

А.В.Тополянский

**ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ
И СИНДРОМЫ
В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
В ТАБЛИЦАХ И СХЕМАХ**

СПРАВОЧНИК

Под редакцией проф. ***А.Л.Вёрткина***



Москва
«МЕДпресс-информ»
2017

УДК 616.12-07

ББК 54.101

T58

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Тополянский Алексей Викторович – д.м.н., заведующий кардиологическим отделением ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого ДЗМ, профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова

Вёрткин Аркадий Львович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова

Тополянский А.В.

- T58 Основные симптомы и синдромы в кардиологической практике: дифференциальный диагноз в таблицах и схемах : справочник / под ред. проф. А.Л.Вёрткина. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 304 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-488-4

Книга посвящена проблемам дифференциальной диагностики при клинических симптомах и синдромах, часто встречающихся в практике кардиологов и терапевтов. В справочнике подробно описаны подходы к анализу жалоб, правила сбора анамнеза, возможные находки при объективном исследовании и их дифференциально-диагностическое значение, рассмотрены современные лабораторные и инструментальные методы исследования, способствующие правильной и быстрой постановке диагноза. Материал представлен в форме таблиц, что делает структуру книги максимально удобной для читателя. Приведенные в справочнике результаты электрокардиографического, эхокардиографического и рентгенологического исследований наглядно иллюстрируют диагностические возможности методов, наиболее часто применяемых для диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Книга адресована широкому кругу практикующих кардиологов и терапевтов.

УДК 616.12-07

ББК 54.101

ISBN 978-5-00030-488-4

© Тополянский А.В., 2017

© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2017



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Список сокращений	5
1. Артериальная гипертензия	7
2. Артериальная гипотензия	21
3. Асцит	31
4. Боль в грудной клетке	42
5. Брадикардия	73
6. Выпот в перикард	86
7. Гепатомегалия	98
8. Дисфагия	109
9. Желтуха	116
10. Кардиомегалия	127
11. Кашель	163
12. Кровохарканье	185
13. Обморок	193
14. Одышка	202
15. Отеки	213
16. Плевральный выпот	222
17. Сердцебиение	236
18. Тахикардия	242
19. Цианоз	286
20. Шумы сердца	289



ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель создания данного справочника – помочь кардиологам и терапевтам в вопросах оценки симптомов и синдромов, наиболее часто встречающихся в клинической практике при сердечно-сосудистых заболеваниях. Современные рекомендации Европейского общества кардиологов и Всероссийского научного общества кардиологов касаются ведения пациентов с определенными нозологическими формами. Однако проблемы дифференциальной диагностики заболеваний в современной литературе почти не обсуждаются, хотя ее важность не вызывает сомнений – даже самые современные методы лечения оказываются как минимум неэффективными в случае исходно неправильной диагностики. Представленные в виде таблиц алгоритмы опроса и клинического обследования больных с определенным ведущим симптомом моделируют осмотр пациента и помогают практическому врачу отнести тот или иной клинический признак к определенному заболеванию; в том же виде представлены результаты дополнительных методов обследования, позволяющие врачу утвердиться в правильной трактовке клинической картины заболевания или отвергнуть предположительный диагноз.

Автор выражает благодарность коллегам, помогавшим создавать и иллюстрировать справочник, – В.Д.Тополянскому, Т.Н.Герчиковой, Н.В.Кондратенко, Г.А.Литваковской, О.В.Лукьяненко, К.Ю.Михайличенко.

А.В.Тополянский

1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериальная гипертензия (АГ) – стойкое повышение артериального давления (АД) выше границ физиологической нормы (139/89 мм рт.ст.) у лиц, не получающих гипотензивную терапию. Под изолированной систолической АГ понимают стойкое повышение систолического АД выше 139 мм рт.ст. при нормальном диастолическом АД.

«Неприемлемым следует признать распространение термина “гипертоническая болезнь” на все этиологически и анатомически различные формы гипертоний, включая вторичные, симптоматические гипертонии, как это делают некоторые зарубежные авторы» (цит. по: Тареев Е.М. Гипертоническая болезнь. – М.: Медгиз, 1948. – С. 8).

