

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

С.Г. Горохова

Диагноз

при сердечно-сосудистых заболеваниях

ФОРМУЛИРОВКА, КЛАССИФИКАЦИИ

**5-е издание,
переработанное и дополненное**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
Предисловие к пятому изданию	6
Предисловие к четвертому изданию	7
Предисловие к предыдущим изданиям	8
I. Общие положения формулировки диагноза	9
Требования к клиническому диагнозу	9
Диагноз при профессиональных заболеваниях	12
Основные принципы построения диагноза	13
II. Формулировка диагнозов при отдельных заболеваниях	
сердечно-сосудистой системы	17
Острая ревматическая лихорадка	17
Хронические ревматические болезни сердца	23
Неревматические пороки сердца	39
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	55
Ишемические болезни сердца	95
Острый инфаркт миокарда	116
Внезапная смерть	159
Легочная гипертензия и нарушения легочного кровообращения	163
Перикардит	179
Острый и подострый эндокардит	189
Миокардиты	198
Кардиомиопатии	206
Другие заболевания миокарда	224
Новообразования сердца	228
Болезни аорты и сосудов конечностей	229
Заболевания артерий нижних конечностей	244
Сердечная недостаточность	257
Дислипидемии	271
Ожирение	276
Нарушения ритма и проводимости сердца	283
Гипотензия и синкопальные состояния	309
Травмы сердца	321
Приложение	324
Список литературы	326
Предметный указатель	332

II. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗОВ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

Термин «острая ревматическая лихорадка» в настоящее время заменяет ранее принятое наименование болезни «ревматизм». Код по МКБ-10 — I00–I02:

I00 — ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца.

I01 — ревматическая лихорадка с вовлечением сердца:

I01.0 — острый ревматический перикардит;

I01.1 — острый ревматический эндокардит;

I01.2 — острый ревматический миокардит;

I01.8 — другие острые ревматические болезни сердца;

I01.9 — острая ревматическая болезнь сердца неуточненная.

I02 — ревматическая хорея:

I02.0 — ревматическая хорея с вовлечением сердца;

I02.9 — ревматическая хорея без вовлечения сердца.

Критерии диагноза ревматической лихорадки (ВОЗ, 2002–2003)*

Большие проявления	Малые проявления	Данные, подтверждающие предшествовавшую А-стрептококковую инфекцию в последние 45 дней
Кардит. Полиартрит. Хорея. Кольцевидная эритема. Подкожные ревматические узелки	<i>Клинические:</i> <ul style="list-style-type: none">• лихорадка;• артралгия. <i>Лабораторные:</i> <ul style="list-style-type: none">• повышенные;• острофазовые реакции: СОЭ, лейкоциты	<i>ЭКГ:</i> <ul style="list-style-type: none">• удлинение интервала P–R. Положительная А-стрептококковая культура, выделенная из зева, или тест быстрого определения А-стрептококкового антигена. Повышенные или повышающиеся титры антистрептококковых антител (АСЛ-О или другие антистрептококковые антитела). Скарлатина

* На основе пересмотренных критериев Джонса.

При диагностике как первичной атаки, так и повторных атак ревматической лихорадки используют эти критерии вместе со следующим диагностическим правилом:

Диагностическая категория	Критерии
Острая ревматическая лихорадка (первичная атака) ^а	Два больших или один большой и два малых критерия + доказательство перенесенной инфекции, вызванной стрептококками группы А
Повторная атака ревматической лихорадки у пациента без установленного порока сердца ^б	Два больших или один большой и два малых критерия + доказательство перенесенной инфекции, вызванной стрептококками группы А
Повторная атака ревматической лихорадки у пациента с установленным ревматическим пороком сердца ^б	Два малых критерия + доказательство перенесенной инфекции, вызванной стрептококками группы А ^в
Ревматическая хорей ^б . Ревмокардит	Другие большие критерии или доказательства стрептококковой инфекции группы А не требуются
Хронические ревматические изменения клапанов сердца (впервые выявленный изолированный митральный стеноз или комбинированный митральный порок и/или аортальный порок сердца) ^г	Не требуют других критериев диагноза

^а — у пациентов может быть полиартрит (или только полиартралгии или моноартрит) и несколько (≥ 3) других малых проявлений вместе с доказательством недавно перенесенной инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А. Ревматическая лихорадка может быть не во всех из этих случаев. Их можно считать случаями «возможной ревматической лихорадки» (если другие диагнозы исключены). В этих случаях рекомендуется регулярная вторичная профилактика. Таких пациентов необходимо наблюдать и регулярно проводить обследование сердца. Данный осторожный подход особенно важен для пациентов «уязвимого» возраста.

