

ФОРМУЛИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА В КАРДИОЛОГИИ

И.В. Новиков, Д.В. Бухтояров, А.А. Кондрашов

Кафедра факультетской терапии имени акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Контакты: Иван Владимирович Новиков hilfswillige@mail.ru

Представлены основные нозологические единицы сердечно-сосудистой патологии, приведены примеры формулировок диагнозов с учетом современной классификации.

Ключевые слова: *диагноз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ревматическая болезнь сердца, инфекционный эндокардит, неревматические миокардиты, кардиомиопатии, нарушения ритма*

DIAGNOSIS FORMULATION IN CARDIOLOGY

I. V. Novikov, D. V. Bukhtoyarov, A. A. Kondrashov

Acad. A. I. Nesterov Department of Faculty Therapy, Russian State Medical University, Russian Agency for Health Care, Moscow

The paper gives the basic nosological units of cardiovascular pathology and examples of how to formulate diagnoses, by taking into account the current classification.

Key words: *diagnosis, arterial hypertension, coronary heart disease, rheumatic heart disease, infective endocarditis, nonrheumatic myocarditis, cardiomyopathies, cardiac arrhythmias*

Введение

Согласно общепринятому определению диагноз (от греч. *diagnosis* – распознавание) – это врачебное заключение о сущности болезни и состоянии больного, выраженное в медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении больного и диагностике. Основные этапы диагностики: сбор информации о больном, анализ собранной информации, синтез полученного материала и постановка диагноза.

Правильное и методологически грамотное построение диагноза имеет первостепенное теоретическое и практическое значение.

К сожалению, в повседневной практике нередко встречаются врачебные ошибки, в том числе связанные с несоблюдением основных принципов формулирования диагноза, и таким образом нарушается выполнение врачами своих систематических функций. Определяющую роль в построении диагноза должно играть использование современных классификаций, соответствующих Международной статистической классификации болезней в ее последнем, 10-м пересмотре (МКБ-10) и утвержденных Всемирной организацией здоровья и международными рабочими группами.

В данной статье мы остановимся на основных принципах построения диагноза в кардиологии.

Диагноз в кардиологии

В соответствии с рекомендациями Нью-Йоркской кардиологической ассоциации полный кардиологический диагноз включает следующие разделы [1].

1. Этиология заболевания (например, врожденный порок, инфекция, артериальная гипертензия – АГ, коронарный атеросклероз).

2. Морфологические изменения (какие отделы сердца и клапаны поражены, имеется ли патология перикарда, постинфарктный кардиосклероз).

3. Осложнения и сопутствующие состояния (аритмии, сердечная недостаточность, ишемия миокарда).

4. Функциональный статус (при какой нагрузке появляются жалобы, как влияет на них проводимое лечение).

Артериальная гипертензия

Под термином «артериальная гипертензия» подразумевают стойкое повышение артериального давления (АД): систолического ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического ≥ 90 мм рт. ст., – зарегистрированное не менее чем при двух врачебных осмотрах, при каждом из которых АД измеряется минимум дважды. Термин «гипертоническая болезнь» соответствует понятию эссенциальной, или первичной, АГ. Вторичная АГ называется симптоматической.

Поскольку у больных с АГ прогноз зависит не только от уровня АД, но и от наличия сопутствующих факторов риска, степени вовлечения в процесс органов-мишеней (ОМ), а также наличия ассоциированных клинических состояний (АКС), в современную классификацию входит стратификация больных в зависимости от степени риска (табл. 1).

Таким образом, корректно сформулированный диагноз эссенциальной АГ должен максимально пол-

Таблица 1. Стратификация риска при АГ

Стадия заболевания и другие ФР	1-я степень (140-159/90-99 мм рт.ст.)	2-я степень (160-179 / 100-109 мм рт.ст.)	3-я степень (≥180/≥110 мм рт.ст.)
I – других ФР нет	Низкий	Средний	Высокий
II – 1–2 ФР	Средний	Средний	Очень высокий
III – 3 ФР и более, поражение ОМ или СД	Высокий	Высокий	Очень высокий
IV – АКС или СД	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

Примечание. ФР – фактор риска.