При эссенциальной АГ (гипертонической болезни) причину стойкого повышения АД выявить не удастся, в отличие от вторичных (симптоматических) АГ, связанных с повреждением органов или систем, влияющих на уровень АД. По мнению некоторых авторов, зачастую выявить причину АГ не удастся из-за недооценки психотравмирующих факторов; если их воздействие продолжается достаточно долго, в артериальном русле начинают развиваться атеросклеротические изменения. Наиболее неблагоприятно поражение мест ветвления почечных и сонных артерий, являющееся важным звеном патогенеза стойкой АГ. Поскольку соответствующее обследование проводят редко, большинство подобных больных формально остается в группе эссенциальной АГ.

Заподозрить вторичную АГ можно в следующих случаях:

- повышение уровня АД в возрасте до 30 лет;
- внезапное появление или утяжеление течения АГ в среднем возрасте;
- злокачественная АГ с диастолическим давлением более 130 мм рт.ст. и поражением органов-мишеней;
- АГ, устойчивая к трем антигипертензивным препаратам в адекватной дозе;
- повреждение почек неустановленной этиологии.

Таблица 1.1. Возможные причины вторичной АГ

Группа заболеваний	Нозологические формы
Паренхиматозные заболевания почек	• Поликистоз почек; • хронический пиелонефрит; • хронический гломерулонефрит; • диабетическая, подагрическая нефропатия
Поражение почечных артерий с развитием вазоренальной гипертензии	• Фибромускулярная дисплазия почечных артерий; • атеросклеротический стеноз почечных артерий; • васкулиты (неспецифический аортоартериит – синдром Такаясу, узелковый полиартериит); • экстравазальная компрессия почечных артерий (рубцовой тканью, увеличенными лимфатическими узлами, новообразованием)
Эндокринные расстройства	• Феохромоцитома; • гиперальдостеронизм (болезнь или синдром Кона); • гиперкортицизм (болезнь или синдром Кушинга); • гипертиреоз
Поражение крупных артерий	• Коарктация аорты; • аортальная недостаточность; • атеросклероз аорты с утратой ее эластичности; • неспецифический аортоартериит (синдром Такаясу)
Органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС)	• Внутречерепные образования – абсцессы, опухоли головного мозга; • инфекционно-воспалительные поражения головного мозга – энцефалиты, менингиты; • травмы головы – сотрясение, ушиб головного мозга

Таблица 1.2. Наиболее распространенные причины вторичных форм АГ в зависимости от возраста (цит. по: Viera A.J., Neutze D.M., 2010)

Возрастная группа	Наиболее частая причина вторичной АГ
Дети (до 12 лет)	• Паренхиматозные заболевания почек; • коарктация аорты
Подростки (от 12 до 18 лет)	• Паренхиматозные заболевания почек; • коарктация аорты
Лица молодого возраста (от 19 до 39 лет)	• Дисфункция щитовидной железы; • фиброзно-мышечная дисплазия почечных артерий; • паренхиматозные заболевания почек

Возрастная группа	Наиболее частая причина вторичной АГ
Лица среднего возраста (от 40 до 65 лет)	• Гиперальдостеронизм; • дисфункция щитовидной железы; • синдром Кушинга; • феохромоцитома
Лица пожилого возраста (старше 65 лет)	• Атеросклеротический стеноз почечной артерии, экстра- и интракраниальных артерий; • гипотиреоз

Таблица 1.3. Оценка жалоб пациента с АГ

Группа симптомов	Возможные жалобы
Жалобы, указывающие на поражение органов-мишеней при АГ	• Головная боль, головокружения, нарушение зрения, речи, сенсорные и двигательные расстройства, транзиторные ишемические атаки указывают на поражение ЦНС. • Сердцебиение, приступы боли в грудной клетке, одышка, отеки свидетельствуют о поражении сердца с развитием гипертрофии миокарда и, возможно, ишемической болезни сердца (ИБС). • Жажда, полиурия, никтурия, гематурия, отеки характерны для поражения почек. • Похолодание конечностей, перемежающаяся хромота говорят об окклюзирующем поражении терминального отдела брюшной аорты, артерий нижних конечностей
Признаки, позволяющие заподозрить вторичную АГ	• Развитие гипертензии в молодом возрасте, высокий уровень АД при хорошей субъективной переносимости, рефрактерность гипертензии к стандартной гипотензивной терапии, рецидивирование отека легких, приступы боли в пояснице (в случае эмболии почечной артерии) и внезапное развитие почечной недостаточности указывают на вазоренальную гипертензию. У мужчин среднего и пожилого возраста следует предполагать атеросклеротическое поражение артерий, у молодых женщин – фиброзно-мышечную дисплазию. • Повторные подъемы АД в сочетании с головной болью и потливостью составляют характерную для феохромоцитомы триаду Карнея; кроме того, подобные приступы часто сопровождаются сердцебиением, тремором рук. • Нейромышечный синдром (периодически, чаще по ночам возникающие мышечная слабость, парестезии, судороги) и почечный синдром (полиурия, полидипсия, никтурия) – признаки гиперальдостеронизма.

