

А.В.Тополянский

КАРДИОЛОГИЯ

**Справочник
практического врача**

*Под общей редакцией
академика РАМН **Р.С.Акчурина***



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2009**

УДК 616.1
ББК 54.10я2
Т58

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.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Тополянский А.В.

Т58 Кардиология: Справочник практ. врача / А.В.Тополянский; Под общ. ред. акад. РАМН Р.С.Акчурина. — М. : МЕДпресс-информ, 2009. — 416 с. : ил.
ISBN 5-98322-458-1

Справочник содержит сведения об этиологии и патогенезе, клинических проявлениях и дифференциально-диагностических признаках, принципах консервативной терапии и возможностях оперативного лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Предназначен для специалистов-кардиологов, однако простота и доступность изложения материала позволяют рекомендовать его также врачам общей практики и скорой помощи, студентам медицинских вузов.

УДК 616.1
ББК 54.10я2

ISBN 5-98322-458-1

© Тополянский А.В., 2009
© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	5
------------------	---

Часть I. Основные симптомы болезней сердца

Боль в грудной клетке.....	9
Кровохарканье.....	18
Обморок.....	22
Одышка.....	32
Отеки.....	37
Плевральные выпоты.....	43
Сердцебиение.....	48
Цианоз.....	49
Принципы выбора рациональной фармакотерапии в кардиологии.....	53
Электрокардиостимуляция.....	63
Сердечно-легочная реанимация.....	73
Психосоматические расстройства в практике кардиолога.....	81
Вегетативная дистония.....	81
Вегетативные кризы.....	87
Депрессия.....	91

Часть 2. Болезни сердца

Алкогольная болезнь сердца.....	99
Амилоидоз сердца.....	103
Аневризма аорты.....	105
Аневризма аорты расслаивающая.....	108
Аневризма сердца.....	114
Аортальный порок сердца.....	116
Аортоартериит неспецифический.....	126
Артериальная гипертензия.....	127
Артериальная гипотензия.....	148
Атеросклероз.....	150
Безболевая ишемия миокарда.....	159
Блокады сердца.....	160
Боталлова (артериального) протока незаращение.....	172
Вариантная стенокардия.....	174
Вольфа–Паркинсона–Уайта синдром.....	177
Гипертонический криз.....	181
Декстрокардия.....	190
Дефект межжелудочковой перегородки.....	191

Дефект межпредсердной перегородки	194
Дисгормональная кардиопатия	196
Инфаркт миокарда	197
Инфекционный эндокардит	225
Кардиальный синдром Х	236
Кардиогенный шок	237
Кардиопатии	241
Кардиосклероз	249
Коарктация аорты	250
Легочное сердце	252
Мерцательная аритмия	257
Метаболический синдром Х	272
Миксома сердца	273
Миокардит	276
Митральный порок	279
Пароксизмальная тахикардия	291
Перикардит	302
Пируэтная тахикардия	312
Пороки сердца врожденные	315
Пролапс митрального клапана	318
Ревматизм	321
Сердечная астма и отек легких	326
Сердечная недостаточность	333
Синусовые нарушения ритма сердца	348
Сифилитический аортит	350
Слабости синусового узла синдром	352
Спортивное сердце	353
Стенокардия	356
Тиреотоксическое сердце	380
Травмы сердца	382
Трикуспидальный порок	384
Тромбоэмболия ветвей легочной артерии и инфаркт легкого	385
Экстрасистолия	397
Алфавитный указатель	404
Список рекомендуемой литературы	407

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель предлагаемого справочника – помочь кардиологам и терапевтам в вопросах диагностики, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся в клинической практике сердечно-сосудистых заболеваний. Являясь справочником практического врача, книга не претендует на полное отражение всего спектра известных сегодня заболеваний и синдромов, относящихся к сердцу и сосудам. Так, в нее вошли лишь те врожденные пороки сердца, которые встречаются у взрослых и поэтому представляют интерес для кардиологов и терапевтов. Из системных васкулитов включен только аортоартериит (болезнь Такаяду), имеющий наибольшее значение во врачебной практике. Не вошли в справочник многие болезни артерий и вен, являющиеся прерогативой сосудистых хирургов.

В подготовке справочника принимала участие сотрудник Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России канд. мед. наук Э.Е.Власова, которая осветила показания к хирургическому вмешательству, современные возможности оперативного лечения ряда болезней сердца и сосудов, некоторые аспекты амбулаторного ведения прооперированных больных.

Автор выражает благодарность кандидатам мед. наук Т.Н.Герчиковой и О.Б.Талибову за предоставленные электрокардиограммы и схемы, докт. мед. наук М.К.Рыбаковой и канд. мед. наук О.В.Лукьяненко за консультации по вопросам эхокардиографии и предоставленные эхокардиограммы, канд. мед. наук Г.А.Литваковской за редактирование материалов по лучевой диагностике и предоставленные рентгенограммы.

Часть I

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ – важнейший симптом острых заболеваний органов грудной клетки и одна из наиболее частых причин обращения больных к врачу; возможные ее причины приведены в таблице 1. Следует подчеркнуть, что острая приступообразная боль в груди может быть самым ранним и до определенного момента единственным проявлением заболевания сердца, поэтому подобная жалоба всегда должна настораживать врача. Таких больных надо тщательно обследовать, и в большинстве случаев диагноз может быть поставлен уже при первом осмотре пациента на основании анамнеза, данных осмотра и электрокардиографии.

