В-лимфоциты дифференцируются окончательно в плазматические клетки, продуцирующие иммуноглобулины (ранние IgM, поздние IgG, IgE, IgA). Область между корой и мозговым веществом лимфоузла (паракортикальная территория) – место концентрации Т-клеток (тимусзависимая зона). Притекающая лимфа приносит в лимфатический узел чужеродные антигены, что приводит к развитию в лимфатических узлах реакций иммунного ответа. В зависимости от характера антигенов эти реакции развиваются преимущественно в бурса- или тимусзависимых зонах, что приводит к увеличению размеров лимфоидных скоплений этих зон.

Лимфоузел является барьером для распространения как инфекции, так и раковых клеток, поскольку лимфоциты активно участвуют в уничтожении чужеродных веществ и клеток.

Различают 7 групп периферических лимфатических узлов на голове и шее, доступных для пальпации:

1) затылочные лимфатические узлы, расположенные на буграх затылочной кости и собирающие лимфу с кожи волосистой части головы и задней части шеи;

2) сосцевидные лимфатические узлы, расположенные за ушами в области сосцевидного отростка;

3) околоушные лимфатические узлы, расположенные впереди уха на околоушной слюнной железе и собирающие лимфу из среднего уха, с кожи ушных раковин и наружного слухового прохода;

4) поднижнечелюстные лимфатические узлы, расположенные под ветвями нижней челюсти и собирающие лимфу с кожи лица и слизистой оболочки десен;

5) подбородочные лимфатические узлы (по одному с каждой стороны) собирают лимфу с кожи нижней губы, слизистой оболочки десен и области нижних резцов;

6) переднешейные (поверхностные) и тонзиллярные лимфатические узлы, находятся спереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы преимущественно в верхнем шейном треугольнике, расположены на поверхностной фасции, собирают лимфу с кожи лица, околоушной железы, слизистых оболочек носоглотки и полости рта;

7) заднешейные (глубокие) лимфатические узлы, расположены сзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы перед трапецевидной мышцей преимущественно в нижнем шейном треугольнике, собирают лимфу с кожи, шеи и частично гортани.

В норме лимфатические узлы – безболезненные, подвижные.

У здоровых людей обычно пальпируются единичные лимфатические узлы, мягко-эластической консистенции, не спаянные между собой и с кожей, подвижные, безболезненные.

При пальпации локально увеличенных лимфоузлов нужно проводить дифференцированный диагноз, оценивать болезненность, плотность, подвижность лимфоузлов. Лимфатические узлы изменены при заболеваниях крови.

Острый лейкоз сопровождается увеличением лимфоузлов примерно в 50 % случаев. При острых лейкозах чаще лимфаденопатия встречается при лимфобластном лейкозе у детей. Лимфоузлы обычно небольших размеров, плотно-эластической консистенции, безболезненные.

При хроническом миелобластном лейкозе лимфаденопатия не является диагностическим критерием. Обычно возникновение увеличенных плотных лимфатических узлов наблюдается в период бластного криза.

Хронический лимфолейкоз чаще возникает у мужчин пожилого возраста. Опухолевый рост почти во всех случаях представлен В-лимфоцитами. Первое обращение к врачу, как правило, связано с увеличением лимфатических узлов. В процесс вовлекаются преимущественно шейные

и подмышечные лимфатические узлы, реже – другие. Узлы постепенно увеличиваются, могут достигать до размеров куриного яйца, безболезненные, не спаяны друг с другом и с кожей, часто имеют характерную тестовато-эластичную консистенцию, не дают изъязвлений и нагноений.

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) – злокачественное новообразование лимфатической ткани. Гранулема состоит из множества клеток. Клетки Ходжкина и гигантские многоядерные клетки Березовского – Штенберга, лимфоциты, ретикулярные клетки, нейтрофилы, эозинофилы, плазматические клетки, разрастаясь, постепенно вытесняют нормальную ткань лимфатического узла. Лимфатические узлы подвижные, плотно-эластичной консистенции, не спаяны друг с другом, чаще – безболезненны. Поздние узлы образуют крупные конгломераты. В большинстве случаев первыми поражаются шейные и надключичные лимфатические узлы, чаще – справа.

