

А.В.Тополянский

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

СПРАВОЧНИК

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

3-е издание, дополненное

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, Алексей Викторович

T58 Основные симптомы и синдромы в кардиологической практике: дифференциальный диагноз в таблицах и схемах : справочник / под ред. проф. А.Л.Вёрткина. – 3-е изд., доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 336 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-691-8

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 978-5-00030-691-8

© 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	43
5. Брадикардия	79
6. Выпот в перикард	92
7. Гепатомегалия	104
8. Дисфагия	115
9. Желтуха	122
10. Кардиомегалия	133
11. Кашель	169
12. Кровохарканье	191
13. Лихорадка	199
14. Обморок	217
15. Одышка	228
16. Отеки	239
17. Плевральный выпот	248
18. Сердцебиение	262
19. Тахикардия	268
20. Тоны сердца	311
21. Цианоз	318
22. Шумы сердца	321

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.Лукияненко, 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	<ul style="list-style-type: none"> • Поликистоз почек; • хронический пиелонефрит; • хронический гломерулонефрит; • диабетическая, подагрическая нефропатия
Поражение почечных артерий с развитием вазоренальной гипертензии	<ul style="list-style-type: none"> • Фибромускулярная дисплазия почечных артерий; • атеросклеротическая реноваскулярная болезнь; • васкулиты (неспецифический аортоартериит – синдром Такаясу, узелковый полиартериит); • экстравазальная компрессия почечных артерий (рубцовой тканью, увеличенными лимфатическими узлами, новообразованием)
Эндокринные расстройства	<ul style="list-style-type: none"> • Феохромоцитома; • гипертальдостеронизм (болезнь или синдром Кона); • гиперкортицизм (болезнь или синдром Кушинга); • гипертиреоз; • гиперпаратиреоз
Поражение крупных артерий	<ul style="list-style-type: none"> • Коарктация аорты; • аортальная недостаточность; • атеросклероз аорты с утратой ее эластичности; • неспецифический аортоартериит (синдром Такаясу)
Органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС)	<ul style="list-style-type: none"> • Внутричерепные образования – абсцессы, опухоли головного мозга; • инфекционно-воспалительные поражения головного мозга – энцефалиты, менингиты; • травмы головы – сотрясение, ушиб головного мозга

Таблица 1.2. Типичные причины вторичных форм АГ в зависимости от возраста (рекомендации Европейской ассоциации кардиологов, 2018)

Возрастная группа	Наиболее частая причина вторичной АГ
Дети (до 12 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Паренхиматозные заболевания почек; • коарктация аорты; • моногенетическое заболевание
Подростки (от 12 до 18 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Паренхиматозные заболевания почек; • коарктация аорты; • моногенетическое заболевание

Возрастная группа	Наиболее частая причина вторичной АГ
Лица молодого возраста (от 19 до 40 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Фиброзно-мышечная дисплазия почечных артерий (особенно у женщин); • паренхиматозные заболевания почек; • недиагностированные моногенетические заболевания
Лица среднего возраста (от 41 до 65 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Первичный гиперальдостеронизм; • синдром ночного апноэ; • дисфункция щитовидной железы; • синдром Кушинга; • феохромоцитомы; • дисфункция щитовидной железы; • паренхиматозные заболевания почек; • атеросклеротическая реноваскулярная болезнь
Лица пожилого возраста (старше 65 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Атеросклеротическая реноваскулярная болезнь; • паренхиматозные заболевания почек; • заболевания щитовидной железы