Острая, сильная, сжимающая, сдавливающая, раздирающая, жгучая боль за грудиной или слева от нее – важнейший симптом инфаркта миокарда. Боль может появиться при нагрузке или в покое в виде приступа или часто повторяющихся приступов. Она локализуется за грудиной, нередко захватывая всю грудь, характерна иррадиация в левую

Таблица 1

Возможные причины боли в грудной клетке

Группа заболеваний	Нозологические формы
Заболевания сердечно-сосудистой системы	инфаркт миокарда стенокардия перикардит поражение аорты дисгормональная кардиопатия алкогольная кардиопатия
Заболевания органов дыхания	тромбоэмболия ветвей легочной артерии плеввропневмония плеврит пневмоторакс
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта	заболевания пищевода (повреждение слизистой оболочки инородным телом, рак, разрыв) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь язва желудка и двенадцатиперстной кишки желчная колика
Заболевания опорно-двигательного аппарата	грудной радикулит травма грудной клетки синдром Титце
Инфекционные заболевания	опоясывающий лишай
Психосоматические расстройства	вегетативная дистония депрессия

лопатку или в обе лопатки, спину, в левую руку или в обе руки, шею. Боль может продолжаться от 30 мин до нескольких суток. Нередко она сопровождается одышкой, тошнотой, рвотой, слабостью, усиленным потоотделением, сердцебиением, страхом смерти. Очень важно, что боль при инфаркте миокарда является самым ранним признаком острого коронарного синдрома и до определенного момента может быть единственным симптомом заболевания, лишь позднее появляются характерные изменения на ЭКГ (подъем или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T и появление патологического зубца Q). Характерно отсутствие эффекта при повторном приеме нитроглицерина; для купирования боли или уменьшения ее интенсивности приходится вводить наркотические анальгетики, иногда повторно.

Кратковременная острая, давящая или сжимающая боль за грудиной или слева от нее, появляющаяся в виде приступов, — основной симптом стенокардии. Локализацию боли в типичных случаях больной показывает, сжимая руку в кулак напротив центра грудины; боль, локализацию которой больной показывает одним пальцем (особенно в области верхушки сердца), не характерна для ишемии миокарда. Боль при стенокардии может иррадиировать в левое предплечье и кисть (обычно ощущается во внутренней их стороне), левую лопатку, шею, эпигастрий; в отличие от других заболеваний, возможна иррадиация в зубы и нижнюю челюсть; иррадиация в нижние конечности не характерна для стенокардии. Ангинозный приступ может сопровождаться вегетативными реакциями (тошнотой, потливостью), ощущением нехватки воздуха и страхом смерти. Боль возникает обычно на высоте физического напряжения — при ходьбе, особенно при попытке идти быстрее, подъеме по лестнице или в гору, с тяжелыми сумками (стенокардия напряжения), иногда как реакция на холодный ветер. Прогрессирование болезни, дальнейшее ухудшение венозного кровообращения ведут к появлению приступов стенокардии при все меньшей физической нагрузке, а затем и в покое. При стенокардии боль не столь интенсивна, как при инфаркте миокарда, и значительно менее продолжительна — обычно она длится не более 10–15 мин (но не несколько секунд и не часами или сутками) и купируется в покое при приеме нитроглицерина. Боль за грудиной, появляющаяся в виде приступов, длительное время может быть единственным симптомом болезни. На ЭКГ могут выявляться признаки ранее перенесенного инфаркта миокарда, в момент болевого приступа иногда удается зарегистрировать признаки ишемии миокарда (депрессию или, реже, подъем сегмента ST, а также инверсию зубца T). В то же время внимательное обследование больного стенокардией, в том числе электрокардиографическое, даже во время болевого приступа может и не выявить существенных отклонений от нормы. Следует отметить, что изменения на ЭКГ без соответствующего анамнеза не могут являться критерием стенокардии (этот диагноз основывается только на данных, полученных при тщательном расспросе пациента).

В тех случаях, когда острая, резкая, сжимающая боль за грудиной или в области сердца с иррадиацией в левое плечо, нижнюю челюсть развивается в покое (чаще во сне или утром), длится 10–15 мин, сопровождается преходящим подъемом сегмента ST в момент приступа и быстро купируется нитроглицерином или нифедипином (коринфаром), можно думать о вариантной стенокардии (стенокардии Принцметала).

Стенокардия может являться одним из проявлений стеноза клапана аорты. Правильный диагноз может быть поставлен на основании характерной аускультативной картины, объективных и электрокардиографических признаков выраженной гипертрофии левого желудочка и подтвержден при эхокардиографии.

Для боли при перикардите характерно постепенное нарастание ее интенсивности, но на высоте процесса (при появлении экссудата) боль может уменьшиться или исчезнуть; она связана с дыханием, кашлем, глотанием и зависит от положения тела (обычно уменьшается в положении сидя с наклоном вперед и усиливается в горизонтальном положении). Боль чаще носит жгущий, режущий или колющий характер, локализуется за грудиной, может иррадиировать в шею, спину, плечи, эпигастральную область; длится несколько часов или дней. Выявляемый при аускультации шум трения перикарда позволяет установить точный диагноз. На ЭКГ может обнаруживаться синхронный (конкордантный) подъем сегмента ST во всех отведениях, что нередко приводит к ошибочной диагностике инфаркта миокарда. Типично отсутствие эффекта от приема нитроглицерина, лучше всего боль купируется ненаркотическими анальгетиками.

