

Р.Г. Дёшин

**ДИАГНОСТИКА
В КЛИНИЧЕСКОЙ
И СПОРТИВНОЙ
МЕДИЦИНЕ**

СПРАВОЧНИК



Москва 2016

УДК 616.1/6
ББК 53.4:54.1
Д11

Автор:

Дёшин Роман Геннадьевич –
врач по спортивной медицине, фармаколог

Дёшин Р.Г.

Д11 Диагностика в клинической и спортивной медицине. Справочник. – М.: Спорт, 2016. – 140 с.

ISBN 978-5-906839-22-0

Основной целью данного справочника является использование предоставленного материала для облегчения диагностики заболеваний в практике спортивной медицины, формулировки клинических диагнозов и подбора оптимального лечения спортсменов на различных этапах подготовки и соревнований.

Справочник предназначен врачам по спортивной медицине, а также может быть полезным врачам различных специальностей.

**УДК 616.1/6
ББК 53.4:54.1**

ISBN 978-5-906839-22-0

© Дёшин Р.Г., текст, 2016
© Издательство «Спорт», издание,
оформление, 2016

ВВЕДЕНИЕ

В современном спорте, особенно в спорте высших достижений, большое значение имеет сохранение здоровья спортсменов, а именно его поддержание, укрепление и восстановление при тенденции к снижению. Особое внимание уделяется медицинскому обследованию, оценке состояния здоровья, профилактике патологических процессов, преморбидных и донозологических состояний.

Врачу по спортивной медицине приходится часто встречаться с разнообразными заболеваниями, поэтому ему необходимо знать и помнить наиболее важные симптомы болезней, уметь выделять основные клинические синдромы, чтобы правильно отнести их к соответствующей нозологической единице.

Для оптимизации диагностических действий, в той или иной ситуации, может понадобиться справочник, который в кратком и доступном виде содержал бы необходимые сведения по диагностике наиболее часто встречающихся болезней. Ведь от своевременной и правильной диагностики зависит качество лечения и реабилитации спортсменов.

Так как в распоряжении врача по спортивной медицине подобных справочников недостаточно, возникла необходимость в выпуске серии справочников данной направленности.

Справочник включает данные о клинико-лабораторной диагностике более 50 заболеваний, которые сгруппированы в 6 групп по системам. Каждое заболевание описано в следующей последовательности: код МКБ-10, определение, классификация, клинические признаки и симптомы, лабораторные данные.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АС – атеросклероз
БА – бронхиальная астма
БХАК – биохимический анализ крови
ВЧД – внутричерепное давление
ВЭБ – водно-электролитный баланс
ГГС – гипоталамо-гипофизарная система
ДН – дыхательная недостаточность
ЖВП – желчевыводящие пути
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИР – инсулинорезистентность
КОР – кислотно-основное равновесие
КРС – кардио-респираторная система
КТ – компьютерная томография
ЛС – лекарственное средство
НТГ – нарушение толерантности к глюкозе
НЦД – нейроциркуляторная дистония
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ОКС – острый коронарный синдром
ОПСС – общее периферическое сопротивление сосудов
ОЦК – объём циркулирующей крови
ПН (ОПН, ХПН) – почечная недостаточность
ПеН (ОПеН, ХПеН) – печёночная недостаточность
ПНС – периферическая нервная система
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система
САС – симпатoadреналовая система
СВД – синдром вегетативной дистонии
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СН (ОСН, ХСН) – сердечная недостаточность
СПОН – синдром полиорганной недостаточности
ССН – сердечно-сосудистая недостаточность
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТИА – транзиторная ишемическая атака
ФВ – фракция выброса
ФВД – функция внешнего дыхания
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ЦНС – центральная нервная система
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭД – эндотелиальная дисфункция

I. БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ

АНЕМИЯ D50-D64

Клинико-гематологический синдром, характеризующийся уменьшением содержания гемоглобина ($Hb < 110$ г/л) в единице объёма крови, чаще при одновременном уменьшении количества эритроцитов ($E_r < 4,0 \times 10^{12}/л$) и гематокрита ($Ht < 40\%$), что приводит к развитию циркуляторной гипоксии и других патологических состояний.

Классификация

I. По патогенезу:

A. Анемии, связанные с повышенной кровопотерей.

1. Острая постгеморрагическая анемия (острая кровопотеря).