^б — должен быть исключен инфекционный эндокардит.

^в — у некоторых пациентов с повторными атаками может быть не полное соответствие этим критериям.

^г — должны быть исключены врожденные пороки сердца.

Обратим внимание: повторную ревматическую лихорадку, проявляющуюся часто кардитом, рассматривают как новый эпизод заболевания, обусловленный вновь перенесенной А-стрептококковой инфекцией.

Классификация ревматической лихорадки
(разработана Ассоциацией ревматологов России, 2003)

Клинический вариант	Клиническое проявление		Исход	ХСН	
	основное	дополнительное		стадия*	ФК**
Острая ревматическая лихорадка. Повторная ревматическая лихорадка	Кардит. Артрит. Хорея. Кольцевидная эритема	Лихорадка. Артралгия. Абдоминальный синдром. Серозиты	Выздоровление. Ревматическая болезнь сердца: • без порока сердца***; • порок сердца****	0 I IIA IIB III	0 I II III IV

* Стадия хронической сердечной недостаточности по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко.

** Функциональный класс по классификации NYHA.

*** Наличие поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок без регургитации, что уточняется с помощью ЭхоКГ.

**** При наличии впервые выявленного порока сердца необходимо по возможности исключить другие причины его формирования (инфекционный эндокардит, первичный антифосфолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др.).

Несмотря на то что в современном диагнозе ревматической лихорадки не принято указывать вариант течения и степень активности процесса, приводим данные об этих характеристиках заболевания.

Характеристика вариантов течения ревматической лихорадки

Течение ревматической лихорадки	Характеристика
Острое	Быстрое нарастание и быстрое обратное развитие симптомов болезни; средний срок развития клинических проявлений атаки — 2–3 месяца
Затяжное	Более растянутое во времени развитие клинических симптомов; средняя продолжительность атаки — 3–6 месяцев
Латентное	Клинические проявления болезни протекают маломанифестно; иногда о перенесенном латентном ревмокардите можно судить только ретроспективно, когда выявляются резидуальные изменения перенесенного ревмокардита или уже существующий клапанный порок сердца

Обратим внимание: термины «вялое», «непрерывно-рецидивирующее», характеризующие течение острой ревматической лихорадки (ревматизма), из классификации исключены и не должны использоваться в диагнозе.

Характеристика степеней активности ревматической лихорадки
(по В.А. Насоновой, 1978)

Степень активности	Клинические критерии	Лабораторные показатели
3 (выраженная)	Яркие общие и местные проявления болезни с наличием лихорадки, преобладанием экссудативного компонента воспаления в пораженных органах (острый полиартрит, диффузный миокардит, панкардит, серозиты, ревматическая пневмония и др.). В зависимости от преимущественной локализации ревматического процесса могут выявляться значительно, умеренно или слабо выраженные симптомы воспалительного поражения оболочек сердца, легких, плевры	Высокие показатели воспалительной, иммунологической активности. В анализах крови, как правило, нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ >40 мм/ч, С-реактивный белок 3–4 плюса, увеличение уровня фибриногена, серомукоида, гексоз, альфа-2-глобулина. Характерны высокие титры АСЛ-О, АСГ, АСК
2 (умеренная)	Умеренные клинические проявления ревматической атаки с умеренной лихорадкой или без нее, без выраженного экссудативного компонента воспаления в пораженных органах; меньшая, чем при 3-й степени активности, тенденция к множественному их вовлечению в воспалительный процесс. ЭКГ, ФКГ и рентгенологические симптомы. Симптомы, отражающие наличие экссудативного перикардита, острого диффузного миокардита, плеврита, выражены или слабо выражены (в зависимости от преимущественной локализации воспалительного поражения органов)	Острофазовые лабораторные признаки активности ревматического процесса умеренные. То же относится и к показателям противострептококкового иммунитета. Лейкоцитоз может отсутствовать, СОЭ — 20–40 мм/ч. Соответственно умеренно повышены и другие лабораторные показатели
1 (минимальная)	Клинические симптомы активного ревматического процесса выражены слабо. Почти полностью отсутствуют признаки экссудативного компонента воспаления в органах и тканях. Преимущественно моносиндромный характер воспалительных поражений. ЭКГ, ФКГ и рентгенологические симптомы выражены слабо. Нет указаний на экссудативные изменения в легких и серозных оболочках	Или не отклоняются от нормы, или минимально повышены

Характеристика ревматического кардита по степени тяжести

Ревматический кардит по степени тяжести	Признаки ревматического кардита			
	органический шум в сердце	кардио-мегалия	перикардит	застойная сердечная недостаточность
Легкий	+	–	–	–
Средней тяжести	+	–	+	–
Тяжелый	+	+	+	+

Клинические критерии ревмокардита

Перикардит: шум трения перикарда; эхокардиографические признаки выпота в полости перикарда. Одновременно есть вовлечение клапана (-ов) сердца. Определяется при первичном и возвратном ревмокардите.