Боль в груди, по интенсивности не уступающая боли при инфаркте миокарда, может стать симптомом расслаивающей аневризмы аорты. Боль возникает остро, чаще на фоне гипертонического криза или при нагрузке (физической или эмоциональной), локализуется за грудиной, иррадирует вдоль позвоночника, иногда распространяясь по ходу аорты в нижние отделы живота и ноги, не зависит от положения тела. Она имеет раздирающий, распирающий, нередко волнообразный характер, длится от нескольких минут до нескольких суток. Возникшая в начале расслоения боль может исчезнуть на несколько часов или дней («светлый промежуток»), а затем возобновиться. Заболевание может сопровождаться асимметрией пульса на сонных и лучевых артериях, ослаблением или отсутствием пульса на бедренных артериях, колебаниями АД от резкого подъема до внезапного падения вплоть до развития коллапса. Часто выявляется значительная разница в уровне АД на левой и правой руках, соответствующая асимметрии пульса. Вследствие депонирования крови под интимой аорты нарастают признаки анемии. Дифференциальный диагноз с острым инфарктом миокарда особенно труден в тех случаях, когда на ЭКГ появляются изменения – неспецифические или в виде депрессии, иногда подъема сегмента ST (хотя и без характерной для инфаркта миокарда цикличности изменений ЭКГ при

динамическом наблюдении). Даже повторное введение наркотических анальгетиков часто не купирует болевой синдром.

При сифилитическом мезоартрите, выраженном атеросклерозе аорты, ее воспалительных заболеваний (аортитах), формировании хронической аневризмы аорты может возникать аорталгия — тупая давящая, ноющая, распирающая боль, локализуемая за грудиной или рядом с ней, обусловленная, как полагают, поражением парааортальных нервных сплетений. Как правило, боль возникает без четкой связи с физической нагрузкой (иногда после незначительной физической нагрузки, причем интенсивность нагрузки, ведущей к появлению болевого приступа, непостоянна), длится часами и сутками, не сопровождаясь изменениями на ЭКГ.

При дисгормональной (климактерической) кардиопатии больные жалуются на чувство тяжести, стеснения, режущую, жгущую, прокалывающую, пронизывающую боль слева от грудины, в области верхушки сердца или левого соска с возможной иррадиацией в левую руку, лопатку. Боль может быть кратковременной, но чаще длится часами, днями, месяцами, периодически усиливаясь (особенно ночью, а также весной и осенью), она не связана с физической нагрузкой, не уменьшается в покое, нитратами четко не купируется. Дисгормональная кардиопатия может быть заподозрена у больной соответствующего возраста (45–55 лет) с кардиалгиями, «приливами» (внезапно возникающим чувством жара в верхней половине туловища, коже лица и шеи с последующими гиперемией и потоотделением), вегетативной симптоматикой, нередко с признаками депрессии. На ЭКГ могут выявляться отрицательные зубцы Т в отведениях V_1 – V_4 . Медикаментозная терапия включает β -адреноблокаторы, при необходимости — психотропные средства (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты).

При алкогольной кардиопатии (алкогольной болезни сердца) тянущая, ноющая, колющая боль локализуется в области соска, верхушки сердца, иногда захватывает всю прекардиальную область; не связана с физической нагрузкой, не появляется постепенно, исподволь; длится часами и сутками, не купируясь нитроглицерином. Болевые ощущения нередко сочетаются с чувством нехватки воздуха (точнее — неудовлетворенности вдохом), сердцебиением, похолоданием конечностей. На начальных этапах заболевания постановке правильного диагноза помогает выявляемая при тщательном расспросе связь возникновения кардиалгии с алкогольным эксцессом: боль обычно возникает на выходе больного из запоя, на следующий день или через несколько дней после злоупотребления алкоголем. Характерен внешний вид пациента — гиперемия лица, крупный тремор рук. На более поздних стадиях заболевания при объективном исследовании обнаруживают признаки увеличения левых и правых отделов сердца, нарушения сердечного ритма и симптомы сердечной недостаточности. На ЭКГ выявляют перегрузку правых и левых отделов сердца, изменения конечной части желудочкового комплекса

в виде депрессии сегмента ST, появления патологического высокого, двухфазного, изоэлектрического или отрицательного зубца T. Быстрое, в течение 5–7 дней, восстановление нормального рисунка ЭКГ при отсутствии характерной клиники стенокардии, как правило, позволяет исключить ишемическую болезнь сердца. Дополнительные методы исследования (суточное ЭКГ-ST-мониторирование, велоэргометрия, эхокардиография) также могут потребоваться для проведения дифференциального диагноза между алкогольной и ишемической болезнями сердца. Для постановки точного диагноза нередко требуются госпитализация и наблюдение в условиях кардиологического отделения.

Боль при тромбоэмболии ветвей легочной артерии возникает остро, интенсивно, локализуется за грудиной, в правой или левой половине грудной клетки, длится от 15 мин до нескольких часов. Боль может сопровождаться выраженной одышкой, падением АД, иногда обмороком. На ЭКГ могут регистрироваться признаки перегрузки правых отделов сердца: высокий заостренный зубец P в отведениях II, III, aVF, отклонение электрической оси сердца вправо, признак МакДжина–Уайта (глубокий зубец S в I стандартном отведении, глубокий зубец Q в III отведении), неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Боль купируется наркотическими анальгетиками.

При заболеваниях легких боль в грудной клетке обычно связана с дыханием и нередко сопровождается повышением температуры тела. Локализация боли при плевропневмонии, инфаркте легкого зависит, как правило, от места расположения воспалительного очага в легких. Дыхательные движения, особенно глубокий вдох и кашель, ведут к усилению боли, которая при этих заболеваниях обусловлена раздражением плевры. В связи с этим больные обычно шадят пораженную сторону; дыхание становится неглубоким, пораженная сторона отстает. Следует подчеркнуть, что при плевропневмонии и плеврите в первые часы и дни болезни боль нередко является основным субъективным симптомом. Важнейшую роль для постановки правильного диагноза играют перкуссия и аускультация легких, позволяющие выявить объективные признаки легочной патологии. Боль, связанная с раздражением плевры, хорошо купируется ненаркотическими анальгетиками.

Появление у больного пневмонией резчайшей боли в груди, сочетающейся с выраженной одышкой, интоксикацией, иногда коллапсом, характерно для прорыва абсцесса легкого в плевральную полость и развития пиопневмоторакса. У таких больных пневмония с самого начала может иметь характер абсцедирующей либо абсцесс может развиваться во время болезни.