2. Хроническая постгеморрагическая анемия (хроническая кровопотеря).

Б. Анемии, обусловленные нарушением кровообразования.

1. Анемии, связанные с нарушением синтеза гемоглобина.

1.1. Анемии, связанные с нарушением синтеза гема.

Железодефицитная анемия (ЖДА, сидеропеническая)

– повышенная потребность организма в железе,

– недостаточное поступление железа в организм,

– нарушение процессов всасывания железа,

– нарушение транспорта железа,

– анемия хронических заболеваний.

1.2. Анемии, связанные с нарушением синтеза или утилизации порфиринов (Порфирии).

1.3. Анемии, связанные с нарушением синтеза цепей глобина (Талассемии).

2. Анемии, обусловленные нарушением синтеза ДНК и РНК (Мегалобластные).

- 2.1. В12-дефицитная анемия.
- 2.2. Фолиеводефицитная анемия.
3. Анемии, обусловленные угнетением пролиферации и дифференцировки клеток костного мозга (Апластические анемии).
4. Анемии вследствие опухолевой метаплазии костного мозга.
5. Анемии при первичной и вторичной миелодисплазии. Миелодиспластический синдром (МДС).
6. Анемия, связанная с дефицитом эритропоэтина при ХПН/ХБП.

В. Анемии, обусловленные повышенным разрушением эритроцитов.

Гемолитические анемии (ГА).

1. Наследственные гемолитические анемии.
 - 1.1. ГА, связанные с нарушением структуры мембраны эритроцитов (Мембранопатии).
 - 1.2. ГА, связанные с дефицитом ферментов в эритроцитах (Ферментопатии).
 - 1.3. ГА, связанные с нарушением синтеза гемоглобина (Гемоглобинопатии).
2. Приобретённые гемолитические анемии.
 - 2.1. Неиммунные.
 - 2.2. Иммунные.
 - 2.3. Приобретённая мембранопатия (Пароксизмальная ночная гемоглобинурия).

II. По морфологии эритроцитов (средний объём E_r):

1. Микроцитарная анемия ($MCV < 80$).
2. Нормоцитарная анемия ($MCV 80-100$).
3. Макроцитарная анемия ($MCV > 100$).

III. По степени насыщения эритроцитов гемоглобином (Цветовой показатель / среднее содержание Hb в E_r):

1. Гипохромная анемия ($ЦП < 0,8 / MCH < 25$).
2. Нормохромная анемия ($ЦП 0,8-1,1 / MCH 25-35$).
3. Гиперхромная анемия ($ЦП > 1,1 / MCH > 35$).

IV. По степени регенераторной активности костного мозга

(Уровень ретикулоцитов. Ret – молодой Eг):

1. Гипорегенераторная анемия (Ret < 0,5%).
2. Норморегенераторная анемия (Ret 0,5-1,5%).
3. Гиперрегенераторная (Ret > 1,5%).

V. По типу эритропоэза (морфология эритрокариоцитов в костном мозге):

1. Нормобластная.
2. Мегалобластная (мегалобласты – эритрокариоциты, предшественники Eг).

VI. По степени тяжести (уровень гемоглобина):

1. I степень (лёгкая) – Hb: 119-100 г/л.
2. II степень (средняя) – Hb: 99-80 г/л.
3. III степень (тяжёлая) – Hb: 79-60 г/л.
4. IV степень (крайне тяжёлая) – Hb: < 60 г/л.

Характеристика основных видов анемий

Вид анемии	Характеристика
Острая постгеморрагическая	Нормоцитарная, нормохромная, Ret ↑
Хроническая постгеморрагическая Железодефицитная	Микроцитарная, гипохромная, Ret ↓
Мегалобластные: B12-дефицитная Фолиеводефицитная	Макроцитарная, гиперхромная, Ret ↓
Апластическая МДС	Нормоцитарная, нормохромная, Ret ↓
Гемолитическая	Нормоцитарная, нормохромная или Микроцитарная, гиперхромная, Ret ↑

Клинические признаки и симптомы

Анемический (циркуляторно-гипоксический) синдром:

<p>Изменения со стороны кожи и её придатков:</p> <ul style="list-style-type: none">– бледность / желтушность,– сухость, снижение эластичности,– тусклость, неровность, ломкость ногтей,– ломкость, выпадение волос. <p>Изменения со стороны слизистых оболочек:</p> <ul style="list-style-type: none">– хейлит,– стоматит,– глоссит и атрофия сосочков языка,– атрофический гастродуоденит. <p>Изменения со стороны ПНС и ЦНС:</p> <ul style="list-style-type: none">– астения, адинамия,– головная боль,– головокружение,– снижение концентрации,– сонливость,– патоосмия и патофагия.	<p>Изменения со стороны КРС:</p> <ul style="list-style-type: none">– одышка,– кардиалгия,– тахикардия,– артериальная гипотензия. <p>Изменения со стороны других систем:</p> <ul style="list-style-type: none">– дисменорея,– эректильная дисфункция,– ↓ иммунологической реактивности. <p>Лабораторные данные:</p> <ul style="list-style-type: none">– ↓ Hb, Eг, Hт– анизоцитоз, пойкилоцитоз– гемоглобинурия– ↓ Fe сыворотки крови < 10 мкМ/л– ↓ Ферритин сыворотки крови < 20 мкг/л
--	--

Пример формулировки диагноза:

Анемия железодефицитная, гипохромная, гиперрегенераторная, средней тяжести.

II. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЙДЗ) E01

Патологические состояния, развивающиеся в популяции в результате йодного дефицита, которые могут быть предотвращены при нормальном потреблении йода.

Классификация

Эутиреоидные заболевания щитовидной железы:

1. Эндемический зоб (узловой, диффузный).
2. Спорадический зоб (узловой, диффузный).
3. Ятрогенный / Медикаментозный зоб.
4. Зоб, обусловленный употреблением, содержащихся в пище, зобогенных веществ.

Клинические признаки и симптомы

Увеличение размеров щитовидной железы (образование зоба), с учётом географических и возрастных особенностей.

Классификация зоба

По степени увеличения:

0 степень – зоба нет.

I степень – зоб пальпируется.

II степень – зоб визуализируется.

По количеству узловых образований:

1. Одноузловой зоб.

2. Многоузловой зоб.

3. Диффузно-узловой (смешанный) зоб.

ГИПОТИРЕОЗ (болезнь Галла, микседема) E02-E03

Клинический синдром, обусловленный снижением активности (гипофункцией) щитовидной железы со стойким снижением секреции тиреоидных гормонов и/или уменьшением действия тиреоидных гормонов на ткани-мишени.

Классификация

I. По этио-патогенезу:

1. Первичный (тиреогенный).
 - 1.1. Вследствие разрушения или недостатка функциональной активности ткани ЩЖ.
 - 1.2. Вследствие нарушения синтеза тиреоидных гормонов.
2. Центральный (гипоталамо-гипофизарный).
 - 2.1. Вторичный – при гипофизарных нарушениях.
 - 2.2. Третичный – при гипоталамических нарушениях.
3. Периферический (транспортный, тканевой).
 - 3.1. Вследствие нарушений в периферическом обмене тиреоидных гормонов.
 - 3.2. Вследствие возникновения резистентности тканей-мишеней к действию тиреоидных гормонов.

II. По клиническому течению:

1. Субклинический – лёгкая степень.
2. Манифестный – средней степени.
3. Осложнённый – тяжёлое течение.

III. По характеру течения:

1. Перманентный.
2. Транзиторный.

IV. Фазы (стадии) течения:

1. Компенсация.
2. Субкомпенсация.
3. Декомпенсация.

Клинические признаки и симптомы

<p>1. Гипотермически-обменный синдром: – снижение основного обмена, – повышение массы тела, – гипотермия (сниженная t°-тела).</p> <p>2. Гипотиреоидная дермопатия и синдром эктодермальных нарушений: – сухость, бледность кожных покровов, – витилиго, – микседематозный отёк лица, – периорбитальный отёк, – огрубение черт лица, – ломкость и выпадение волос (симптом Хертога, алопеция), – ломкость ногтей.</p> <p>3. Поражение ЦНС: – заторможенность, сонливость, – гипомнезия, брадифрения, – депрессия.</p> <p>4. Поражение ПНС и органов чувств: – парестезии, полинейропатия, – ухудшение обоняния, – ухудшение слуха, – охриплость, огрубение голоса, – нарушение зрения.</p>	<p>5. Синдром поражения ССС: – брадикардия, – артериальная гипотензия, – кардиомиопатия, – Сердечная недостаточность (СН).</p> <p>6. Синдром поражения ЖКТ: – снижение аппетита, – метеоризм, – запоры, – гепатомегалия.</p> <p>7. Анемический синдром и циркуляторно-гипоксический синдром: – головная боль, головокружение, – общая слабость, быстрая утомляемость, – одышка.</p> <p>8. Синдром гиперпролактинемического гипогонадизма: – нарушения менструального цикла, – галакторея.</p> <p>9. Возможные нарушения: – снижение либидо, – бесплодие.</p>
---	--