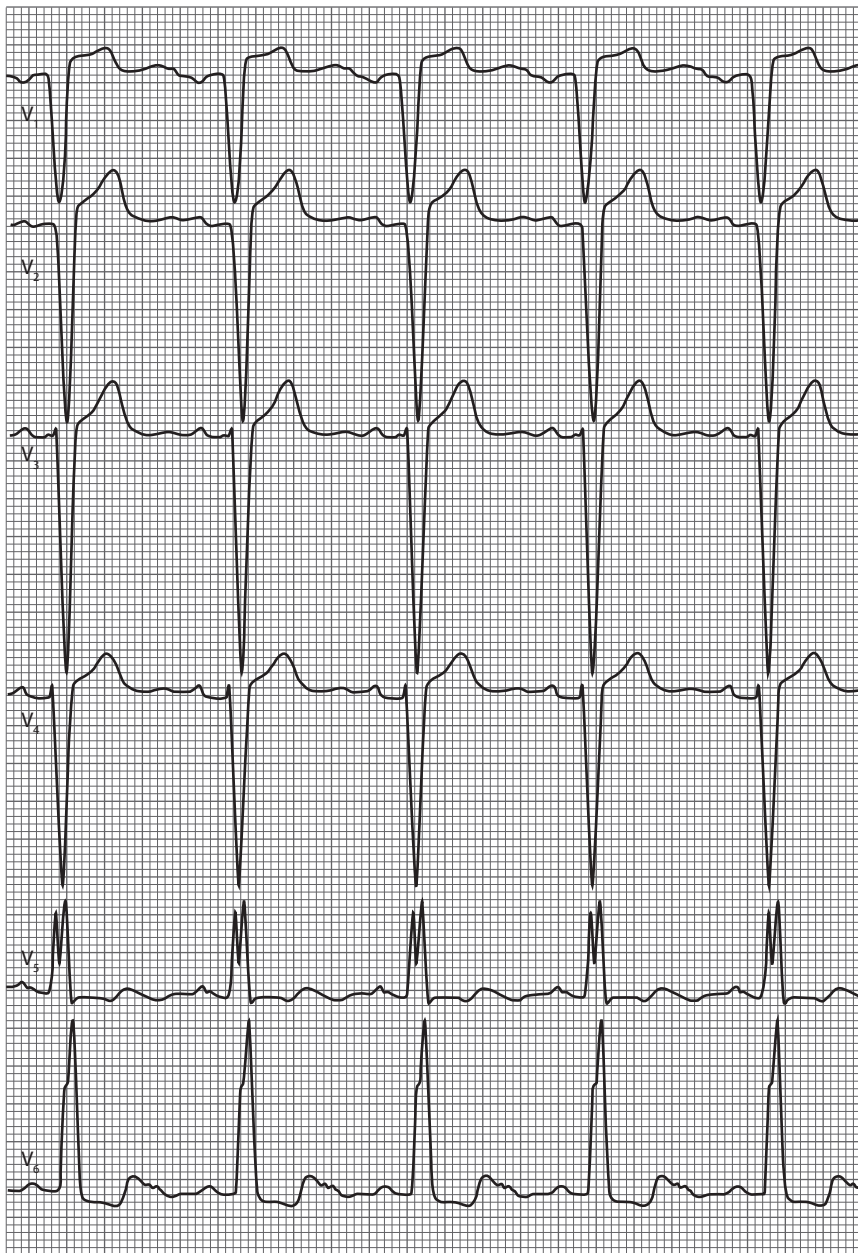
Таблица 1.3. Оценка жалоб пациента с АГ

Группа симптомов	Возможные жалобы
Жалобы, указывающие на поражение органов-мишеней при АГ	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Группа симптомов	Возможные жалобы
	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Жалобы на галакторею, снижение тембра голоса, мышечную слабость и боли в суставах предвывают больные акромегалией. • Повышенная возбудимость, раздражительность, суестьливость, 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



→ (признак Соколова–Лайона), нисходящая депрессия сегмента ST в отведениях V_5, V_6 , отрицательный асимметричный зубец T_{V_5, V_6} .

Метод обследования	Диагностически значимые находки
Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек	Признаки двустороннего симметричного поражения почек выявляют при хроническом гломерулонефрите, асимметричные изменения почек, расширение и деформацию чашечно-лоханочной системы – при хроническом пиелонефрите, разница длины почек >1,5 см может быть обнаружена при реноваскулярной гипертензии. Цветовое доплеровское картирование почечных артерий помогает диагностировать реноваскулярную АГ
Эхокардиография (ЭхоКГ)	Позволяет выявить увеличение размеров левого предсердия; концентрическую, эксцентрическую гипертрофию ЛЖ (рис. 1.2), концентрическое ремоделирование ЛЖ; нарушения диастолической функции ЛЖ (рис. 1.3); в некоторых случаях обнаруживает причину стойкого повышения АД (аортальную недостаточность, коарктацию аорты)
Рентгенография органов грудной клетки	Углубление ложа межреберных артерий IV–VII ребер вследствие развития коллатерального кровотока в бассейне маммарной артерии; одно- или двусторонние узурь ребер выявляют у пациентов с коарктацией аорты в возрасте старше 15–16 лет
Компьютерная томография (КТ) почек, надпочечников, головного мозга	Позволяет визуализировать гормонально-активные опухоли надпочечников, объемные образования головного мозга, выявить причину реноваскулярной АГ и др.