Лимфомы

Среди лимфом выделены В-,Т- и НК (натуральные киллеры, большие зрелые лимфоциты, схожие с Т-лимфоцитами) – клеточные варианты, незрелоклеточные, более злокачественные, зрелоклеточные – более доброкачественные. Часто заболевание начинается с увеличения одного или нескольких лимфатических узлов с их быстрым ростом. При лимфомах у 15-30 % больных встречается поражение лимфатического глоточного кольца (кольца Вальдейера). При незрелоклеточных лимфомах первыми поражаются узлы шейной области. Лимфоузлы подвижны, безболезненны, имеют плотно-эластическую консистенцию. Далее характерны их быстрый рост, образование конгломератов, уплотнение. Лимфоузлы срастаются с окружающими тканями и становятся малоподвижными. Выражены симптомы интоксикации – похудение, лихорадка, проливные поты, кожный зуд.

Лимфосаркомы представляют собой злокачественные опухоли, состоящие из молодых лимфоидных клеток, В- и Т-клеточного генеза. Заболевание проявляется увеличением одновременно надключичных и шейных лимфатических узлов. Лимфоузлы плотные, очень часто по мере прогрессирования заболевания образуют конгломераты, которые в последующем прорастают в окружающие мягкие ткани, в этом случае границы отдельных лимфоузлов уже невозможно определить. Конгломераты увеличенных лимфоузлов могут сдавливать вены и лимфатические пути, что нарушает венозный лимфоотток и приводит к появлению выраженной отечности шеи, конечностей. В ряде случаев увеличенные лимфоузлы сдавливают нервные стволы (возможно прорастание лимфосаркомы в

нервные стволы), что обуславливает появление постоянных мучительных болей.

Метастазы рака в периферические лимфатические узлы иногда могут быть выявлены раньше, чем основная опухоль. Узлы отличаются очень плотной консистенцией, безболезненные, спаяны с окружающими тканями при инфильтрирующем опухолевом росте. Метастазы в лимфатические узлы шеи наблюдаются при опухолях щитовидной железы, гортани, миндалин.

Тесты

Симптомы и синдромы в области головы и шеи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Бледный цианоз бывает при:
 - а) септическом эндокардите;
 - б) пороках аортального клапана, особенно стенозе;
 - в) пороках митрального клапана;
 - г) гипертонической болезни.

2. Причина центрального цианоза:
 - а) недостаточная оксигенация крови кислородом;
 - б) препятствие притока венозной крови к легким;
 - в) недостаточное снабжение кислородом легких, нарушение оксигенации крови в легких;
 - г) сброс крови справа налево.

3. Капиллярный пульс на нёбе появляется при:
 - а) гипертонической болезни;
 - б) септическом эндокардите;
 - в) неспецифическом аортоартериите;
 - г) недостаточности аортального клапана.

4. Окраска лица при применении кордарона:
 - а) темно-красная, затем – серо-синяя или аспидно-голубая;
 - б) бледно-желтая;
 - в) бледная;
 - г) без изменений.

5. При каком синдроме появляются боли в жевательных мышцах и языке?
 - а) синдром Хортана;
 - б) синдром или болезнь Такаясу;
 - в) синдром Педжета – Шреттера;
 - г) синдром Шая – Дрейджера.

**Симптомы и синдромы в области головы и шеи
при болезнях органов дыхания**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Виды одышки
 - а) экспираторная;
 - б) инспираторная;
 - в) смешанная.

2. Центральный цианоз бывает:
 - а) бронхиальная астма;
 - б) ИБС;
 - в) хроническое легочное сердце;
 - г) ГБ.

3. Какие изменения в полости рта у больных с бронхиальной астмой, принимающих кортикостероиды?
 - а) слизистая полости рта становится сухая;
 - б) развитие грибов *Candida*;
 - в) цианоз видимых слизистых оболочек;
 - г) генерализованный кариес.

4. Когда может выявляться черный, волосатый язык?
 - а) на фоне приема антибиотиков;
 - б) вследствие длительной гипоксемии;
 - в) при снижении сердечного выброса на фоне поражения сердечной мышцы;
 - г) при применении цитостатиков.