1. Артериальная гипертензия

Группа симптомов	Возможные жалобы
	• Жалобы на галакторею, снижение тембра голоса, мышечную слабость и боли в суставах предьявляют больные акромегалией. • Повышенная возбудимость, раздражительность, суетливость, плаксивость, бессонница, снижение работоспособности, нарастающая слабость, потливость, прогрессирующее похудание (несмотря на хороший аппетит), плохая переносимость тепла, тахикардия, пароксизмы мерцательной тахиаритмии (особенно у молодой женщины) требуют исключения гипертиреоза. • Пациенты с коарктацией аорты жалуются на зябкость и повышенную утомляемость ног, а также на головную боль, ощущение пульсации в голове, головокружение, носовые кровотечения

Таблица 1.4. Оценка анамнестических сведений пациента с АГ

Вопрос	Клиническая значимость ответа
Есть ли возможные причины временного повышения АД?	Подъему АД могут способствовать боль любого происхождения, панические расстройства, прием алкоголя, волнение во время визита к врачу («гипертензия белого халата»)
Какова давность АГ?	Стойкое повышение АД в молодом возрасте позволяет предполагать наличие вторичной АГ. Значительный «стаж» гипертензии указывает на высокую вероятность поражения органов-мишеней и наличие ассоциированных клинических состояний (ИБС и др.)
Каковы обычные цифры АД?	Информация необходима для предварительного установления степени АГ (при отсутствии проводимой терапии), а также факта обострения АГ на момент осмотра. Высокое систолическое и низкое диастолическое АД помогают заподозрить аортальную недостаточность либо тяжелое атеросклеротическое поражение аорты
Каковы максимальные цифры АД?	Необходимы для сравнения с уровнем АД на момент осмотра, определения предполагаемой тяжести текущего обострения АГ