Отличительная черта болевого синдрома при плеврите – четкая связь боли в грудной клетке с дыханием: усиление ее на вдохе, при кашле, при наклоне на противоположную сторону. Боль обычно уменьшается, если лечь на больную сторону (пациенты спят на стороне поражения) или уменьшить подвижность грудной клетки, сдавив ее руками.

Боль возникает при воспалении париетальной плевры, иннервируемой преимущественно межреберными нервами (в висцеральной нет болевых рецепторов), и обычно локализуется над очагом плеврита, однако она может иррадиировать в плечо, иногда (при поражении диафрагмальной плевры) в живот, имитируя патологию органов брюшной полости. При осмотре выявляют поверхностное и учащенное дыхание, ослабленное дыхание (больной щадит пораженную половину грудной клетки): в этой стадии болезни нередко выслушивают шум трения плевры — грубый скрежещущий звук в конце выдоха и в начале вдоха, исчезающий по мере накопления экссудата. Шум трения плевры не изменяется после покашливания, может усиливаться при надавливании фонендоскопом на грудную клетку. В отличие от хрипов и крепитации, шум трения плевры может выслушиваться при имитации глубокого вдоха (больного просят зажать рот и нос и сделать несколько дыхательных движений). Купировать болевой синдром позволяет применение ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств. Обычно через 1–2 сут. от возникновения болевого синдрома, при значительном скоплении экссудата в плевральной полости, боль стихает.

Иногда болевой синдром в левой половине грудной клетки связан с наличием у пациента плевральных, плевроперикардиальных или плевромедиастинальных спаек. Тупая ноющая боль при этом связана с дыхательными движениями: самочувствие больных нередко ухудшается при смене погоды.

При спонтанном пневмотораксе острая резкая боль в грудной клетке обычно продолжительна, наиболее выражена в момент развития пневмоторакса, усиливается при дыхании, повороте туловища; в дальнейшем на первый план выступает одышка. Боль сопровождается бледностью, слабостью, холодным потом, цианозом, тахикардией, снижением АД. Характерны отставание половины грудной клетки при дыхании и выявляемый при перкуссии тимпанит на стороне поражения, дыхание над этими отделами резко ослаблено или не прослушивается. На ЭКГ можно увидеть слабое нарастание амплитуды зубца R в грудных отведениях или резкое изменение положения электрической оси сердца.

Для острой боли в груди при заболеваниях пищевода — повреждении его слизистой оболочки инородным телом, раке — характерны локализация по ходу пищевода, связь боли с актом глотания, появление или резкое усиление боли при прохождении пищи по пищеводу, хороший эффект спазмолитиков и местноанестезирующих средств. Спазмолитическое действие нитроглицерина обуславливает его эффективность при болевом синдроме вследствие спазма пищевода, что может затруднять дифференциальную диагностику с приступом стенокардии.

Интенсивная боль за грудиной или в верхних отделах живота может быть проявлением спонтанного разрыва пищевода с попаданием кислого желудочного содержимого в средостение (синдром Бурхаве, или банкетный пищевод). Предрасполагающие факторы — переедание, ал-

коговое опьянение и возникающая при этом рвота. Боль может иррадиировать в спину, усиливаться при глотании, сопровождаться рвотой, иногда — с примесью крови, частым, поверхностным, затрудненным дыханием, явлениями шока. При рентгенологическом исследовании в средостении выявляют полость с горизонтальным уровнем жидкости; диагноз уточняют при контрастировании пищевода взвесью сульфата бария.

Продолжительная боль в области нижней трети грудины у мечевидного отростка, нередко сочетающаяся с болью в подложечной области и возникающая обычно сразу после еды, может быть обусловлена гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Характерно появление боли при переходе больного в положение лежа или сгибании, уменьшение или полное ее исчезновение в вертикальном положении, возможно облегчение боли после отрыжки или рвоты. Обычно при расспросе выявляют признаки гастроэзофагеального рефлюкса (изжога, повышенное слюноотделение) и хорошую переносимость физической нагрузки. Эффективны спазмолитические и антацидные средства (например, маалокс, ренни); нитроглицерин также может купировать подобный болевой синдром. Боль, обусловленная заболеваниями пищевода, может быть ошибочно принята за стенокардию, так как по локализации, а иногда и по характеру они зачастую трудно различимы. Сложность дифференциальной диагностики усугубляется эффективностью нитратов и возможными электрокардиографическими изменениями (отрицательные зубцы Т в грудных отведениях, которые, однако, нередко исчезают при регистрации ЭКГ в положении стоя). Следует также учитывать, что при этих заболеваниях нередко наблюдаются истинные приступы стенокардии рефлекторного характера.

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки жгущая боль локализуется в подложечной области или в правом подреберье, возникает в связи с приемом пищи и не связана с физической нагрузкой, купируется приемом антацидов.

При желчной колике боль также может локализоваться в подложечной области, однако пальпаторно болезненность определяется в правом подреберье; в таких случаях боль нередко провоцируется употреблением жирной пищи и сопровождается тошнотой, рвотой. На ЭКГ могут выявляться неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса.

При грудном радикулите боль в груди продолжительная, связана с движениями туловища. Характерны отсутствие приступообразности, усиление боли при движениях рук, наклоне головы в сторону, глубоком вдохе, локализация боли по ходу нервных сплетений и межреберных нервов. При пальпации шейно-грудного отдела позвоночника и межреберий обычно определяется выраженная болезненность. При определении локальной болезненности следует уточнить у пациента, та ли это боль, которая вынудила его обратиться за медицинской помощью, или это

другая, самостоятельная боль. Прием нитроглицерина, валидола почти никогда не уменьшает интенсивность боли, однако после применения нестероидных противовоспалительных средств и аппликации горчичников боль часто ослабевает или полностью купируется.

