

ФОРМУЛИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА В КАРДИОЛОГИИ*

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

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Минздравсоцразвития России, Москва

Контакты: Иван Владимирович Новиков hilfswillige@mail.ru

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

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's Therapy Department, Russian State Medical University; Ministry of Health and Social Development of Russia, Moscow

Basic nosologic units of cardiovascular pathology and examples of how to formulate diagnoses, by taking into account actual classifications are presented.

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

Введение

Во II части нашей статьи мы продолжаем знакомить начинающих врачей-клиницистов с основными принципами построения диагноза в кардиологии по нозологическому принципу.

Инфекционный эндокардит

Согласно традиционным подходам к классификации инфекционного эндокардита (ИЭ) выделяют острые и подострые его формы, в зависимости от скорости прогрессирования заболевания и развития клапанной деструкции. С учетом предшествующего состояния пораженных структур сердца различают:

- 1) ИЭ на естественных клапанах, первичный и вторичный;
- 2) ИЭ протеза клапанов, ранний (до 1 года после операции) и поздний.

К особым формам ИЭ относят ИЭ наркоманов, нозокомиальный ИЭ, ИЭ стариков, ИЭ при хроническом гемодиализе. В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2004) [1] при постановке диагноза ИЭ следует также учитывать следующие параметры.

— *Наличие или отсутствие инфекционного процесса в прошлом:*

- впервые возникший ИЭ;
- повторный ИЭ или рецидив.

— *Активность процесса:*

- активный ИЭ;
- перенесенный ИЭ.

— *Диагностический статус (согласно модифицированным критериям Duke, табл. 1):*

- достоверный ИЭ;
- вероятный ИЭ.

— *Локализация ИЭ:*

- ИЭ с поражением того или иного клапана;
- пристеночный ИЭ.

— *Микробиологическая характеристика ИЭ:*

- вид возбудителя;
- ИЭ с негативной гемокультурой;
- серологически негативный ИЭ;
- ПЦР-негативный ИЭ (ПЦР — полимеразная цепная реакция);
- гистологически негативный ИЭ.

В диагнозе также могут быть указаны внесердечные проявления ИЭ — гломерулонефрит, артрит, васкулит и др.

Примеры диагностических заключений

• ИЭ, подострый, первичный, вызванный *Strept. Viridans*, с поражением митрального клапана, недостаточность митрального клапана III степени, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIА стадии, II ФК (ФК — функциональный класс).

*Начало статьи см. в № 1, 2010.

Таблица 1. Диагностические критерии ИЭ (по Duke, в модификации J. Li), одобренные Американской кардиологической ассоциацией в 2005 г.

Критерии	Описание
Патоморфологические	1. Микроорганизмы, выявленные при бактериологическом или гистологическом исследовании вегетаций, эмболов или образцов из внутрисердечных абсцессов. 2. Вегетации или внутрисердечные абсцессы, подтвержденные гистологическим исследованием, выявившим активный ИЭ
Клинические:	
большие	1. Положительная гемокультура: – возбудители, типичные для ИЭ, выделенные из 2 отдельно взятых проб крови; – возбудители, согласующиеся с ИЭ (как минимум 2 положительных результата с интервалом ≥ 12 ч, или 3 положительных результата из 3, или большинство положительных результатов из ≥ 4 проб крови с интервалом между первой и последней ≥ 1 ч); – однократное выделение <i>Coxiella burnetii</i> или титра IgG к нему $> 1:800$. 2. Доказательства поражения эндокарда по данным ЭхоКГ: – наличие свежих вегетаций; – абсцесс; – новая дисфункция клапанного протеза; – вновь сформированная клапанная регургитация.
малые	1. Предрасположенность (сердечные состояния или частые внутривенные инъекции). 2. Температура тела $\geq 38^\circ\text{C}$. 3. Сосудистые феномены (эмболии крупных артерий, септические инфаркты легкого, микотические аневризмы, внутримозговые кровоизлияния, геморрагии на переходной складке конъюнктивы и повреждения Жаневье). 4. Иммунологические феномены (гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота и ревматоидный фактор). 5. Микробиологические данные: положительная гемокультура, не соответствующая большому критерию, или серологическое подтверждение активной инфекции, обусловленной потенциальным возбудителем ИЭ

Примечание. IgG — иммуноглобулин класса G, ЭхоКГ — эхокардиография. Достоверный ИЭ диагностируют при наличии 1 патоморфологического критерия или при сочетании клинических критериев — 2 больших, или 1 большого и 3 малых, или 5 малых. Вероятный ИЭ верифицируют при наличии 1 большого и 1 малого или 3 малых критериев.

Острый гломерулонефрит. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) I стадии.

- ИЭ, подострый, вторичный с поражением аортального клапана, врожденный двустворчатый аортальный клапан, недостаточность аортального клапана II степени, ХСН I стадии, I ФК.

- ИЭ, подострый, вторичный, с поражением митрального клапана; недостаточность митрального клапана II степени. Ревматическая болезнь сердца: сочетанный митральный порок (митральная регургитация II степени, митральный стеноз I степени). ХСН IIА стадии, II ФК.