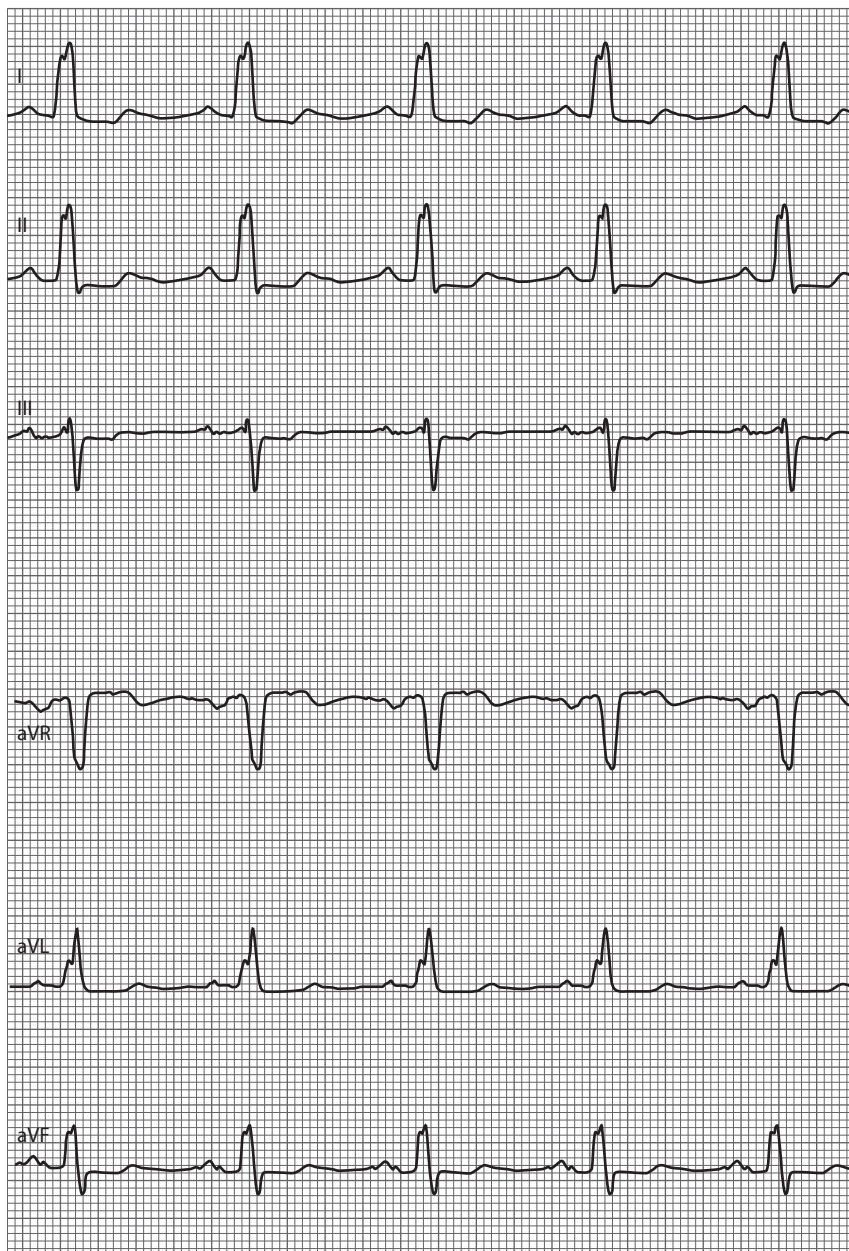


Рис. 1.1. ЭКГ пациента с гипертонической болезнью. Синусовый ритм, ЧСС 68 уд./мин, отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии ЛЖ с систолической перегрузкой: $R_{V_5} > R_{V_4}$, $R_{V_6} = 24$ мм, S_{V_2, V_3} глубокий, $S_{V_1(V_2)} + R_{V_5(V_6)} > 38$ мм →

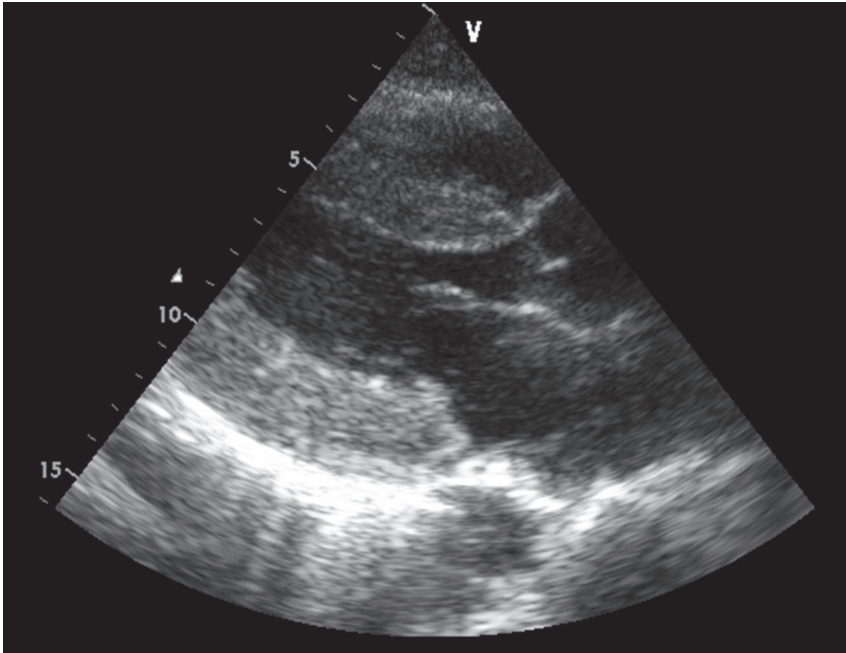


Рис. 1.2. ЭхоКГ пациентки с АГ. Парастеральная позиция по длинной оси ЛЖ. Выраженная concentрическая гипертрофия ЛЖ.