При травме грудной клетки диагностические трудности могут возникнуть в тех случаях, когда боль появляется не сразу, а через несколько суток. Указания в анамнезе на травму, четкая локализация боли под ребрами, усиление ее при пальпации последних, при движении, кашле, глубоком вдохе, т.е. в тех ситуациях, когда происходит некоторое смещение ребер, облегчают распознавание происхождения боли. Иногда наблюдается несоответствие между интенсивностью боли и характером (силой) травмы. В подобных случаях следует иметь в виду, что при самой легкой травме может выявиться скрытая патология костной ткани ребер, например, при метастатическом их поражении, миеломной болезни. При переломах ребер пальпация грудной клетки может выявить крепитацию. Рентгенография ребер, позвоночника, плоских костей черепа, таза помогает распознать характер костной патологии.

Боль в передней части грудной клетки, усиливающаяся при глубоком дыхании, кашле, поворотах туловища, и утолщение передних отделов ребер характерны для синдрома Титце — дегенеративно-воспалительного заболевания хрящевых отделов верхних (чаще II—III) ребер с одной стороны, с их плотным болезненным отеком. Со временем могут развиваться обызвествление в пораженном хрящевом отделе и утолщение передней части костного отдела ребра, что выявляется рентгенологически.

Острейшая боль по ходу межреберных нервов характерна для опоясывающего лишая. Нередко боль настолько сильна, что лишает больного сна, не снимается повторным приемом анальгина, несколько уменьшаясь лишь после инъекции наркотических анальгетиков. Боль возникает раньше, чем проявляется типичная для опоясывающего лишая кожная сыпь, что затрудняет диагностику.

Боль в области сердца ноющего, колющего характера — частая жалоба больных вегетативной дистонией. В таких случаях боль почти никогда не имеет четкой приступообразности и связи с физической нагрузкой. Обычно она локализуется в левой половине грудной клетки или в области верхушки сердца, появляется исподволь, длится часами, иногда сутками, сохраняя монотонный характер и существенно не отражаясь на общем состоянии больного. Нередко обращает на себя внимание необычное разнообразие жалоб больного, чрезмерная красочность описания им болевых ощущений. Иногда боль возникает после (не во время!) физической нагрузки или на фоне эмоционального напряжения, однако четкая связь между возникновением или усилением боли и физической нагрузкой отсутствует. Более того, нередко физическая работа, спортивные занятия ведут к прекращению боли. Боль в области сердца у больных неврозом не мешает пациенту уснуть — ситуация, невозможная в случае приступа стенокардии. Эффект нитратов у этих

Таблица 2

Дифференциальный диагноз кардиалгии и стенокардии

Клинические данные	Кардиалгия	Вариантная стенокардия	Стенокардия напряжения
Условия возникновения приступа	Приступ возникает при эмоциональной нагрузке или без видимой причины	Приступ развивается в покое	Приступ возникает при физической или эмоциональной нагрузке, иногда на холодном ветру
Интенсивность и характер боли	Чаще тупая, ноющая, колющая, глухая боль, усиливающаяся при дыхании	Острая, резкая, сжимающая боль	
Темпы развития болевого приступа	Боль монотонная или медленно нарастает и медленно прекращается, продолжительность усиления и ослабления боли неодинакова	Периоды нарастания и ослабления боли одинаковы	Продолжительность нарастания боли превышает длительность ее ослабления, приступ нередко обрывается внезапно
Локализация боли	Диффузная в левой половине грудной клетки, иногда в области верхушки сердца или левого соска	За грудиной или в прекардиальной области	
Иррадиация боли	Чаще отсутствует	В левое плечо, лопатку, шею, нижнюю челюсть	
Продолжительность болевого приступа	От нескольких минут до нескольких суток	До 10, иногда 15 мин	Обычно несколько минут
Цикличность боли	Имеется, соответствует суточным колебаниям настроения	Имеется, приступ возникает чаще во сне или утром	Отсутствует
Поведение больного во время приступа	Психомоторное возбуждение	Заторможенность	Неподвижность
Влияние физической нагрузки	Купирует приступ	Вызывает приступ у отдельных больных	Как правило, провоцирует приступ
Толерантность к нагрузке	Обычно высокая	Вариабельная	Снижена
Возможные изменения ЭКГ в момент приступа	Признаки ишемии миокарда отсутствуют, возможны нестойкие нарушения ритма и проводимости, сглаженные или отрицательные зубцы Т в отведениях V_1-V_4	Подъем сегмента ST (у 50% больных в сочетании с аритмиями)	Депрессия сегмента ST (у части больных в сочетании с аритмиями), сглаженность зубца Т
Эффект нитратов	Не купируют боль	Купируют боль в течение 10 мин	

больных в большинстве случаев неотчетливый, иногда пациенты отмечают уменьшение интенсивности боли через 20–30 мин после приема нитроглицерина. Приступ может быть купирован приемом валидола, валокардина, при выраженной тревоге — реланиумом (5 мг сублингвально). Курсовое лечение β -адреноблокаторами и психотропными средствами обычно ведет к улучшению самочувствия больных и прекращению болевых приступов. Принципы дифференциальной диагностики такой кардиалгии и стенокардии приведены в таблице 2.

Во всех случаях врач должен стремиться к купированию боли в грудной клетке. Если при острой боли в животе всегда возникают сомнения в целесообразности применения обезболивающих средств, а при подозрении на острый живот ненаркотические и наркотические анальгетики противопоказаны, то при острой боли в груди практически нет противопоказаний к применению этих средств. Естественно, что купирование болевого синдрома проводят с учетом его патогенеза, а применение обезболивающих средств должно быть только частью комплексной терапии известного или предполагаемого основного заболевания. Кроме того, эффективность терапии (в частности, нитратов) нередко играет важную роль, помогая установить диагноз при не вполне типичном болевом синдроме.