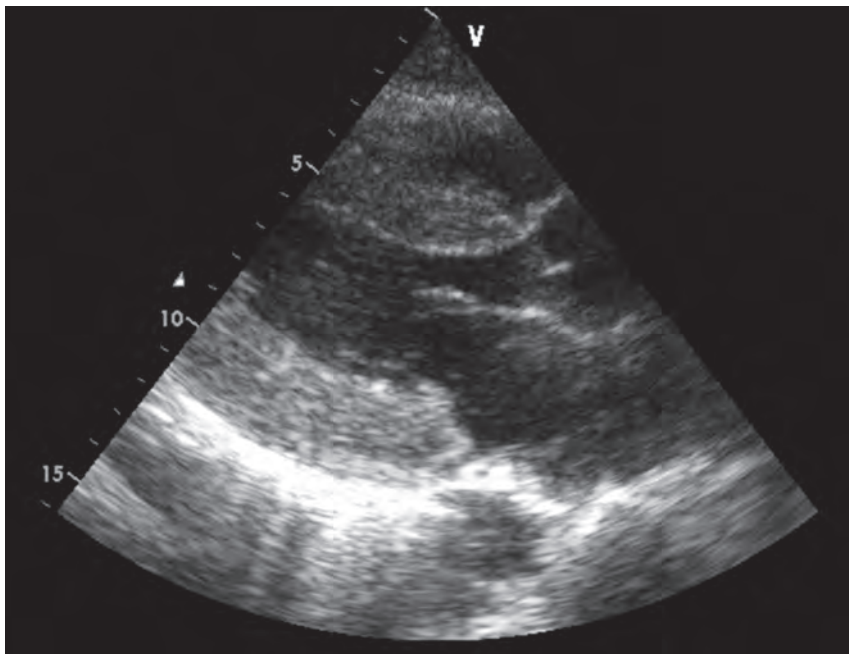


Рис. 1.2. ЭхоКГ пациентки с АГ. Парастеральная позиция по длинной оси ЛЖ. Выраженная концентрическая гипертрофия ЛЖ.

1. Артериальная гипертензия

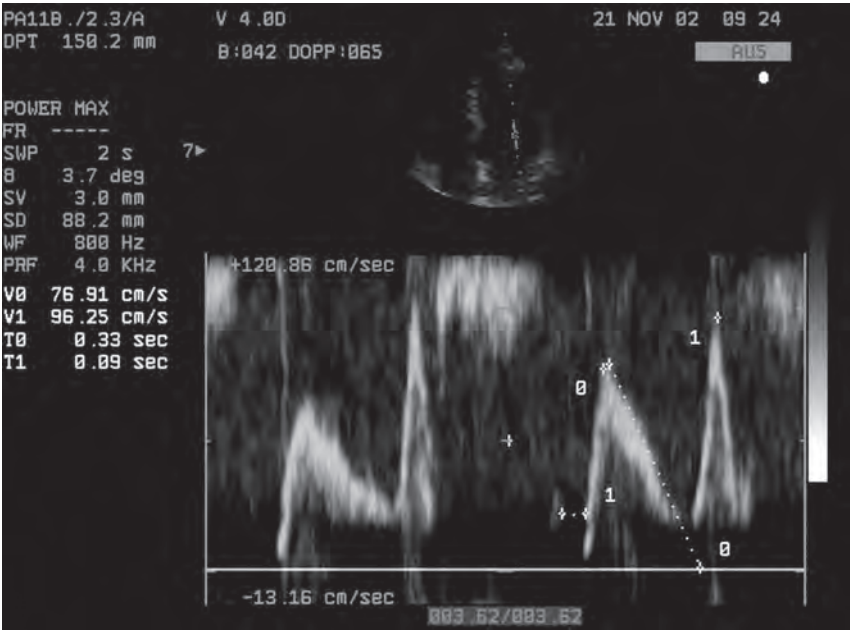


Рис. 1.3. ЭхоКГ пациента с АГ. Импульсный доплеровский режим. Признаки нарушения диастолической функции ЛЖ.

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 (головокружение, нарушения зрения, снижение мыслительных способностей, обморок, шок).

Таблица 2.1. Причины артериальной гипотензии

Варианты гипотензии	Причины артериальной гипотензии
Первичная (эссенциальная)	Вариант вегетативной дисфункции
Вторичная (симптоматическая)	<ul style="list-style-type: none">• Острая артериальная гипотензия (коллапс, шок):<ul style="list-style-type: none">– 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.);

Варианты гипотензии	Причины артериальной гипотензии
	<ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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
<p>Есть ли боль в левой половине грудной клетки?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Есть ли сердцебиение, перебои в работе сердца?</p>	<p>Сердцебиение и перебои в работе сердца, предшествующие внезапному падению АД, позволяют предполагать, что причиной гипотензии стали нарушения сердечного ритма и проводимости</p>
<p>Есть ли одышка?</p>	<p>Удушье может сопутствовать кардиогенному или анафилактическому шоку. Пациентов с вегетативной дистонией и хронической артериальной гипотензией может беспокоить ощущение нехватки воздуха, неполного вдоха</p>

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 (апоплексию яичника, нарушенную 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 головноекружение, головная боль?	При вегетативной дисфункции больные, как правило, жалуются на головную боль, чаще локализирующуюся 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