Неревматические миокардиты

Принципы формулировки диагноза миокардита представлены в табл. 2 [2].

Таблица 2. Структура диагноза миокардита.

Критерии	Миокардит
Течение миокардита	Острый, подострый, хронический
Распространенность воспалительного процесса	Очаговый, диффузный
Этиологический фактор	Вирусный, бактериальный, грибковый, паразитарный, аллергический, токсический, неуточненный
Степень тяжести	Легкая, умеренная, тяжелая форма

Классификация миокардита по степени тяжести основана на изменении размеров сердца и степени выраженности сердечной недостаточности (СН).

Легкая форма не сопровождается кардиомегалией и признаками СН. Данная форма протекает с формированием субъективных симптомов, появляющихся через 2–3 нед после перенесенной инфекции.

Среднетяжелая форма протекает в сочетании с кардиомегалией, но без признаков СН в состоянии покоя; чаще всего заканчивается полным выздоровлением.

Тяжелая форма характеризуется наличием кардиомегалии и выраженных признаков СН (острой или хронической); в редких случаях может проявляться кардиогенным шоком или серьезными нарушениями ритма и проводимости с синдромом Морганьи—Адамса—Стокса.

Примеры диагностических заключений

• Грипп. Острый очаговый миокардит, легкая форма. Наджелудочковая экстрасистолия. ХСН 0 стадии.

• Острый диффузный миокардит неуточненной этиологии. Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ). Пароксизм желудочковой тахикардии от ХСН IIА стадии, III ФК.

Кардиомиопатии

Согласно определению Европейского общества кардиологов (ЕОК) от 2008 г. кардиомиопатия (КМП) является заболеванием миокарда, при котором имеют место структурные и функциональные аномалии сердечной мышцы, не связанные с наличием ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии, приобретенных клапанных и врожденных пороков сердца, которые могли бы привести к возникновению этих аномалий [3].

В соответствии с классификацией ЕОК выделяют следующие фенотипы КМП:

- дилатационная (ДКМП);
- гипертрофическая (ГКМП);
- рестриктивная (РКМП);
- аритмогенная дисплазия правого желудочка;
- неклассифицируемая.

Каждый фенотип подразделяют на семейные и несемейные формы. К семейным формам относят как собственно семейные случаи одинаковых генных мутаций, приводящих к развитию характерного фенотипа, так и спорадические (*de novo*) случаи выявленных моногенных мутаций, указывающих на то, что эти пациенты могут передать данные мутации своим детям. Среди несемейных форм можно выделить идиопатические и приобретенные, при которых желудочковая дисфункция является осложнением основного заболевания (за исключением заболеваний, приведенных в определении КМП).

ГКМП определяется как гипертрофия миокарда, развившаяся в отсутствие гемодинамической перегрузки, которая могла бы привести к возникновению гипертрофии такой степени, а также в отсутствие системных заболеваний, таких как амилоидоз и болезни накопления гликогена.

Диагноз ДКМП устанавливают при наличии дилатации левого желудочка (ЛЖ) и его систолической дисфункции в отсутствие перегрузки объемом или давлением или поражения коронарных артерий, потенциально способного привести к нарушению глобальной систолической функции ЛЖ.

В рамках несемейной приобретенной ДКМП выделяют:

- воспалительную;
- КМП беременных и родильниц;
- при ВИЧ-инфекции;
- при хроническом алкоголизме;
- лекарственную;

- при болезни Кавасаки;
- при гиперэозинофильном синдроме;
- при эндокринных заболеваниях;
- алиментарную (тиамин, карнитин, селен, гипокальциемия, гипофосфатемия);
- тахикардиомиопатию.

РКМП диагностируют при наличии рестриктивного типа наполнения желудочков с нормальными или сниженными диастолическими и систолическими объемами одного или обоих желудочков и нормальной толщиной их стенок. РКМП может носить как семейный или идиопатический характер, так и являться результатом наличия различных системных заболеваний и состояний, таких как системная склеродермия, амилоидоз, саркоидоз, карциноидный синдром с поражением сердца, токсическое действие антрациклинов. Рестриктивный тип наполнения желудочков может быть и следствием развития патологии эндокарда (фиброз, фиброэластоз, тромбоз). В зависимости от уровня эозинофилии эти состояния можно подразделить на протекающие в рамках гиперэозинофильного синдрома и эндомиокардиальный фиброз.

При постановке диагноза КМП следует учитывать наличие ряда осложнений, наиболее частыми из которых являются нарушения ритма и проводимости, тромбоэмболии и застойная СН.

Примеры диагностических заключений

• Идиопатическая ДКМП. Фибрилляция предсердий (ФП), постоянная форма, тахисистолия. ХСН IIА стадии, III ФК.

• ГКМП, обструктивная форма. Стенокардия напряжения II ФК, ЖЭ. ХСН I стадии, II ФК.

• Идиопатическая РКМП. ХСН IIВ стадии, III ФК.

• Аритмогенная дисплазия правого желудочка. Пароксизмальная устойчивая желудочковая тахикардия. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора от ... г. ХСН 0 стадии.