но отражать степень повышения АД, факторы риска, наличие поражения ОМ, АКС и группу риска [2]. Необходимо также указать стадию заболевания, которой российские врачи по-прежнему придают большое значение. ГБ I стадии предполагает отсутствие поражения ОМ, ГБ II стадии – наличие изменений со стороны одного или нескольких ОМ, ГБ III стадии устанавливается при наличии АКС. Если последние протекают в острой форме (например, инфаркт миокарда), ГБ в структуре заболевания может занимать не первую позицию. После диагноза ГБ следует указать стадию и функциональный класс (ФК) имеющейся у больного хронической сердечной недостаточности (ХСН).

При наличии у больного вторичной АГ на первом месте в диагностическом заключении указывается основное заболевание, приведшее к развитию АГ.

Примеры диагностических заключений

- ГБ II стадии, АГ 2-й степени, риск 2-й степени. ХСН 0 стадии.
- ГБ II стадии, АГ 2-й степени, риск 4-й степени. ХСН 0 стадии. Сахарный диабет (СД) 2-го типа, средне-тяжелого течения, компенсация.
- ГБ III стадии, АГ 3-й степени, риск 4-й степени. Гипертонический криз в ... г. Ишемическая болезнь сердца (ИБС): стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIa стадии (II ФК). Остаточные явления перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения в ... г.
- Мочекаменная болезнь. Хронический калькулезный пиелонефрит, ремиссия. Вторичная (ренопаренхиматозная) АГ 2-й степени, риск 2-й степени. ХСН 0 степени.
- Диффузный токсический зоб, гипертиреоз. Вторичная АГ 2-й степени, риск 3-й степени. ХСН I стадии (I ФК).
- Хронический аутоиммунный гепатит. Медикаментозный синдром Кушинга. Стероидный диабет, фаза субкомпенсации. Вторичная АГ 1-й степени, риск 3-й степени. ХСН I стадии.

Клиницисту следует иметь в виду, что АГ может быть одной из составляющих *метаболического син-*

дрома, представляющего собой комплекс взаимосвязанных нарушений углеводного и жирового обмена, а также механизмов регуляции АД и функции эндотелия. Однако сам термин «метаболический синдром» отсутствует в МКБ-10, поэтому в диагностическом заключении должны быть перечислены все имеющиеся у больного состояния данного симптомокомплекса:

- Ожирение 1-й степени. Дислипидемия. Нарушение толерантности к глюкозе.
- АГ 3-й степени, риск 4-й степени. ХСН I стадии. Дислипидемия. Ожирение II степени. Гиперурикемия. Синдром обструктивного апноэ средней тяжести.

Ишемическая болезнь сердца

Выделяют следующие формы ИБС: внезапная коронарная смерть, стенокардия стабильная и нестабильная, безболевого ишемия миокарда, инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, нарушения ритма и проводимости как единственное проявление ИБС, сердечная недостаточность.

Стабильная стенокардия – наиболее часто диагностируемая форма ИБС. Стабильную стенокардию напряжения в зависимости от тяжести принято делить на ФК по переносимости физической нагрузки.

Со стенокардией напряжения могут сочетаться вазоспастическая стенокардия (стенокардия Принцметала) и безболевого ишемия миокарда, которые выступают и как самостоятельные формы заболевания.

При наличии у больного нескольких форм ИБС, например стенокардии напряжения и постинфарктного кардиосклероза, на первое место в диагнозе должна быть поставлена стенокардия.

Следует указать, что широко используемое в настоящее время понятие острого коронарного синдрома обозначает рабочий диагноз в первые часы и сутки заболевания, когда диагностическая ситуация еще недостаточно ясна для окончательного решения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде, однако нельзя медлить с проведением неотложных мер лечения, в частности тромболитической терапии [3]. Для формулирования же клинического диагноза необходимо использовать термины «инфаркт миокарда» и «нестабильная стенокардия» и др.

Классификация Т. Killip, J. Kimball [4] характеризует выраженность острой сердечной недостаточности на основании данных первичного физикального исследования.

I класс — признаков сердечной недостаточности нет.

II класс — умеренная сердечная недостаточность (влажные хрипы не более чем над 50 % легких).

III класс — отек легких.