Вопрос	Клиническая значимость ответа
Бывало ли у пациента ранее падение АД, с чем оно было связано (переход в вертикальное положение, прием пищи и др.)?	<ul style="list-style-type: none">• Ортостатическая гипотензия – проявление нарушения регуляции уровня АД – чаще наблюдается в пожилом возрасте, к факторам риска относят СД, АГ, распространенный атеросклероз. Возникновению ортостатической гипотензии способствуют длительный постельный режим, перенесенное тяжелое заболевание или операция, прием некоторых лекарственных средств (α-адреноблокаторов, петлевых диуретиков, фенотиазинов, иАПФ и др.). Артериальная гипотензия, обусловленная нарушением вегетативной регуляции, может наблюдаться при алкогольной и диабетической нейропатии, заболеваниях спинного мозга, сирингомиелии, после черепно-мозговой травмы. Снижение АД при переходе в вертикальное положение сопровождается выраженным головокружением, шумом в ушах, появлением «тумана» перед глазами, тахикардией; возможны падение (с риском травм и переломов) и обморок (с риском ишемического инсульта). Симптоматика сохраняется обычно в течение 1–3 мин.• При постпрандиальной гипотензии в течение 2 ч от начала приема пищи систолическое АД снижается до уровня <90 мм рт.ст. (при исходном его уровне >100 мм рт.ст.) или на 20 мм рт.ст. и более, что сопровождается появлением слабости, головокружения, подташнивания. К факторам риска постпрандиальной гипотензии относят пожилой возраст, СД, систолическую АГ, органические заболевания нервной системы (последствия ОНМК, паркинсонизм, болезнь Альцгеймера и др.)
Что предшествовало настоящему ухудшению самочувствия?	<ul style="list-style-type: none">• Падение АД часто бывает связано с приемом гипотензивных или антиангинальных препаратов (чаще всего – нитроглицерина).• Гиповолемическому шоку предшествует кровотечение или обезвоживание (упорная рвота, диарея, полиурия).• Высокая лихорадка и признаки инфекционного заболевания легких, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), мочевых путей, предшествовавшие внезапному падению АД, позволяют предполагать инфекционно-токсический шок.

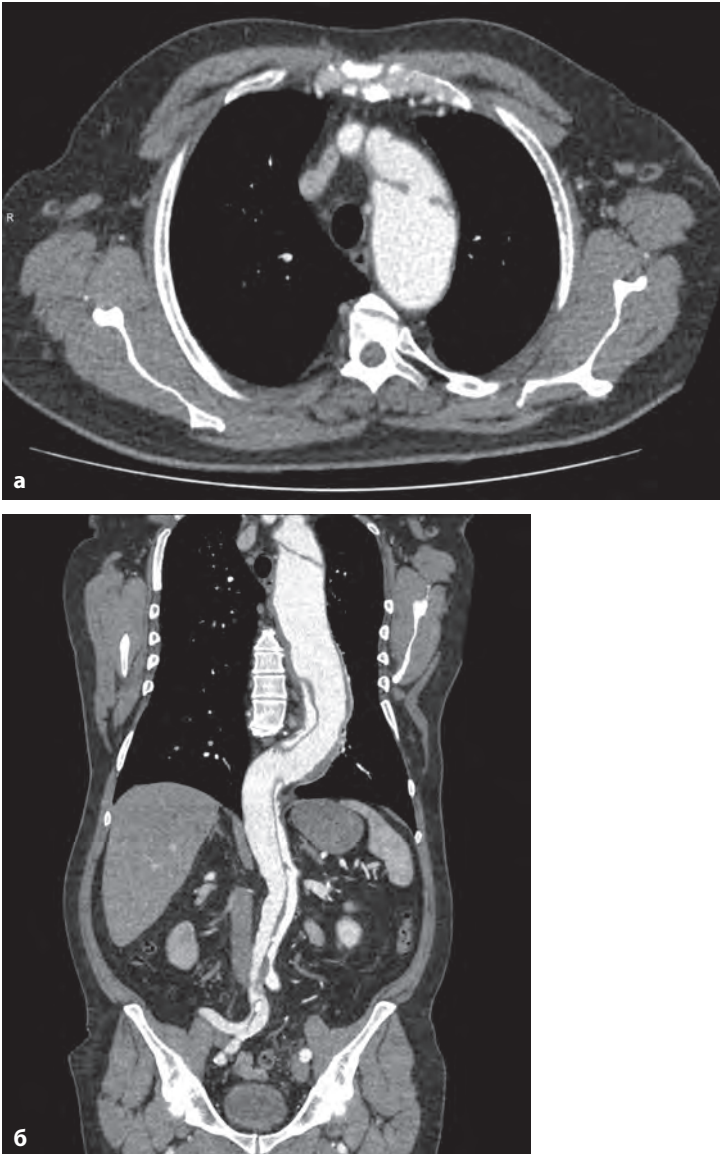


Рис. 4.17. Ангиоаортография, МСКТ пациента с расслаивающей аневризмой аорты, 3-й тип по Дебейки (проксимальная фенестрация на уровне устья левой подключичной артерии, дистальная фенестрация на уровне правой общей подвздошной артерии) с формированием истинного и ложного просветов. В ложном просвете выявляются дефекты контрастирования – тромботические массы: *а* – аксиальная плоскость, *б* – фронтальная плоскость.