1. Артериальная гипертензия

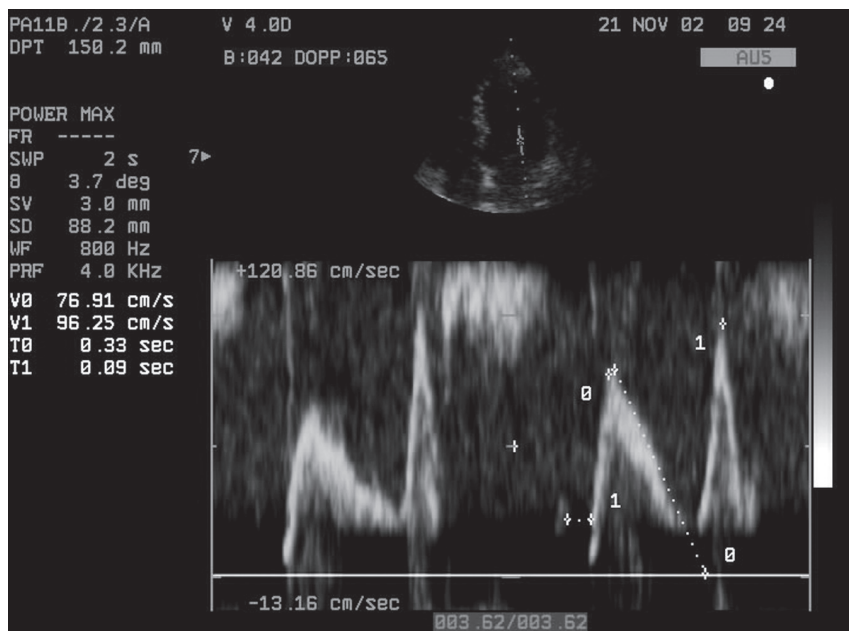


Рис. 1.3. ЭхоКГ пациента с АГ. Импульсный доплеровский режим. Признаки нарушения диастолической функции ЛЖ.

2. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ

Артериальная гипотензия – клинический синдром, характеризующийся острым или хроническим снижением уровня АД <100/60 мм рт.ст. у мужчин и <95/60 мм рт.ст. у женщин; согласно другим критериям – снижением АД <100/60 мм рт.ст. у людей в возрасте до 25 лет и <105/65 мм рт.ст. у людей старше 30 лет.

«Несмотря на то что в медицине речь о шоке идет более ста лет (Траверс, 1826), а о коллапсе и синкопе, хотя и под другими названиями, говорится уже в первых сочинениях по медицине, у клиницистов и патофизиологов еще и до настоящего времени нет ясного представления как о сущности этих состояний, так и об их патогенезе. И это странное положение в науке остается до нашего времени...» (цит. по: Стражеско Н.Д. Шок в клинике внутренних болезней / В кн.: «Избранные труды»: в 2 т. – Киев: Изд-во АН УССР, 1955–1956. – Т. 1. – С. 242).

Физиологическая артериальная гипотензия встречается у спортсменов, жителей высокогорья, иногда – у женщин, худощавых людей. Она не сопровождается какими-либо неприятными ощущениями; при обследовании изменений со стороны внутренних органов не выявляют. При патологической артериальной гипотензии транзиторное или стойкое снижение АД приводит к появлению клинической симптоматики заболевания.

Таблица 2.1. Причины артериальной гипотензии

Варианты гипотензии	Причины артериальной гипотензии
Первичная (эссенциальная)	Вариант вегетативной дисфункции
Вторичная (симптоматическая)	- Острая артериальная гипотензия (коллапс, шок): - заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся снижением сердечного выброса (ИМ, острая митральная недостаточность вследствие разрыва сосочковых мышц или сухожильных хорд, пароксизмальные аритмии, тромбоэмболия легочной артерии [ТЭЛА], тампонада сердца и др.);

2. Артериальная гипотензия

Варианты гипотензии	Причины артериальной гипотензии
	– гиповолемия – абсолютная (в случае кровотечения, обезвоживания вследствие потери плазмы при ожогах, потери жидкости при обильном потоотделении, диарее, упорной рвоте, полиурии) или относительная (в случае перераспределения жидкости внутри тела и выхода ее из циркуляторного русла при перитоните, сепсисе, остром панкреатите, вазодилатации при анафилаксии и др.). • Хроническая артериальная гипотензия: – заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся снижением сердечного выброса (постоянные тахи- и брадиаритмии, постоянная электрокардиостимуляция, тяжелая СН, стеноз устья аорты); – эндокринные заболевания (гипотиреоз, хроническая надпочечниковая недостаточность)