Миокардит: необъяснимая застойная сердечная недостаточность или кардиомегалия, почти всегда ассоциированная с поражением клапана (-ов) сердца. Функция левого желудочка нарушена редко. При ревматических пороках сердца сердечная недостаточность и малые проявления ревматической лихорадки вместе с повышенными титрами антистрептококковых антител свидетельствуют в пользу ревмокардита.

Эндокардит/вальвулит: голосистолический шум митральной регургитации над верхушкой (может быть вместе с мезодиастолическим шумом Кумбса) или протодиастолический шум над основанием сердца у пациентов с анамнезом ревматического порока сердца.

У пациентов с анамнезом ревматического порока сердца изменения в характере ранее определявшихся шумов сердца или появление нового шума могут указывать на наличие кардита.

Эхокардиография: доказательства поражения клапанного аппарата сердца (регургитация на митральном и/или аортальном клапане, определяемая при доплерографии в двух позициях, в сочетании как минимум с двумя из трех морфологических признаков поражения этого клапана: ограничение подвижности створок, фокальное или генерализованное утолщение створок, утолщение подклапанных структур).

Необходимо отметить, что *вальвулит* (чаще всего митрального и/или аортального клапана), который проявляется появлением или усугублением ранее имевшегося шума, определяемого при аускультации, а также клапанной регургитации, выявляемой при доплер-эхокардиографии, — ведущий признак ревмокардита. Миокардит или перикардит при отсутствии вальвулита с очень малой вероятностью могут рассматриваться как ревматические.

Субклинический ревматический кардит (син.: бессимптомный ревматический кардит, эхокардит) диагностируют у пациентов с хореей и/или полиартритом при обнаружении митральной и/или аортальной регургитации, которая соответствует следующим признакам, определяемым при ЭхоКГ: струя регургитации более 1 см в длину, определяется минимум в двух плоскостях, мозаичный поток с максимальной скоростью $>2,5$ м/с. Диагноз подтверждает повышение титров как минимум одного из двух тестов (антистрептолизин-О, антидезоксирибонуклеаза-В), которые достигают максимума через 3–4 нед после острой инфекции и обычно удерживаются 2–3 месяца, после чего начинают снижаться.

При формулировке диагноза по возможности следует указать:

- первичной или повторной является атака ревматической лихорадки;
- есть ли ревмокардит;
- если да, то степень тяжести ревмокардита и ведущую форму поражения сердца (эндокардит, миокардит, перикардит, панкардит, коронариит); тип ревматического порока сердца;
- доказательство предшествующей стрептококковой инфекции (ангина, скарлатина, фарингит и другие, а также повышение титров антител к стрептококку: антистрептолизина-О, антистрептогигулоуронидазы, антистрептокиназы).

Примеры формулировки диагноза

Основное заболевание: Ревматическая лихорадка: ревмокардит легкой степени (вальвулит митрального клапана). ХСН 0, ФК 0. *Сопутствующее:* Стрептококковый фарингит.

Кодируется I01.1, так как в диагнозе указан ревматический вальвулит.

Основное заболевание: Ревматическая лихорадка: ревмокардит, тяжелый (вальвулит митрального клапана, миокардит, перикардит). Митрально-аортальный порок: митральный стеноз 2-й степени, митральная недостаточность 1-й степени, аортальная недостаточность 1-й степени. *Осложнения:* Атриовентрикулярная блокада 1-й степени. ХСН IIА, ФК III.

Кодируется I01.8, так как в диагнозе указаны вальвулит, миокардит и перикардит, составляющие ревматический панкардит.

При отсутствии указаний в диагнозе формы поражения сердца (эндокардит и пр.) в статистической карте выбывшего из стационара больного с ревматической лихорадкой может быть указан код I01.9.

Если у больного есть и проявления ревматической хореей, и поражения сердца любой формы (вальвулит, миокардит, перикардит), случай кодируют I02.0.