При любом характере болевого синдрома для исключения наиболее грозной патологии — острого инфаркта миокарда — параллельно с начатой терапией проводят электрокардиографическое исследование. Пациентов в возрасте старше 40–50 лет с интенсивной болью в грудной клетке (пусть даже нетипичного для стенокардии характера) целесообразно госпитализировать в стационар, где до уточнения диагноза их необходимо вести как больных острым инфарктом миокарда. Не является грубой ошибкой направление больного с «корешковым» болевым синдромом в кардиологическое отделение и наблюдение там его в течение нескольких дней, однако пропущенный инфаркт миокарда может привести пациента к смерти.

КРОВОХАРКАНЬЕ — выделение крови с кашлем, проявляется отдельными прожилками крови в мокроте либо плевков состоит из одной крови. Выделение с кашлем большого количества крови (более 100 мл за сутки) называют легочным кровотечением, однако разделение на кровохарканье и легочное кровотечение достаточно условно. Всякое кровохарканье является признаком неотложного состояния, так как никогда нельзя с уверенностью сказать, что вслед за незначительным кровохарканьем не возникнет обильное легочное кровотечение, а при потере 600–800 мл крови в течение 24 ч возникает угроза для жизни вследствие аспирации крови и асфиксии. Возможные причины кровохарканья приведены в таблице 3.

Кровохарканье может возникнуть при заболеваниях сердца, сопровождающихся застоем крови в малом круге кровообращения. При ми-

Таблица 3

Возможные причины кровохарканья

Заболевания сердечно-сосудистой системы	Заболевания легких
Митральный стеноз Левожелудочковая недостаточность Тромбоэмболия или тромбоз ветвей легочной артерии Прорыв аневризмы аорты в бронх	Туберкулез Бронхоэктазы Абсцесс легкого Вирусная пневмония Рак легкого Травма грудной клетки

тральном стенозе оно обусловлено разрывом легочных вен и капилляров в связи с повышением давления в левом предсердии, нередко возникает в молодом возрасте и провоцируется физической нагрузкой. Кровохарканье алой кровью в виде прожилок обычно не очень обильное, после чего иногда уменьшается одышка и улучшается самочувствие больного. Выяснить причину кровохарканья помогают анамнестические сведения о ревматизме и пороке сердца, характерный внешний вид больного митральным пороком (акроцианоз, «митральный румянец»), данные объективного исследования сердца (расширение границ сердца вверх и вправо, хлопающий I тон и диастолический шум на верхушке, щелчок открытия митрального клапана, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, как правило, мерцательная аритмия). Кардиотропная и мочегонная терапия обычно значительно улучшает состояние больного и ведет к существенному уменьшению или прекращению кровохарканья.

При застое в сосудах малого круга кровообращения в связи с левожелудочковой недостаточностью у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией кровохарканье обычно предшествует приступу сердечной астмы, либо одышка нарастает настолько резко, что больные не могут лежать и вынуждены сутками сидеть, опустив ноги. Кровохарканье необильное. Сначала больные откашливают плевки алой крови, которая постепенно, по мере уменьшения кровохарканья, темнеет. Повторный приступ удушья может привести к рецидиву кровохарканья, т.е. кровохарканье появляется при нарастании недостаточности левого желудочка сердца и усилении застоя в легких. Эффективная кардиотоническая и диуретическая терапия у этих больных обычно ведет к прекращению кровохарканья вместе с улучшением состояния, уменьшением одышки и застоя в легких.

Одной из причин кровохарканья является инфаркт легкого вследствие тромбоэмболии или тромбоза ветвей легочной артерии при застое. При этом кровохарканье сопутствуют одышка, плевральная боль. Анамнестические сведения и данные обследования позволяют обнаружить заболевание сердца и сосудов (порок сердца, кардиосклероз, мерцание предсердий, тромбоз вен нижних конечностей). На ЭКГ выявляются признаки перегрузки правых отделов сердца, рентгенологически нередко обнаруживают признаки инфаркта легкого или инфарктной пневмонии.

Относительно редкой причиной легочного кровотечения бывает прорыв аневризмы аорты в бронх. Кровотечение обычно ведет к мгновенной смерти, однако иногда за несколько дней или недель ему предшествует так называемое предвещающее кровохарканье, вызванное как сдавлением слизистой оболочки бронха, так и просачиванием незначительных количеств крови сквозь истонченную стенку аневризмы в бронх.

Гораздо чаще кровохарканье наблюдается при заболеваниях легких, сопровождающихся распадом легочной ткани с вовлечением в зону распада легочных сосудов и нарушением целостности сосудистой стенки. При этом величина кровотечения в значительной степени зависит от калибра поврежденного сосуда.

Среди заболеваний легких частой причиной кровохарканья остается туберкулез. Кровохарканье обычно возникает вследствие разрывов анастомозов между ветвями бронхиальной артерии и сосудами малого круга кровообращения в стенках туберкулезных каверн, однако может осложнить любую форму легочного туберкулеза — инфильтративную вспышку, гематогенную диссеминацию и др. Следует учитывать, что иногда кровохарканье является первым заметным для больного симптомом туберкулеза. Обычно оно не бывает обильным и опасным для жизни, однако может быть и смертельным. Правильной диагностике помогают данные анамнеза: наличие туберкулеза легких в прошлом, симптомы обострения процесса и туберкулезной интоксикации — повышенная температура тела, ночной пот, похудание, повышенная утомляемость, изнуряющий кашель; ведущую роль при постановке диагноза играют рентгенологические данные.