Таблица 2.2. Оценка жалоб пациента с артериальной гипотензией

Вопрос	Клиническая значимость ответа
Есть ли боль в левой половине грудной клетки?	• Боль давящего, жгущего или раздражающего характера за грудиной, во всей передней грудной стенке, иногда иррадиирующая в плечи, шею, руки, спину, эпигастральную область, не купирующаяся нитратами, часто сочетающаяся с потливостью, резкой общей слабостью, бледностью кожных покровов, возбуждением, двигательным беспокойством позволяет предполагать у пациента ИМ, осложнившийся развитием кардиогенного шока. • При отсутствии ЭКГ-признаков ИМ, отрицательном тропониновом тесте в качестве причины болевого синдрома в грудной клетке и падения АД обсуждают ТЭЛА, расслоение аорты
Есть ли сердцебиение, перебои в работе сердца?	Сердцебиение и перебои в работе сердца, предшествующие внезапному падению АД, позволяют предполагать, что причиной гипотензии стали нарушения сердечного ритма и проводимости
Есть ли одышка?	Удушье может сопутствовать кардиогенному или анафилактическому шоку. Пациентов с вегетативной дистонией и хронической артериальной гипотензией может беспокоить ощущение нехватки воздуха, неполного вдоха

Вопрос	Клиническая значимость ответа
Есть ли боль в животе?	Боль в животе с последующим падением АД позволяет предполагать у пациента перитонит, панкреатит, кишечную непроходимость, у женщины детородного возраста – гинекологическую патологию (аппендицит, внематочную беременность)
Есть ли признаки кровотечения?	Внезапное падение АД может быть следствием массивной кровопотери у пациента с наружным кровотечением, меленой или рвотой «кофейной гущей»
Не было ли обморока?	Ортостатическая гипотензия – одна из возможных причин обмороков. У женщин детородного возраста внезапное падение АД и обморок при отсутствии очевидного заболевания, их объясняющего, требуют исключения нарушенной трубной беременности
Беспокоят ли пациента головокружение, головная боль?	При вегетативной дисфункции больные, как правило, жалуются на головную боль, чаще локализованную в затылочной области, тупую, давящую, монотонную, иногда – пульсирующую, приступообразную. Головокружение у таких пациентов обычно возникает при переходе из горизонтального положения в вертикальное, при длительном пребывании в душном помещении
Бывает ли приступообразное ухудшение самочувствия, какие ощущения возникают в этот момент?	При вегетативной дисфункции возможны вегетативные кризы – приступообразное ухудшение самочувствия: внезапная слабость, тошнота, шум в ушах, потливость, схваткообразная боль в животе, снижение АД, тревога
Есть ли выраженная мышечная слабость?	У пациента с хронической артериальной гипотензией мышечная слабость может быть проявлением хронической надпочечниковой недостаточности

Таблица 2.3. Оценка анамнестических сведений пациента с артериальной гипотензией

Вопрос	Клиническая значимость ответа
Каково привычное АД у пациента?	Стойкое снижение АД <100/60 мм рт.ст. у мужчин и <95/60 мм рт.ст. у женщин позволяет говорить о хронической артериальной гипотензии. Внезапное снижение АД у пациента с нормальными цифрами АД или АГ в анамнезе требует исключения острых состояний, угрожающих жизни