Лабораторные данные:

- \uparrow ТТГ; \downarrow Т₃ и Т₄
- \uparrow ХС, \uparrow ТГ
- \uparrow КФК, \uparrow ЛДГ, \uparrow АсАТ
- гипогликемия
- гипонатриемия, гиперкалиемия

ГИПЕРТИРЕОЗ E05

Клинический синдром, обусловленный повышением активности (гиперфункцией) щитовидной железы с избыточной секрецией тиреоидных гормонов.

ТИРЕОТОКСИКОЗ

Синдром, обусловленный избыточным содержанием тиреоидных гормонов в крови (вне зависимости от причины повышения их уровня) и их токсическим действием на различные органы и ткани.

Функциональная автономия ткани ЩЖ

Способность тиреоцитов к автономному синтезу и секреции тиреоидных гормонов.

Классификация

I. Тиреотоксикоз, обусловленный повышенной продукцией гормонов ЩЖ:

1. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова).

2. Функциональная автономия ЩЖ.

2.1. Многоузловой токсический зоб (болезнь Маринеленкарт).

2.2. Тиреотоксическая аденома (болезнь Пламмера).

3. Аутоиммунный тиреоидит (гипертиреоидная фаза – «Хаситоксикоз»).

4. Йодиндуцированный тиреотоксикоз.

5. ТТГ-обусловленный тиреотоксикоз.

6. Гестационный транзиторный тиреотоксикоз.

II. Тиреотоксикоз, не связанный с повышенной продукцией гормонов ЩЖ:

1. Подострый тиреоидит (первые 4 нед.) – тиреоидит де Кервена.

2. Хронический аутоиммунный тиреоидит – тиреоидит Хасимото.

3. Безболевого тиреоидит.
4. Медикаментозный / ятрогенный тиреотоксикоз.
5. Следствие повышенной чувствительности тканей к тиреоидным гормонам.

III. По клиническому течению:

1. Субклинический – лёгкая степень.
2. Манифестный – средняя степень.
3. Осложнённый – тяжёлое течение.

IV. Фазы (стадии) течения:

1. Компенсация.
2. Субкомпенсация.
3. Декомпенсация.

Клинические признаки и симптомы

<p>1. Катаболический (гиперметаболический) синдром: – повышение основного обмена, – снижение массы тела, – гипертермия (повышение t°-тела), чувство жара, потливость.</p> <p>2. Синдром эктодермальных нарушений: – влажность кожных покровов, – витилиго, – ломкость ногтей, онихолизис, – ломкость и выпадение волос, – перитрибиальная дерматопатия и отёк.</p>	<p>3. Поражение ЦНС (Астено-невротический синдром): – психоэмоциональная лабильность (плаксивость; тревога: беспокойство, раздражительность, бессонница), – гипопрозекия (нарушение концентрации внимания), – гиперкинезия: тремор рук – симптом Мари, тремор тела – симптом «телеграфного столба». Гиперреактивность САС и ГГНС с развитием гипокортицизма.</p> <p>4. Синдром поражения ССС: – тахикардия, аритмия, – артериальная гипертензия (↑пАД), – миокардиодистрофия, – Сердечная недостаточность (СН).</p>
--	---

<p>5. Синдром поражения ЖКТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – повышение аппетита, – тошнота, рвота, – диарея, – дистрофия печени, поджелудочной железы. <p>6. Поражение костно-мышечной системы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – тиреоидная миопатия, миастения, – тиреоидная акропатия, – остеопороз. 	<p>Лабораторные данные:</p> <p>ОАК: ↑Le, ↑СОЭ</p> <ul style="list-style-type: none"> – ↓ТТГ; ↑Т₃ и Т₄ – гипопропротеинемия (гипоальбуминемия) – азотемия – креатинурия
--	--

Глазные симптомы:

Эндокринная офтальмопатия

– периорбитальный отёк, экзофтальм, хемоз, кератит, офтальмоплегия.