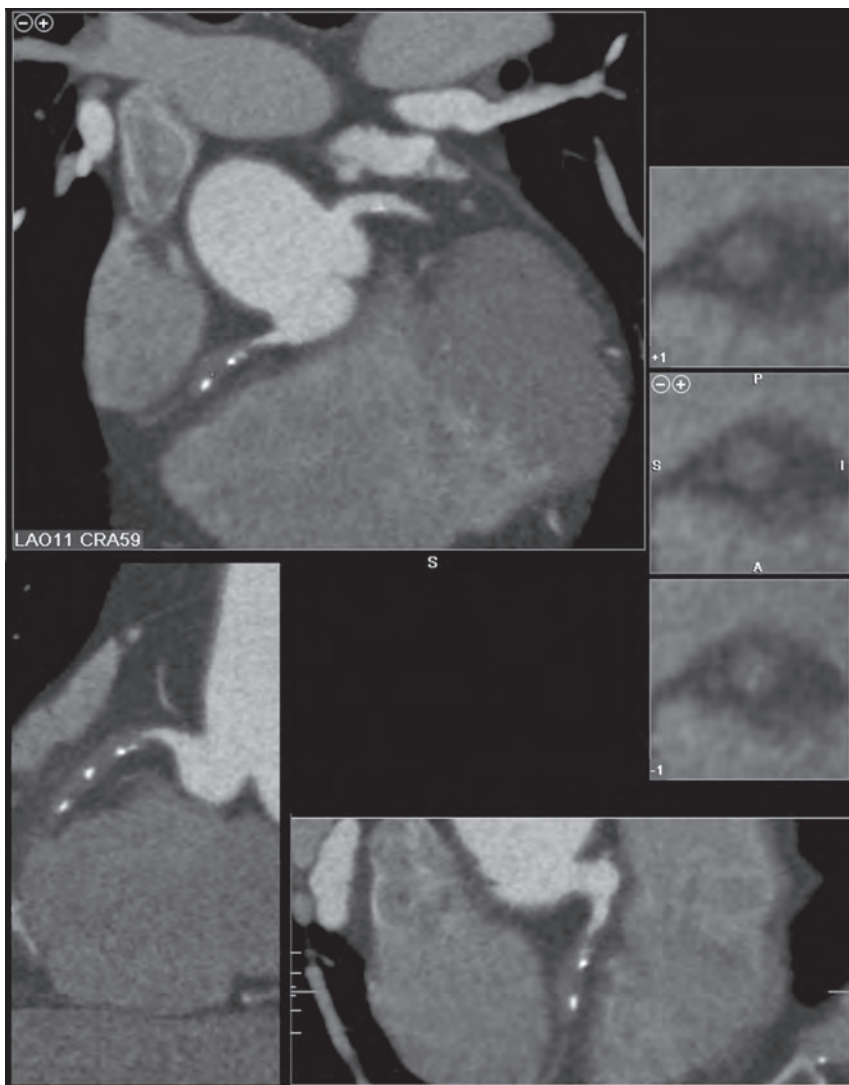


Рис. 4.18. МСКТ сердца и коронарных артерий пациента с ОКС. Окклюзия правой коронарной артерии. Массивный дефект контрастирования ствола правой коронарной артерии за счет наличия протяженной смешанной бляшки, просвет сосуда не визуализируется, дистальное русло контрастируется ретроградно.

5. БРАДИКАРДИЯ

Брадикардия – три последовательных сердечных цикла или более с ЧСС менее 60 уд./мин.

«Замедление пульса (брадикардия) – чаще всего результат раздражения блуждающего нерва, реже – уменьшения возбудимости и проводимости самой сердечной мышцы» (цит. по: Ланг Г.Ф. Исследование органов кровообращения / В кн.: «Основы клинической диагностики». Под ред. А.М.Левина, Д.Д.Плетнева. – М.–Л.: Госиздат, 1928. – С. 339).

Физиологическая синусовая брадикардия не сопровождается какими-либо клиническими проявлениями, ЧСС в подобных случаях составляет не менее 40 уд./мин днем в покое и не менее 35 уд./мин ночью; в ответ на физическую нагрузку отмечается адекватный прирост частоты синусового ритма. Брадикардию часто выявляют у спортсменов, людей физического труда.