Одной из наиболее частых причин кровохарканья являются нетуберкулезные нагноительные заболевания легких — прежде всего бронхоэктазы и абсцесс легкого. Изменение структуры легочных заболеваний, уменьшение удельного веса туберкулеза привели к тому, что в последние десятилетия первое место среди причин кровохарканья заняли хронический бронхит и бронхоэктазы, обуславливая почти половину всех случаев этого осложнения. Кровохарканье при бронхоэктазах и абсцессах обычно не обильное, но имеет склонность к частым повторениям, особенно в периоды обострения хронического нагноительного процесса. Многолетний кашель, большое количество мокроты, особенно по утрам (полным ртом), изменения ногтевых фаланг пальцев в виде «барабанных палочек» или ногтей в виде «часовых стекол», перкуторные и аускультативные признаки эмфиземы легких и пневмосклероза помогают диагностике бронхоэктатической болезни как причины кровохарканья.

Примесь крови к слизистой мокроте или выделение с кашлем чистой крови нередко отмечается в остром периоде вирусной пневмонии. Крупозная пневмония обычно не проявляется кровохарканьем, однако мокрота часто имеет характерную ржавую окраску. В этих случаях кровохарканье сочетается с ознобом, высокой температурой, нередко

одышкой, болью в груди при дыхании. При объективном исследовании выявляются укорочение перкуторного звука и влажные хрипы в зоне воспаления.

Кровохарканье — частый симптом новообразования легкого, в этом случае оно может быть обусловлено эрозией слизистой оболочки бронха опухолью либо некрозом опухолевого конгломерата в просвете бронхиального дерева. Считается, что около 1/4 всех случаев кровохарканья обусловлены злокачественными (значительно реже доброкачественными) опухолями легких. Примесь крови к мокроте может придать последней вид «малинового желе». Следует подчеркнуть, что кровохарканье и надсадный изнурительный кашель могут быть ранними и некоторое время единственными жалобами больного раком легкого. В этих случаях успех последующего хирургического лечения нередко зависит от того, насколько быстро после появления кашля и кровохарканья больной был направлен на рентгенологическое исследование.

Кровохарканье может наблюдаться при травмах грудной клетки, сопровождающихся кровоизлиянием в легочную ткань, иногда даже при отсутствии видимых повреждений кожных покровов и нарушения целостности ребер. Причиной кровохарканья могут быть также инородные тела в легких при старых ранениях либо аспирированные в бронхи. В этих случаях кровохарканье вызывается распадом легочной ткани в результате образования пролежня от инородного тела, реактивного воспаления и ателектаза.

Диагностика самого кровохарканья, как правило, не представляет трудностей. Оно никогда не бывает во сне, так как кашель при кровохарканье будит больного. Кровь при легочном кровотечении всегда выделяется с кашлем, обычно имеет алый цвет, пенистая. Для уточнения причины кровохарканья в первую очередь выполняют рентгенологическое исследование легких: локальное затемнение легких может свидетельствовать о пневмонии, туберкулезе, раке, инфаркте легкого; признаки застоя в малом круге кровообращения — о заболевании сердца; при отсутствии затемнения причиной кровохарканья чаще всего являются хронический бронхит или бронхоэктазы.

Как правило, кровохарканье не бывает обильным и прекращается самостоятельно без специальной терапии. Необходимо до минимума сократить разговор с больным и придать ему возвышенное, полусидячее положение, либо положить его на больной бок для предотвращения попадания крови в другое легкое. Уменьшению кровохарканья способствует проглатывание мелких кусочков льда. Кровохарканье, особенно возникшее впервые, обычно пугает больного и окружающих, поэтому нужно успокоить больного. В то же время седативные препараты применяют с большой осторожностью, поскольку они могут снижать защитные рефлексы и маскировать нарастающую дыхательную недостаточность; особенно опасны транквилизаторы, обладающие миорелаксирующим влиянием, в том числе на диафрагму.

После оказания неотложной помощи больной с кровохарканьем подлежит обязательной госпитализации: только в условиях стационара возможно проведение всего комплекса лечебных мероприятий, направленных на остановку легочного кровотечения, и более детальное обследование для установления его причины. В частности, больным с кровохарканьем необходима неотложная консультация легочного хирурга, поскольку кавернозный туберкулез, анаэробный абсцесс и рак легкого являются показаниями для оперативного лечения. Если известно, что больной страдает туберкулезом, при кровохарканье его следует направить не в общий стационар, а в специализированное противотуберкулезное учреждение.

Основная цель медикаментозной терапии — подавление возникающего кашля, который может усугубить тяжесть состояния пациента. Наркотические анальгетики эффективно подавляют кашлевой центр; в условиях стационара обычно используют кодеин, который назначают внутрь; при непроходящем мучительном кашле и обильном легочном кровотечении в качестве неотложной терапии вводят внутривенно или подкожно 0,5–1 мл 2% раствора промедола. Следует учитывать, что полное подавление кашлевого рефлекса может привести к аспирации излившейся крови и развитию тяжелой аспирационной пневмонии.

При массивном кровотечении и появлении признаков гиповолемии для восполнения объема циркулирующей крови внутривенно капельно вводят коллоидные (например, 400 мл полиглюкина) либо солевые растворы (их, однако, может понадобиться в 4 раза больше по объему, чем коллоидных).

ОБМОРОК (синкопе) — внезапная кратковременная потеря сознания, обусловленная преходящей ишемией головного мозга.

Обморок может развиваться вследствие резкого падения АД при снижении сердечного выброса или общего периферического сопротивления. Гемодинамическими причинами синкопальных состояний являются неадекватные механизмы сосудистой регуляции (вазодепрессорный обморок, постуральная гипотензия, синкопе каротидного синуса), гиповолемия, механическое снижение венозного возврата к сердцу, миокардиальная недостаточность, нарушения ритма сердца (брадикардия, тахикардия, эпизоды асистолии), наличие сосудистых стенозов, приводящих к неравномерному распределению кровотока. Кроме того, синкопальные состояния могут развиваться при изменениях состава крови и церебральных нарушениях (табл. 4).