Симптом Репнева-Мелехова – «гневный» взгляд.

Симптом Дельримпля – широкое раскрытие глазных щелей.

Симптом Крауза – сильный блеск глаз.

Симптом Штельвага – редкое неполное мигание век.

Симптом Грефе – отставание верхнего века от радужки при взгляде вниз.

Симптом Кохера – появление белой полосы склеры между краем верхнего века верхним краем радужки при движении глазных яблок вверх.

Симптом Жоффруа – отсутствие наморщивания лба при взгляде вверх.

Симптом Еллинека – пигментация вокруг глаз.

Симптом Мёбиуса – нарушение конвергенции глазных яблок.

Симптом Розенбаха / Рейсмана – мелкий тремор сомкнутых век.

ТИРЕОИДИТ E06

Гетерогенная группа воспалительных заболеваний щитовидной железы.

Классификация

1. Острый тиреоидит.
 - 1.1. Негнойный.
 - 1.2. Гнойный.
2. Подострый тиреоидит.
 - 2.1. Вирусный (тиреоидит де Кервена).
 - 2.2. Безболевой («тихий») тиреоидит.
3. Хронический (аутоиммунный) тиреоидит.
 - 3.1. Гипертрофический (тиреоидит Хасимото).
 - 3.2. Атрофический (аутоиммунный гипотиреоз).
 - 3.3. Фиброзный (тиреоидит Риделя).
 - 3.4. Послеродовый.

Клинические признаки и симптомы зависят от стадии (фазы) заболевания:

- гипертиреоидная стадия – см. «Гипертиреоз», стр. 13
- гипотиреоидная стадия – см. «Гипотиреоз», стр. 11

Примеры формулировки диагноза:

1. Гипотиреоз постоперационный, субкомпенсированный.
2. Диффузный токсический зоб III ст. средней степени тяжести, с глазной, кардиальной и невротической симптоматикой.
3. Тиреоидит аутоиммунный, субклинический гипотиреоз.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (СД) E10-E14

Группа метаболических заболеваний, обусловленных дефектами в секреции инсулина и/или его недостаточным действием, характеризующихся гипергликемией, нарушениями жирового, белкового и водно-электролитного обмена

Относительная инсулиновая недостаточность (ОИН) –
Возникает в связи с резистентностью инсулинзависимых тканей к действию инсулина при сохранённой или нарушенной секреции инсулина.

Абсолютная инсулиновая недостаточность (АИН) –
Возникает в результате полной деструкции бета-клеток островков Лангерганса поджелудочной железы.

Хроническая гипергликемия при СД ассоциируется с повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов и систем.

Классификация

I. По этиологии:

1. СД 1-го типа (деструкция β -клеток, АИН).
 - 1.1. Аутоиммунный (иммунноопосредованный).
 - 1.2. Идиопатический.
2. СД 2-го типа.
 - 2.1. С преобладанием инсулинорезистентности (ИР и ОИН).
 - 2.2. С преобладанием дефектов секреции инсулина (+/- ИР).
3. Специфические типы СД.
 - 3.1. Генетические дефекты, вызывающие нарушение функции β -клеток.
 - 3.2. Генетические дефекты, вызывающие нарушение действия инсулина.
 - 3.3. Заболевания экзокринной части поджелудочной железы.
 - 3.4. Эндокринопатии.
 - 3.5. СД, индуцированный химическими и фармакологическими веществами.
 - 3.6. СД, обусловленный инфекциями.
 - 3.7. Редкие формы иммунологически обусловленного СД.
 - 3.8. Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с СД.
4. СД беременных (гестационный). O24

II. По степени тяжести:

1. Лёгкой степени.
2. Средней степени.
3. Тяжёлого течения.

III. Фазы (стадии) течения:

1. Компенсация.
2. Субкомпенсация.
3. Декомпенсация.