5. Особенности течения язв на языке при туберкулезе:
 - а) небольшие язвы с неровным дном, длительно заживающие;
 - б) больших размеров язвы, быстро заживающие;
 - в) на дне язв белые пленки, язвы быстро заживающие;
 - г) небольшие язвы с ровными краями, быстро заживающие.

Синдромы головы и шеи
при патологии органов желудочно-кишечного тракта

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Что происходит с зубами при булемии?
 - а) генерализованный кариес;
 - б) кровоточивость десен;
 - в) изменение цвета слизистой рта;
 - г) язвы на слизистой рта.

2. При каких заболеваниях может быть лакированный язык?
 - а) рак желудка;
 - б) аппендицит;
 - в) хронический холецистит;
 - г) гемолитическая желтуха.

3. Увеличение языка возникает при:
 - а) хроническом колите;
 - б) язвенной болезни;
 - в) ЖКБ;
 - г) раке желудка.

4. Симптом Жильбера – Ано характеризуется:
 - а) наличием мелких телеангиэктазий звездчатой формы на коже лица и туловища при хронических болезнях печени;
 - б) желто-оранжевым окрашиванием кожи и слизистых оболочек без изменения окраски склер;
 - в) бородавчатым языком;
 - г) покраснением и отечностью сосков языка.

5. Лицо Гиппократова бывает:
 - а) при перитоните;
 - б) признаком предстоящей смерти;
 - в) при гастрите;
 - г) при хроническом холецистите.

**Синдромы и симптомы в области головы и шеи
при заболеваниях крови**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Типы кровотоочивости:
 - а) гематомный;
 - б) петехиально-пятнистый (экхиматозный, синячковый);
 - в) смешанный синячково-гематомный;
 - г) васкулитно-пурпурный;
 - д) ангиоматозный.

2. Изменения в полости рта при железодефицитной анемии:
 - а) ангулярный стоматит;
 - б) длительно незаживающие язвы;
 - в) генерализованный кариес;
 - г) гнилостный запах изо рта.

3. Какие изменения слизистой оболочки характерны для острого лейкоза?
 - а) кровотоочивость из слизистых оболочек рта;
 - б) резкий цианоз мягкого нёба;
 - в) «заеды» в углах рта;
 - г) язвенно-некротический стоматит.

4. При каких заболеваниях крови бывает зуд кожи?
 - а) эритремия;
 - б) хронический лейкоз;
 - в) железодефицитная анемия;
 - г) болезнь Ослера – Рандю.

5. Группы периферических лимфатических узлов на голове и шее, доступные пальпации:
 - а) затылочные лимфатические узлы;
 - б) околоушные лимфатические узлы;
 - в) поднижнечелюстные лимфатические узлы;
 - г) подбородочные лимфатические узлы.

Ответы к тестам

Тесты к разделу симптомы и синдромы в области головы и шеи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

1. б
2. а, б, в
3. г
4. а
5. а

Тесты к разделу симптомы и синдромы в области головы и шеи при болезнях органов дыхания

1. а, б, в
2. а, в
3. а, б, г
4. а
5. а

Тесты к разделу синдромы головы и шеи при патологии органов желудочно-кишечного тракта

1. а, б, в
2. а
3. а
4. а
5. а, б

Тесты к разделу синдромы и симптомы в области головы и шеи при заболеваниях крови

1. а, б, в, г, д
2. а, б, в
3. а, г
4. а, б
5. а, б, в, г

Ситуационные задачи

Задача 1

На прием к врачу-терапевту пришла больная 55 лет с жалобами на головную боль, периодически возникающие носовые кровотечения. Считает себя больной около 3 месяцев, в течение которых отмечала вышеописанные жалобы, ранее к врачам не обращалась, считала себя здоровой. При объективном осмотре выявлено повышение артериального давления до цифр 160/100 мм рт. ст.

Симптомы какого заболевания выявлены у пациентки?

Задача 2

К врачу-пульмонологу обратился пациент Г., 50 лет, с жалобами на белые налеты на слизистой полости рта. Около 3 месяцев назад пациент был на приеме у пульмонолога, ему установлен диагноз атропической бронхиальной астмы с плохо контролируемым течением и назначен комбинированный препарат форадил комби. Через 1 месяц выполнения рекомендаций у пациента появился белый налет в полости рта. При осмотре на слизистой полости рта выявлялись очаги с налетами творожистого белого цвета, пленки хорошо снимались, под ними обнажалась кровоточащая гиперемированная слизистая.