IV класс — шок (систолическое давление < 90 мм рт. ст., признаки гипоперфузии периферических участков тела, включая снижение температуры и повышенную влажность кожи, уменьшение мочеотделения и спутанное сознание).

Все пациенты с диагностированной ИБС относятся к группе высокого риска и требуют самого пристального внимания со стороны клинициста.

Примеры диагностических заключений

Стабильные формы ИБС

- ИБС: стенокардия напряжения II ФК. ХСН IIА стадии (II ФК).

- ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз (... г.). Хроническая аневризма левого желудочка. Ишемическая митральная регургитация 2-й степени. Мерцательная аритмия, постоянная форма, тахисистолический вариант. ХСН III стадии (IV ФК). Асцит. Правосторонний гидроторакс. Анасарка. Кардиальный фиброз печени. Сердечная кахексия.

- ИБС: безболевого ишемия миокарда. Гипертоническая болезнь II стадии, степень АГ 2-й степени, риск 4-й степени. СД 2-го типа, среднетяжелого течения, субкомпенсация. ХСН IIА стадии (II ФК)

- ИБС: стенокардия напряжения III ФК, аорто-коронарное шунтирование — ... г. ХСН IIА стадии (II ФК).

Нестабильные формы ИБС

- ИБС: прогрессирующая стенокардия, постинфарктный кардиосклероз (... г.). ХСН IIА стадии (II ФК).

- ИБС: острый крупноочаговый (Q) инфаркт миокарда, переднеперегородочный — ... г. Острая сердечная недостаточность, IV класс по Killip. Отек легких. Кардиогенный шок.

- ИБС: острый мелкоочаговый (не-Q) инфаркт миокарда, заднедиафрагмальный — ... г. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Острая сердечная недостаточность, II класс по Killip.

- ИБС: острый повторный субэндокардиальный (не-Q) инфаркт миокарда, передний — ... г. Постинфарктный кардиосклероз (... г.). ХСН IIБ стадии (III ФК).

- ИБС: рецидивирующий мелкоочаговый инфаркт миокарда, переднебоковой — ... г. Острая сердечная недостаточность, III класс по Killip. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, купированная электроимпульсной терапией — ... г. ХСН I стадии.

Ревматическая болезнь сердца и неревматические приобретенные пороки сердца

Приобретенные пороки сердца являются одним из распространенных кардиологических заболеваний. В настоящее время по частоте распространения пороки сердца ревматического генеза уступили первенство кальцинированным (дегенеративным) порокам сердца [5–7], а также поражениям клапанного аппарата на фоне заболеваний соединительной ткани и, в частности, при соединительнотканых дисплазиях (синдромы Марфана, Элерса–Данло, пролапс митрального клапана) [8].

Корректно сформулированный диагноз приобретенного порока сердца должен обязательно отражать этиологию заболевания, степень тяжести порока на основании современных эхокардиографических критериев [9] (табл. 2–5) и имеющиеся осложнения (легочная гипертензия, фибрилляция предсердий, ХСН).

Авторам представляется более удобной терминология акад. А.И. Нестерова и других отечественных клиницистов, согласно которой сочетанный порок сердца обозначается как сочетание на одном клапане двух вариантов поражения (стеноза и недостаточности), а комбинированный — как поражения 2 и более различных сердечных клапанов.

Примеры диагностических заключений

Хроническая ревматическая болезнь сердца

- Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митрально-аортальный порок: сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза левого атриоventрикулярного отверстия 3-й степени, митральная регургитация 1-й степени, стеноз устья аорты 1-й степени. Фибрилляция предсердий, постоянная форма; тахисистолический вариант. ХСН IIА стадии (III ФК).

- Ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митральный порок (умеренный митральный стеноз, митральная регургитация легкой степени). Легочная гипертензия 1-й степени. ХСН IIБ стадии (III ФК).

- Ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митральный порок. Протезирование митрального клапана (протез Мединж-23) — ... г. ХСН IIА стадии (II ФК).

Неревматические пороки сердца

- Кальцинированный аортальный стеноз тяжелой степени, степень кальциноза II. Синкопальные состояния. ХСН 0 стадии.