Нарушения углеводного обмена по уровню глюкозы в крови, ммоль/л				
Время определения	Норма	Нарушение гликемии натощак	Нарушение толерантности к глюкозе	Сахарный диабет
Натощак	3,0 – 6,0	> 6,0 < 7,0	< 7,0	≥ 7,0
Через 2ч. после ГТТ	< 8,0	< 8,0	>8,0 < 11,0	≥ 11,0

Клинические признаки и симптомы

Параметры	Сахарный диабет 1-го типа	Сахарный диабет 2-го типа
Начало заболевания	Острое	Постепенное
Возраст больных	Молодой	Средний
Общие симптомы	Общая слабость, быстрая утомляемость, сонливость (энергетический дефицит)	Симптомы схожие с СД 1-го типа
Характерные симптомы	Синдром четырёх «П»: – полиурия (гиперосмолярность), – полидипсия (дегидратация), – полифагия, похудение (липолиз, протеолиз)	Ожирение – см. стр. 20

Параметры	Сахарный диабет 1-го типа	Сахарный диабет 2-го типа
Дополнительные симптомы	Поражения кожи и слизистых (сухость, зуд, фурункулез, кандидоз). Плохая репарация ран, затяжные инфекции	
Лабораторные данные	– гипоинсулинемия, – гипергликемия, глюкозурия, – азотемия, азотурия, протеинурия – кетонемия, кетонурия, – нарушение ВЭБ (гипокалиемия), – нарушение КОР (метаболический ацидоз)	– гиперинсулинемия, – гипергликемия (глюкозотоксичность), – гиперлипидемия (атерогенность), – гиперфибриногенемия (гиперкоагуляция), – глюкозурия, протеинурия, – повышение С-пептида
Осложнения	Кетоацидотическая кома, Диабетические микроангиопатии: – диабетическая ретинопатия – диабетическая нефропатия Диабетические нейропатии, Синдром диабетической стопы, Инфекционные осложнения	Гиперосмолярная кома, Диабетические макроангиопатии: – цереброваскулярные заболевания – ИБС, ХСН, – периферические ангиопатии Диабетические нейропатии, Стеатоз печени (жировой гепатоз)

Примеры формулировки диагноза:

1. Сахарный диабет 1-го типа, средней степени тяжести, декомпенсированный, осложнённый диабетической непролиферативной ретинопатией, нефропатией в стадии микроальбуминурии, сенсорной симметричной полинейропатией.

2. Сахарный диабет 2-го типа, средней степени тяжести, субкомпенсированный, с ожирением II степени, смешанного генеза.

ОЖИРЕНИЕ E66

Хроническое прогрессирующее нарушение обмена веществ, характеризующееся увеличением массы тела из-за избыточного накопления жировой ткани, рецидивирующее после прекращения лечения.

Классификация

I. По этио-патогенезу:

1. Первичное.

1.1. Алиментарно-конституциональное (до 95%).

1.2. Нейро-эндокринное (гипоталамическое).

2. Вторичное (симптоматическое).

2.1. Церебральное.

2.2. Эндокринно-метаболическое (гипотиреоз, гиперкортицизм и др.).

2.3. Психогенное / Поведенческое (на фоне нарушения пищевого поведения: синдром ночной еды, гиперфагическая реакция на стресс и др.).

2.4. Ятрогенное / Медикаментозное (обусловленное приёмом ряда ЛС).

3. Смешанное.

II. По типу отложения жировой ткани:

1. «Верхний» тип (абдоминальное / висцеральное, центральное, андроидное).

2. «Нижний» тип (ягодично-бедренное, периферическое, гинекоидное).

3. Смешанное.

III. По индексу массы тела (ИМТ / Индекс Кетля = масса тела (кг)/рост(м²):

1. ИМТ = 20-25 – нормальная масса тела.

2. ИМТ = 25-30 – избыточная масса тела.

3. ИМТ = 30-35 – ожирение I степени.

4. ИМТ = 35-40 – ожирение II степени.

5. ИМТ > 40 – ожирение III степени.

IV. По окружности талии (ОТ):

Абдоминальное ожирение (АО) – для ♂ ≥ 100 см., для ♀ ≥ 90 см.

Соотношение окружности талии к окружности бёдер – ОТ/ОБ ≥ 1 .

V. По характеру течения:

1. Стабильное.
2. Прогрессирующее.
3. Резидуальное.

Расчёт массы тела по формуле Брока:

$N = \text{Рост (см)} - 100$ для ♂ / 110 для ♀

Факторы риска

Эндогенные:	Экзогенные:
<ol style="list-style-type: none">1. Генетическая предрасположенность (ожирение в семейном анамнезе).2. Патология головного мозга.3. Патология ГГС.4. Эндокринные и метаболические расстройства.5. Недостаточность Лептина, Резистентность к Лептину, Избыток Грелина и/или Адипсина.	<ol style="list-style-type: none">1. Избыточное высококалорийное питание, превышающее по калорийности суточные энергетические затраты.2. Повышенное содержание жиров в рационе.3. Низкий уровень физической активности.4. Социальные факторы.