С чем связано появление этого симптома?

Задача 3

У молодой женщины, 25 лет, вегетарианки, в течение последнего месяца появились жалобы на слабость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, пациентке стали нравиться запахи красок и бензина. При осмотре кожные покровы и слизистые бледные. Волосы тусклые, кончики у них секутся. Ногти легко ломаются, с белыми поперечными полосами. При аускультации сердца выслушивается систолический шум на верхушке. В углах рта трещины. Язык красный, гладкий.

Симптомы какого заболевания имеются у пациентки?

Задачи 4

Пациентка С., 40 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на кровотечения из десен при чистке зубов. Также женщина пожаловалась, что в течение последнего месяца стала замечать при легкой травматизации или вообще без причины появление на теле синяков. При осмотре врач

обратил внимание, что на лице, и конечностях у пациентки синяки и экхимозы, при этом одни более свежие, другие уже в стадии «цветения».

О каком синдроме можно подумать?

У какого специалиста целесообразно продолжить обследование и лечение?

Ответ на задачу 1

У пациентки выявлены симптомы артериальной гипертензии. Целесообразно направить ее к кардиологу для обследования и лечения антигипертензивными средствами.

Ответ на задачу 2

Пациент указал врачу-стоматологу, что принимал форадил комби. Это комбинированное лекарство состоит из противовоспалительного препарата будесонида и препарата с бронхолитическим действием формотерола фумарата дигидрата. Длительный прием ингаляционного глюкокортикостероида спровоцировал появление кандидозного поражения слизистой оболочки полости рта по типу кандидозного стоматита. Пациенту необходимо назначить противогрибковые средства, изменить дозировку ингалятора, рекомендовать после использования ингалятора полоскать рот слабощелочным раствором и пользоваться ингалятором через спейсер.

Ответ на задачу 3

У пациентки имеются симптомы железодефицитной анемии, развившейся на фоне вегетарианства. Отказ от употребления в пищу мяса привел к дефициту в организме железа и развитию данной формы анемии.

Ответ на задачу 4

Изменения слизистой полости рта в виде десневых кровотечений и появление синяков на теле у пациентки являются проявлением геморрагического диатеза. Пациентку следует направить на консультацию к гематологу.

Рекомендуемая литература

1. Воспалительные заболевания пародонта в полиморбидном континууме, интегративный подход к лечению / И.А. Горбачева [и др.]. – СПб.: Издательство ООО «АСпринт», 2012. – 140 с.
2. Роль сердечно-сосудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваний пародонта / И.А. Горбачева [и др.]. // Пародонтология. – 2008. – Т. 49, №4 . – С.18-21.
3. Сепсис: современный взгляд на проблему / О.Н. Скрябин [и др.]. – СПб.: Издательство ООО «АСпринт», 2008. – 96 с.
4. Синдромы и симптомы в клинической практике. Эпонимический словарь-справочник / В.И. Бородулин [и др.]. – М.: Эксмо, 2009. – 464 с.
5. Трухан, Д.И. Изменения органов и тканей полости рта при заболеваниях внутренних органов / Д.И. Трухан, И.А. Викторова, Л.Ю. Трухан. – М.: Издательство Практическая Медицина, 2012. – 203 с.
6. Федосеев, Г.Б. Синдромная диагностика и базисная фармакотерапия заболеваний внутренних органов / Г.Б. Федосеев, Ю.Д. Игнатов. – СПб.: Издательство «Нордмедиздат», 2004. – Т. 1. – 640 с.
7. Федосеев, Г.Б. Синдромная диагностика и базисная фармакотерапия заболеваний внутренних органов / Г.Б. Федосеев, Ю.Д. Игнатов. – СПб.: Издательство «Нордмедиздат», 2004. – Т. 2. – 728 с.

Подписано в печать 2.11.16. Усл. печ. л. 3,5.

Формат 60×84 1/16. Заказ № 68/16.

197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.

Редакционно-издательский центр ПСПбГМУ