- Кальцинированный аортальный стеноз умеренной степени. ИБС: стенокардия напряжения III ФК. ХСН I-й стадии (III ФК).

- Синдром Элерса–Данло. Пролапс митрального клапана 2-й степени. Митральная регургитация 3-й степени. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. ХСН I-й стадии (II ФК).

- Недостаточность аортального клапана умеренной степени (перенесенный инфекционный эндокардит — ... г.). ХСН I стадии.

Таблица 2. Характеристика степени тяжести митрального стеноза

Стеноз	Площадь ОМ, см ²	Средний трансмитральный градиент, мм рт. ст.	Систолическое давление в ЛА, мм рт.ст
Легкий	> 1,5	< 5	< 30
Умеренный	1,0–1,5	5–10	30–50
Тяжелый	< 1	> 10	> 50

Примечание. МО – митральное отверстие, ЛА – легочная артерия.

Таблица 3. Характеристика степени тяжести митральной регургитации

Параметр	Регургитация		
	легкая	умеренная	тяжелая
Площадь регургитирующей струи при цветной 2D-ЭхоКГ	Малая центральная струя с тонким устьем (< 4 см ² или < 20% объема левого предсердия)	МР больше легкой, но еще не тяжелая	Большая ширина центральной струи регургитации (> 40% площади левого предсердия или при наличии струи регургитации, достигающей его противоположной стенки)
Ширина струи регургитации в самом узком месте (<i>vena contracta</i>), 2D-ЭхоКГ	< 0,3 см	0,3–0,69 см	> 0,7 см
<i>Дополнительные обязательные критерии</i>			
Размер левого предсердия	Нормальный	Нормальный или увеличен	Увеличен*
Размер левого желудочка	Нормальный	Нормальный или увеличен	Увеличен*

Примечание. ЭхоКГ – эхокардиография, МР – митральная регургитация. * Исключение составляет острая МР.

Таблица 4. Характеристика степени тяжести аортального стеноза

Параметр	Степень стеноза		
	легкий	умеренный	тяжелый
Площадь аортального клапана, см ²	>1,5	1,0–1,5	< 1,0
Средний трансаортальный градиент, мм рт. ст.	< 25	25–40	> 40
Максимальная скорость трансаортального потока, м/с	< 3,0	3,0–4,0	>4,0

Таблица 5. Характеристика степени тяжести аортальной регургитации

Параметр	Регургитация		
	легкая	умеренная	тяжелая
Отношение ширины струи регургитации к ширине выносящего тракта	< 25%	Больше легкой, но еще не тяжелая	> 65%
Ширина струи регургитации в самом узком месте (<i>vena contracta</i>), см	< 0,3	0,3–0,6	> 0,6
<i>Дополнительный обязательный критерий</i>			
Размер левого желудочка	Нормальный	Нормальный	Увеличен

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. В 7 т. Кн. 4. Болезни сердца и сосудов. Болезни органов дыхания. Болезни почек и мочевых путей. Под ред. Э. Фаучи и др. Пер. с англ. под ред. Н.Н. Алипова, Е.Р. Тимофеевой. М.: Практика, 2005.
2. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (3-й пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; (6), прил. 2.
3. Khot U.N., Jia G., Moliterno D.J. et al. Prognostic importance of physical examination for heart failure in non-ST-elevation acute coronary syndromes: the enduring value of Killip classification. JAMA 2003;290:2174–81.
4. Killip T. 3rd, Kimball J.T. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. Am J Cardiol. 1967;20:457–64.
5. Шостак Н.А., Карпова Н.Ю., Рашид М.А. и др. Кальцинированный аортальный стеноз дегенеративного генеза – клинико-инструментальные показатели. Российский кардиологический журнал 2006;5:40–44.
6. Iung B., Baron G., Butchart E.G. et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. Eur Heart J 2003; 24:1231–43.
7. Soler-Soler J., Galve E. Worldwide perspective of valve disease. Heart 2000; 83:721–5.
8. Boudoulas H. Etiology of valvular heart disease. Expert Rev Cardiovasc Ther 2003;1:523–32.
9. Carabello B.A., Chatterjee K., Faxon D.R. et al. ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. JACC 2006;48;3:1–148.

Продолжение – в следующем номере.