Клинические признаки и симптомы

1. Увеличение массы и размеров тела.
2. Эмоциональная лабильность, депрессия.
3. Тахикардия покоя.
4. Одышка при умеренной физической нагрузке.
5. Быстрая утомляемость, сонливость (гипоксия).
6. Потливость (зуд, мацерация кожи).

7. Гнойничковые поражения кожи, экземы, цианотичные стрии, гиперпигментация в местах трения.
8. Грыжи (паховые, пупочные).
9. Артралгия, артропатия, подагра.
10. Запор, геморрой.
11. Варикозное расширение вен нижних конечностей.
12. Эректильная дисфункция.
13. Нарушения менструального цикла.
14. Симптомы заболеваний сопутствующих ожирению (СД, АС, АГ, ИБС, ЖКБ, панкреатит и др.).
15. Пикквикский синдром (альвеолярная гиповентиляция).
16. «СОАС» (гипоксия → ↑СНС → тахикардия, аритмии, ↑АД и др.).

Пример формулировки диагноза:

Ожирение III степени, алиментарно-конституционального генеза, андроидный тип.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (МС)

E11; E66; E78; I10

Группа взаимосвязанных метаболических и клинических нарушений, в основе которых лежит абдоминальное ожирение.

Диагностические критерии МС

А. Основные:

1. Абдоминально-висцеральное ожирение (ОТ: ♂ > 90 см., ♀ > 80 см.; ИМТ > 25).

2. Инсулинорезистентность (ИР) / Гиперинсулинемия (ГИ),

Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) / СД 2-го типа,

Гипергликемия (уровень глюкозы в крови натощак > 6,0 ммМ/л).

3. Дислипидемия (ХС > 5,0 ммМ/л; ТГ > 2,0 ммМ/л; ЛПНП > 3,0 / ЛПВП < 1,0 ммМ/л).

4. Артериальная гипертензия (АД > 130/80 мм.рт.ст.).

Б. Дополнительные:

1. Гиперурикемия (мочевая к-та $> 0,4$ мМ/л).
2. Микроальбуминурия: 30-300 мг/сут.; \downarrow СКФ.
3. Гиперфибриногенемия.
4. Повышение уровня провоспалительных маркёров крови.

Клинические признаки и симптомы

Метаболический синдром – полисимптомное состояние:

- см. «Ожирение», стр. 20
- см. «СД 2-го типа», стр. 16
- см. «Атеросклероз», стр. 32; «Артериальная гипертензия», стр. 36

Пример формулировки диагноза:

Ожирение II степени. Нарушение толерантности к глюкозе. Дислипидемия. Артериальная гипертензия 2 степени, II стадии, риск 3.

ГИПОКОРТИЦИЗМ (НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ) E27

Клинический синдром, обусловленный недостаточной секрецией гормонов коры надпочечников в результате нарушения функционирования одного или нескольких звеньев гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Классификация

I. По патогенезу:

1. Первичный (болезнь Аддисона).
 - 1.1. Вследствие деструкции или недостатка функциональной активности ткани КН.
 - 1.2. Вследствие нарушения синтеза кортикостероидных гормонов.
2. Централный (гипоталамо-гипофизарный).
 - 2.1. Вторичный – при гипофизарных нарушениях.
 - 2.2. Третичный – при гипоталамических нарушениях.

3. Ятрогенный / Медикаментозный.
 - 3.1. Длительный приём кортикостероидов.
 - 3.2. Длительный приём препаратов ингибирующих стероидогенез.
 - 3.3. Адреналэктомия.

II. По характеру течения:

1. Острый (Острая надпочечниковая недостаточность).
2. Хронический (Хроническая надпочечниковая недостаточность).

Клинические признаки и симптомы

- Общая слабость, быстрая утомляемость (астения, адинамия),
- Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек (меланоцитстимулирующий эффект АКТГ),
- Похудение (замедление глюконеогенеза и синтеза гликогена),
- Пристрастие к солёной пище (нарушение ВЭБ),
- Артериальная гипотензия, коллапс (дегидратация, гиповолемиа),
- Диспепсические расстройства (анорексия, тошнота, рвота, диарея, абдоминальная боль),
- Олигурия.