18. Тахикардия

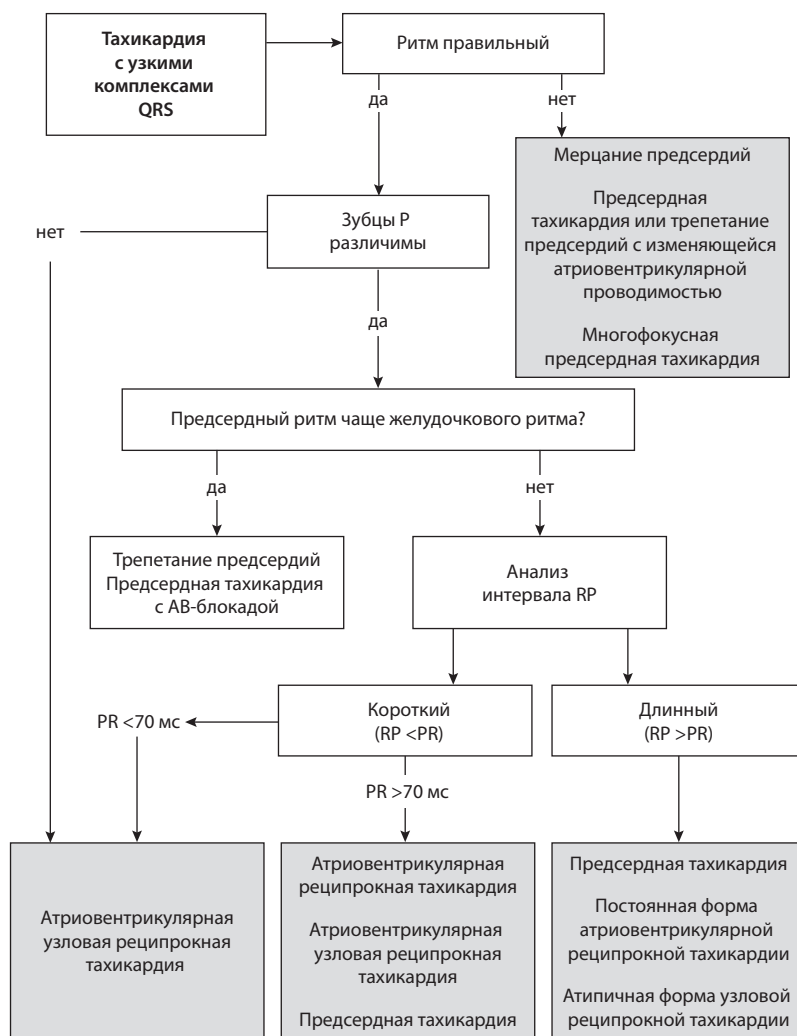


Рис. 18.1. Дифференциальная диагностика тахикардии с узким комплексом QRS (Рекомендации ЕОК, 2003).

Вариант пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии	Диагностические критерии	Эффективность вагусных проб и в/в введения АТФ
Синоатриальная реципрокная тахикардия (тахикардия синусового узла по механизму re-entry)	- отсутствие вторичных причин тахикардии (гипертиреоз, феохромоцитомы, детренированность и др.) - Ритм сердечных сокращений правильный, с частотой 120–150 уд./мин; - внезапное начало и прекращение приступа; - зубцы Р похожи, но не идентичны характерным для синусового ритма зубцам; - PR < RP; - запускается предсердной экстрасистолой	Купирование приступа
Предсердная тахикардия	- Ритм сердечных сокращений правильный, с частотой 150–250 уд./мин (редко – до 300 уд./мин); - об аритмии вследствие нарушения автоматизма свидетельствуют прогрессирующее укорочение интервалов PP в начале пароксизма тахикардии при наличии периода «разогрева» эктопического очага (рис. 18.3) и постепенное снижение его перед прекращением пароксизма (феномен «охлаждения»); - возможна незначительная вариабельность интервалов PP (в пределах 0,02–0,05 с), ритм учащается при физической нагрузке, стрессе; - регистрируется зубец Р, отличающийся по полярности, форме, амплитуде от синусового, перед комплексом QRS (рис. 18.4), положительные зубцы Р в отведениях II, III, aVF не свойственны большинству других наджелудочковых тахикардий; - PR < RP;	Купирование приступа либо нарастание АВ-блокады со снижением частоты желудочковых сокращений и последующим ее учащением

Вариант пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии	Диагностические критерии	Эффективность вагусных проб и в/в введения АТФ
	• линия между зубцами Р изоэлектрична во всех отведениях; • возможно развитие АВ-блокады – обычно 2:1 (рис. 18.5); • комплекс QRS суправентрикулярной формы; при сопутствующей блокаде ветви пучка Гиса возможна аберрантная форма комплекса QRS	
Многофокусная предсердная тахикардия	• В одном отведении выявляют различные по форме, амплитуде или полярности зубцы Р (по крайней мере трех разновидностей); • частота предсердного ритма 150–250 уд./мин; • между зубцами Р – изоэлектрическая линия; • отсутствует доминирующий предсердный водитель ритма; • интервалы PP, RR и PR различной продолжительности; • возможно появление АВ-блокады; • возможна абберация комплексов QRS вследствие блокады ветвей пучка Гиса	Не применяют
Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия	• Внезапное начало и прекращение приступа; • ритм сердечных сокращений правильный, с частотой 160–250 уд./мин; • пароксизм тахикардии запускается предсердной или желудочковой экстрасистолой; • при типичной атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии slow-fast волна возбуждения антеградно распространяется по медленному дополнительному	Купирование приступа, после чего могут наблюдаться несколько синусовых зубцов Р, не проводящихся к желудочкам, т.е. кратковременная желудочковая асистолия (рис. 18.7)