Таблица 5.1. Основные заболевания и синдромы, приводящие к развитию брадикардии

Причина брадикардии	Возможные причины
Синусовая брадикардия, синоатриальная блокада	ИБС (ИМ, кардиосклероз), синдром слабости синусового узла, миокардит, применение некоторых лекарственных средств (сердечных гликозидов, β-адреноблокаторов, верапамила, антиаритмиков, моксонидина и др.), гипотиреоз, гиперкалиемия, внутричерепная гипертензия (опухоль головного мозга, менингит, субарахноидальное кровоизлияние), синдром вегетативной дисфункции и др. Физиологическая синусовая брадикардия может наблюдаться у здоровых лиц (особенно во сне), а также у тренированных людей, спортсменов

5. Брадикардия

Причина брадикардии	Возможные причины
АВ-блокада	ИБС (ИМ, кардиосклероз), миокардит, врожденные и приобретенные пороки сердца, дигиталисная интоксикация или передозировка лекарственных средств, влияющих на проводимость (β -адреноблокаторов, верапамила, антиаритмиков и др.)
Мерцательная аритмия, брадисистолия	ИБС, АГ (особенно при наличии выраженной гипертрофии ЛЖ), ревматический порок (стеноз левого атриовентрикулярного отверстия), алкогольная болезнь сердца, кардиопатии (гипертрофическая, дилатационная), некоторые врожденные пороки сердца (в частности, дефект межпредсердной перегородки), хроническое легочное сердце, дигиталисная интоксикация или передозировка лекарственных средств, влияющих на проводимость (β -адреноблокаторов, верапамила) и др.

Таблица 5.2. Оценка жалоб пациента с брадикардией

Вопрос	Клиническая значимость ответа
Есть ли боль в левой половине грудной клетки? Не участились ли болевые приступы, не было ли за последнее время особенно длительного и интенсивного болевого приступа?	Развитие брадикардии может утяжелять течение стабильной стенокардии напряжения. Вместе с тем брадикардия может оказаться осложнением ИМ
Есть ли одышка при ходьбе, приступы удушья по ночам, в горизонтальном положении?	Брадикардия может способствовать нарастанию явлений СН

8. ДИСФАГИЯ

Дисфагия – ощущение препятствия нормальному прохождению проглатываемой пищи: затруднение в начале глотания (ротоглоточная дисфагия) либо ощущение препятствия прохождению пищи или жидкости от рта до желудка (пищеводная дисфагия).

«Только в редчайших случаях огромное расширение сердца само по себе или массивный перикардальный выпот становятся настолько большими, что значительно смещают или сдавливают пищевод, который представляет собой легко смещаемую более или менее эластичную трубку. Гораздо более частой причиной является смещение со сдавлением пищевода резко измененной аортой, как, например, в случае большой аневризмы или врожденной аномалии дуги аорты, особенно когда правая подключичная артерия отходит от нисходящей части грудной аорты. К анализу причин этого симптома имеется два ключа: первый – это то, что надо ясно представлять себе и помнить о такой возможности; второй – рентгенологическое исследование пищевода с помощью бариевой взвеси» (цит. по: Уайт П.Д. Ключи к диагностике и лечению болезней сердца. – М.: Медгиз, 1960. – С. 35).

Таблица 8.1. Причины дисфагии

Вариант дисфагии	Синдромы и нозологические формы
Ротоглоточная (орофарингеальная)	<ul style="list-style-type: none">• Механическая дисфагия: инфекции, зуб, лимфаденопатия, дивертикул Ценкера (мешковидный дивертикул верхнего отдела пищевода), снижение растяжимости мышц (миозит, фиброз), злокачественные новообразования головы и шеи и др.• Нейромышечные расстройства: заболевания ЦНС (инсульт, болезнь Паркинсона, церебральный или бульбарный паралич при рассеянном склерозе, боковой амиотрофический склероз и др.), нарушения сократительной способности ротоглотки (дисфункция верхнего пищеводного сфинктера, миастения беременных, окулофарингеальная мышечная дистрофия и др.)

Вариант дисфагии	Синдромы и нозологические формы
Пищеводная (эзофагеальная)	<ul style="list-style-type: none"> • Инородное тело в пищеводе. • Поражение слизистой оболочки пищевода с сужением его просвета вследствие воспаления, фиброза или роста опухоли (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с развитием стриктуры пищевода, химические ожоги пищевода, инфекционный эзофагит, эозинофильный эзофагит, рак пищевода и др.), кольцо Шацкого (утолщение слизистой оболочки пищевода в области пищеводно-желудочного соединения). • Болезни средостения, приводящие к сдавлению пищевода, в том числе увеличенными лимфатическими узлами, опухоли (например, рак легкого, лимфома), инфекции (в том числе туберкулез), ССЗ (стеноз левого атриовентрикулярного отверстия со значительной дилатацией левого предсердия, выпот в перикард, аневризма аорты, сдавление пищевода между аномально отходящей правой подключичной артерией и трахеей). • Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода или нарушающие его иннервацию, – ахалазия кардии, эзофагоспазм (диффузный спазм пищевода, одновременное сокращение мышц на всем его протяжении), склеродермия, состояние после хирургических операций (фундопликации, антирефлюксных операций, имплантации механических устройств)