Объективные симптомы обморока: резкое побледнение лица, холодные руки и ноги, редкое поверхностное дыхание, малый пульс, низкое АД, спавшиеся периферические вены, расслабленные мышцы. Иногда больной «закатывает» глаза; зрачки узкие, реакция их на свет живая. Обычно больной падает, в горизонтальном положении улучшается кровоснабжение головного мозга, и через несколько минут пациент приходит в себя, открывает глаза, начинает реагировать на окружающее, задает

Таблица 4

Наиболее частые причины и типы обморока

Причины, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями	Причины, не связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями
Снижение сердечного выброса – аортальный стеноз, обструктивная гипертрофическая кардиопатия – стеноз легочной артерии – тромбоэмболия легочных артерий – миксома предсердия – инфаркт миокарда – тампонада сердца Нарушения ритма сердца – брадиаритмия – тахикардия – эпизоды асистолии	Вазодепрессорный обморок Постуральная гипотензия Синкопе каротидного синуса Гиповолемия Повышение внутригрудного давления Гипогликемия Недостаточность кровообращения в вертебробазиллярном бассейне Синдром мозгового обкрадывания Истерия

вопросы; постепенно возвращается нормальный цвет лица. Слабость, головная боль могут оставаться в течение еще нескольких часов. Если нарушение мозгового кровотока сохраняется более 12 с, возможно появление судорог, непроизвольных мочеиспускания и дефекации.

При аортальном стенозе обмороки возникают из-за нарушения оттока крови из левого желудочка и снижения сердечного выброса. Как правило, синкопальное состояние развивается при нагрузке (реже в покое), может сопровождаться приступом стенокардии. При объективном исследовании выявляются характерные признаки стеноза устья аорты – бледность кожи, мягкий неполный пульс, низкое АД, значительная гипертрофия левого желудочка сердца с усиленным верхушечным толчком и грубый нарастающий систолический шум на аорте, распространяющийся на сонные артерии. Появление обморочных состояний при аортальном стенозе является показанием к оперативному лечению, поскольку без операции средняя продолжительность жизни таких больных составляет около 3 лет. Причиной внезапной смерти может быть фибрилляция желудочков или асистолия.

При стенозе легочной артерии уменьшение легочного кровотока также может вызывать обморочные состояния; в этом случае установить правильный диагноз помогают данные объективного исследования (систолический шум во II межреберье слева от грудины, объективные и электрокардиографические признаки гипертрофии правого желудочка). Синкопе может быть начальным или основным признаком тромбоэмболии легочных артерий. В этом случае обморок не связан с физической нагрузкой и положением тела пациента, часто сопровождается одышкой, болью в грудной клетке, цианозом, гипотензией, признаками перегрузки правых отделов сердца.

При миксоме предсердия обморок возникает вследствие закрытия митрального отверстия опухолью, нередко – при перемене положения тела или во время нагрузки. В этом случае могут отмечаться

Таблица 5

Дифференциальный диагноз синкопальных состояний различного генеза

Признаки	Генез обморока			
	Кардиогенный	Постуральная гипотензия	Вазодепрессорный	Цереброваскулярный
Анамнез	ИБС, порок сердца, аритмии	Заболевания центральной, периферической, вегетативной нервной системы, постельный режим	Повторные обмороки в типичных ситуациях	Эпизоды системного головокружения, неустойчивости походки, нарушений зрения
Лекарственный анамнез	При удлинении интервала QT — прием антиаритмиков, некоторых антибиотиков и антигистаминных средств	Прием гипотензивных средств, нитратов, психотропных средств	Обычно отсутствует	Обычно отсутствует
Провоцирующие факторы	Иногда — физическая нагрузка (при ИБС, аортальном стенозе, гипертрофической кардиопатии), перемена положения тела (при миксоте сердца)	Быстрый переход из горизонтального в вертикальное положение	Боль, стресс, душное помещение	Иногда — наклон, поворот, запрокидывание головы, круговые вращения руками
Предобморочное состояние	Иногда — боль в левой половине грудной клетки, перебои в работе сердца, одышка, головокружение	Иногда — головокружение, звон в ушах, дурнота	Несистемное головокружение, нарушения зрения, звон в ушах, потливость, тошнота, дискомфорт в эпигастрии	Иногда — головная боль, головокружение
ЧСС во время обморока	Возможны тахикардия, брадикардия, аритмия	Нормальная	Брадикардия	Обычно — нормальная
АД во время обморока	Чаще снижено	Снижено	Снижено	Нормальное, повышено
Самочувствие и состояние после выхода из обморока	Слабость, тошнота, иногда — боль за грудиной, перебои в работе сердца	Слабость	Слабость, головокружение, теплая и влажная кожа, брадикардия, при попытке встать возможен повторный обморок	Головная боль, боль в шее, дизартрия, парезы

Алексей Викторович Тополянский

КАРДИОЛОГИЯ
Справочник практического врача

Под общ. ред. акад. РАМН Р.С.Акчурина

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редактор: *М.Н.Ланцман*

Корректор: *Е.Ю.Косенкова*

Компьютерный набор и верстка: *И.А.Кобзев, А.Ю.Кишканов*

ISBN 5-98322-458-1



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 05.12.08. Формат 60×90/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 26 п.л.

Гарнитура Таймс. Тираж 3000 экз. Заказ №3295

Издательство «МЕДпресс-информ».

119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3

Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63

E-mail: office@med-press.ru

www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ОАО «Типография «Новости»

105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46