Нарушения ритма сердца

Нарушениями сердечного ритма, или аритмиями, называют:

- 1) изменение частоты сердечных сокращений выше или ниже нормального предела колебаний;
- 2) нерегулярность ритма сердца (неправильный ритм) любого происхождения;
- 3) изменение локализации водителя ритма;
- 4) нарушение проведения электрического импульса по различным участкам проводящей системы сердца.

Наиболее удобной и часто используемой в клинической практике является классификация нарушений ритма сердца по М.С. Кушаковскому и Н.Б. Журавлевой (1981) в модифицированном виде. Согласно данной классификации все аритмии подразделяют на 3 большие группы:

- 1) обусловленные нарушением образования электрического импульса;
- 2) связанные с нарушением проводимости;
- 3) комбинированные.

В практической работе удобно также использовать деление всех аритмий на суправентрикулярные (наджелудочковые), желудочковые и нарушения проводимости. Основные методы диагностики аритмий — электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование по Холтеру, чреспищеводная электрическая стимуляция и внутрисердечное электрофизиологическое исследование (проводят по показаниям).

Необходимо помнить о том, что аритмия может являться как самостоятельной нозологической формой, так и осложнением другого заболевания — в этом случае соответствующую нозологию выносят на 1-е место в клиническом диагнозе. Рассмотрение всех возможных вариантов аритмий выходит далеко за рамки данной статьи, однако хотелось бы отметить наиболее распространенные из них. Так, ФП (в отечественной клинической практике более распространен термин «мерцательная аритмия») согласно классификации ACC/AHA/ESC (2006) [4] подразделяют на:

- пароксизмальную — длится ≤ 7 дней, купируется спонтанно;
- персистирующую (устойчивую) — длится > 7 сут, может быть купирована только с помощью медикаментозной или электрической кардиоверсии;
- постоянную — не поддающуюся устранению.

Кроме того, выделяют впервые возникшую и рецидивирующую ФП.

Другой широко распространенной формой аритмии является ЖЭ. Для оценки прогностической значимости ЖЭ В. Lown и М. Wolf (1971) была предложена система градаций, в дальнейшем модифицированная М. Ryan et al.

В соответствии с результатами суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру различают 6 классов ЖЭ:

- класс 0 — отсутствие ЖЭ за 24 ч мониторингового наблюдения;
- класс 1 — < 30 ЖЭ за любой час мониторирования;
- класс 2 — > 30 ЖЭ за любой час мониторирования;

- класс 3 — полиморфные ЖЭ;
- класс 4а — мономорфные парные ЖЭ;
- класс 4б — полиморфные парные ЖЭ;
- класс 5 — ≥ 3 ЖЭ подряд в пределах ≤ 30 с (неустойчивая пароксизмальная желудочковая тахикардия).

В целом ЖЭ более высоких градаций (2–5-го класса) ассоциируются с большим риском возникновения фибрилляции желудочков и внезапной сердечной смерти. Мономорфные изолированные ЖЭ, относящиеся, как правило, к 1-му классу по классификации В. Lown и М. Wolf, регистрирующиеся при холтеровском мониторировании у 65–70 % пациентов со здоровым сердцем, не сопровождаются клиническими и ЭхоКГ-признаками органической патологии сердца и изменениями гемодинамики. В связи с этим они получили название «функциональные» ЖЭ. Органические ЖЭ, отличающиеся более серьезным прогнозом, обычно возникают у пациентов, имеющих органические заболевания сердца. В этих случаях чаще регистрируют политопные, полиморфные, парные ЖЭ и даже короткие эпизоды («пробежки») неустойчивой желудочковой тахикардии [5].

Примеры диагностических заключений

Фибрилляция/трепетание предсердий

- ФП, постоянная форма; нормосистолия.
- ФП, персистирующая, тахисистолия.
- ФП, пароксизмальная форма, пароксизм от _____, купированный электроимпульсной терапией.
- ФП, впервые выявленная, неизвестной давности; нормосистолия. ХСН I стадии, II ФК.
- Трепетание предсердий, правильная форма (2:1), пароксизм от _____.
- Трепетание предсердий, неправильная форма, персистирующая.

Желудочковые нарушения ритма

- ИБС: постинфарктный кардиосклероз (... г.). ЖЭ, политопная (класс III по Lown). ХСН IIa стадии, III ФК.
- ГКМП, необструктивная форма. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. ХСН I стадии, II ФК.
- ИБС: стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз (... г.), атриовентрикулярная блокада II степени (Мобитц I). ХСН IIb стадии, III ФК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Horstkotte D., Follath F., Gutschik E., et al. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis executive summary; the task force on infective endocarditis of the European society of cardiology. Eur Heart J 2004;25:267–76.
2. Кардиология: национальное руководство. Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М., 2007.

3. Elliott P., Andersson B., Arbustini E., et al. ESC Report. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European society of cardiology working group on myocardial and pericardial diseases. Eur Heart J 2008;29:270–6.
4. Fuster V., Rydén L.E., Cannom D.S., et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial

Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. Circulation 2006;114:257–354.

5. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. М., 2003.