Таблица 8.2. Оценка жалоб и анамнестических сведений пациента с дисфагией

Вопрос	Клиническая значимость ответа
На каком уровне застревает пища?	Важно различить ротоглоточную и пищеводную дисфагию; поражение локализуется в указанном пациентом месте либо ниже его. При ротоглоточной дисфагии затруднение возникает в начале глотания (как правило, пациенты локализируют его в области шеи), обычно она связана с расстройствами нервно-мышечного аппарата глотки; в пожилом возрасте чаще всего обусловлена нарушениями мозгового кровообращения. При пищеводной дисфагии пациенты локализируют место застревания пищи за грудиной

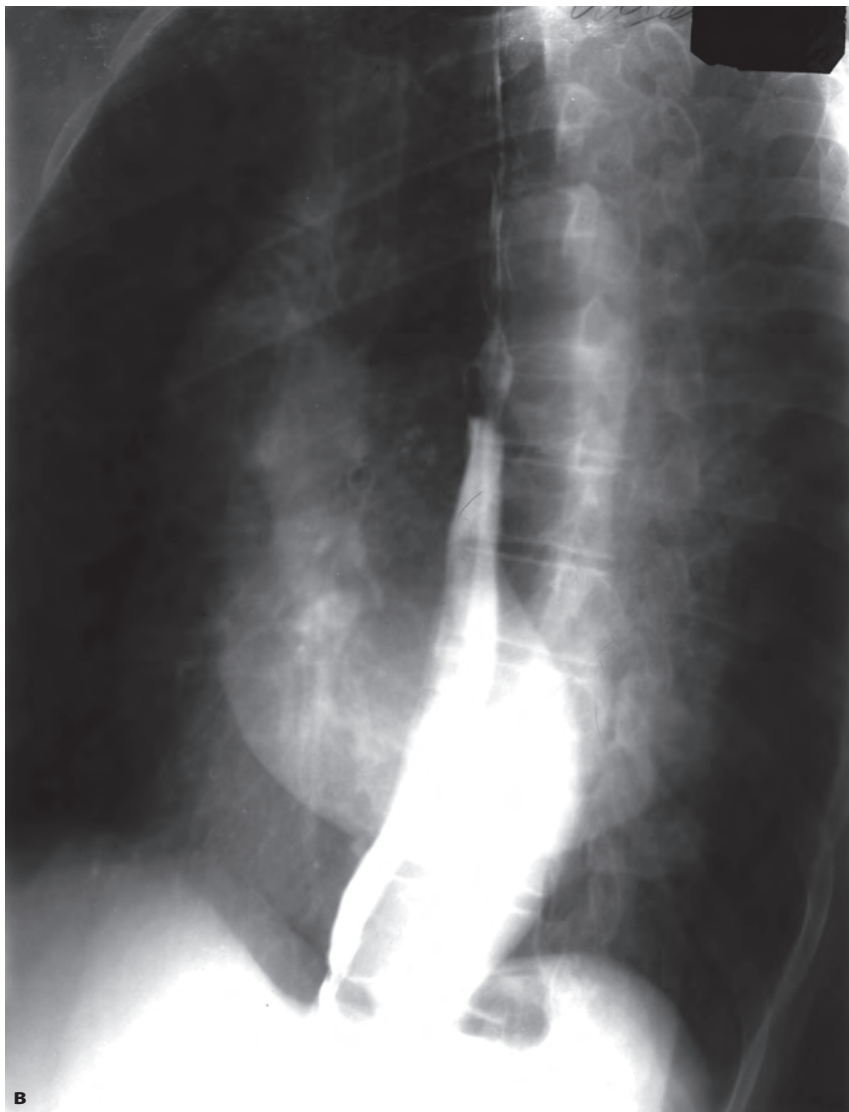


Рис. 10.1 (окончание).

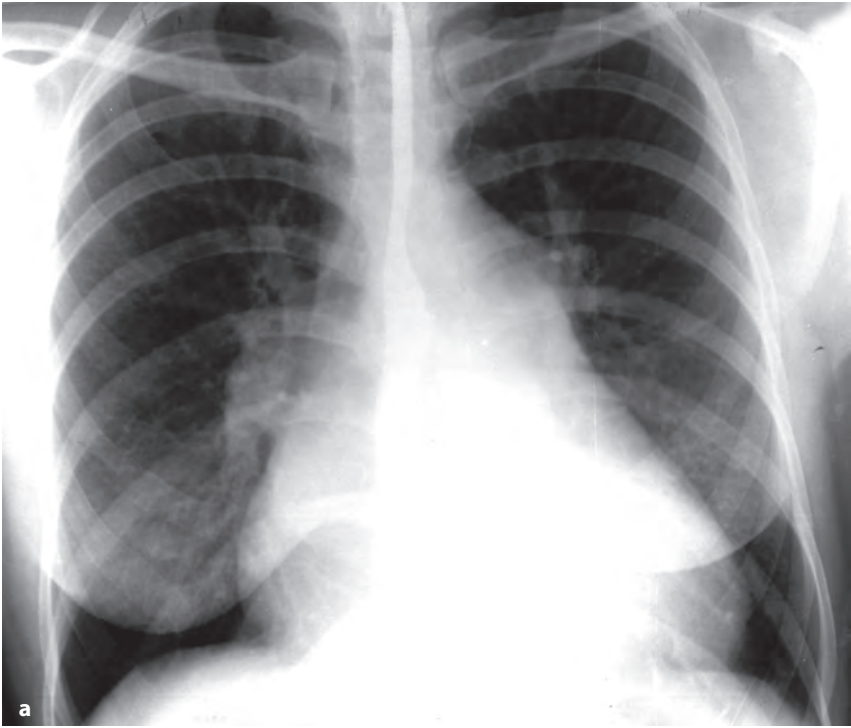


Рис. 10.2. Рентгенограммы органов грудной клетки пациентки с ревматическим митральным пороком сердца, стенозом левого атриовентрикулярного отверстия. В прямой проекции (*a*) прозрачность легочного фона на периферии легочных полей высокая. Корни легких широки за счет магистральной ветви легочной артерии. Сердце митральной конфигурации. По левому контуру сердечной тени преобладает дуга легочной артерии. На фоне тени сердца – автономная тень левого предсердия. Тень аорты мала. В первой косой проекции (*б*) ретрокардиальное поле закрыто тенью увеличенного левого предсердия, на уровне которого контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. По переднему контуру – признаки гипертрофии путей оттока из правого желудочка.

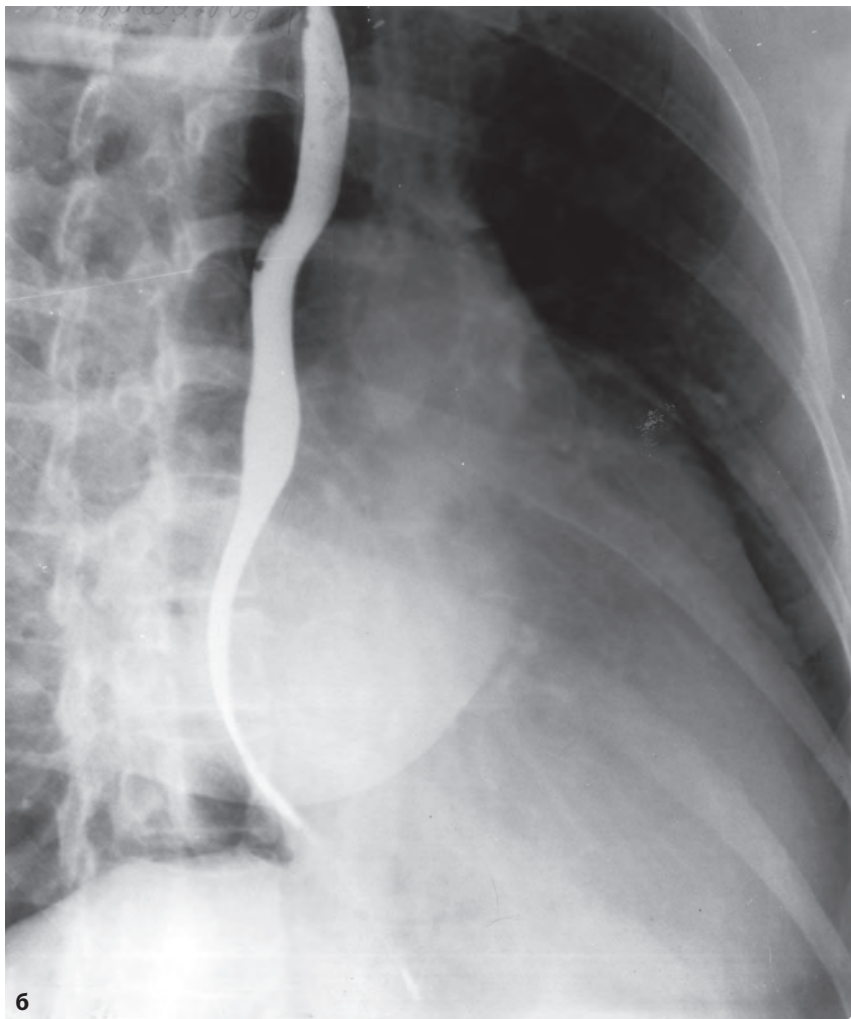


Рис. 10.2 (окончание).