Лабораторные данные:

- ↑Ht, ↑СОЭ
- гипогликемия
- гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия
- ↓ кортизола и альдостерона
- ↑АКТГ / ↓АКТГ при центральном гипокортицизме

ГИПЕРКОРТИЦИЗМ E24

Клинический синдром, обусловленный повышенным содержанием в крови экзо- или эндогенных кортикостероидов.

Классификация

I. По этиологии:

1. Экзогенный.
 - 1.1. Ятрогенный / Медикаментозный (при введении АКТГ или кортикостероидов).
 2. Эндогенный.
 - 2.1. Функциональный (беременность, метаболический синдром и др.).
 - 2.2. Патологический.

II. По патогенезу:

1. АКТГ-зависимый / Центральный гиперкортицизм – Болезнь Иценко-Кушинга (БИК).
2. АКТГ-независимый гиперкортицизм – Синдром Иценко-Кушинга (СИК) / Кортикостерома.

ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ E26

Клинический синдром, обусловленный повышенным содержанием в крови экзо- или эндогенного альдостерона.

Классификация

1. Первичный (синдром Кона).
2. Вторичный (при ↑ функции РААС).
 - 2.1. Нефрогенный.
 - 2.2. Кардиогенный (ХСН).
 - 2.3. Ятрогенный / Медикаментозный (обусловленный приёмом ряда ЛС).

Клинические признаки и симптомы

Общие симптомы:

- общая слабость, быстрая утомляемость,
- гиперемированное и лунообразное лицо («матронизм»),
- гиперпигментация кожи (эффект АКТГ),

– сухость, истончение и атрофия кожи, подкожные кровоизлияния, акне.

Симптомы нарушения жирового обмена:

– диспластическое ожирение (отложение жира на животе, груди, шее, лице).

Симптомы нарушения белкового обмена:

– трофические изменения кожи (стрии),
– атрофия мышц (миопатия),
– миокардиодистрофия, ХСН,
– вторичный иммунодефицит (иммуносупрессивное действие ГКС).

Симптомы нарушения углеводного обмена:

– стероидный диабет / НТГ,
– полиурия, никтурия, полидипсия.

Симптомы нарушения водно-электролитного обмена:

– гиперволемия (↑ОЦК),
– артериальная гипертензия,
– нефролитиаз, нефрокальциноз, ХПН,
– остеопороз (остеопенический синдром).

♀ Вирилизация (маскулинизация): гирсутизм, аменорея и др.

♂ Снижение либидо и потенции, эректильная дисфункция.

Лабораторные данные:

– гипернатриемия, гипокалиемия
– гипергликемия
– ↑ кортизола и альдостерона
– ↓ АКТГ

III. БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ (НЦД)

F45; G90.8

(Нейроциркуляторная астения / Дисрегуляторная кардиопатия)

Хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся функциональным нарушением нейрогуморальной регуляции сердечно-сосудистой системы с хроническим волнообразным течением, сердечно-сосудистыми, респираторными, вегетативными расстройствами, астенизацией, плохой переносимостью физических нагрузок и стрессовых реакций, но с хорошим прогнозом.

Классификация

I. По этиологии: 1. Эссенциальная (наследственно-конституциональная). 2. Психогенная (невротическая). 3. Нейро-эндокринная. 4. Инфекционно-токсическая. 5. Связанная с физич. Перенапряжением. 6. Обусловленная физ. и проф. Факторами. 7. Смешанная.	II. Клинические синдромы: 1. Астеноневротический. 2. Церебральный. 3. Гипотонический (гипотонич. болезнь). 4. Гипертонический (АГ 1-й степени). 5. Кардиальный. 6. Аритмический. 7. Респираторный.
III. Степень тяжести: 1. Лёгкая. 2. Средняя. 3. Тяжёлая.	IV. Фазы течения: 1. Обострение. 2. Ремиссия.

Клинические признаки и симптомы

- психастения, адинамия,
- эмоциональная лабильность,
- головная боль, головокружение,

- одышка,
- кардиалгия,
- лабильность ЧСС, аритмии,
- нарушения периферического кровообращения и др.

Пример формулировки диагноза:

Нейроциркуляторная дистония по смешанному типу, средней степени тяжести, с нарушением ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии. НК 0.

СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Патофизиологическое состояние, характеризующееся падением сосудистого тонуса (\downarrow ОПСС) или нарушением адекватного соотношения между вместимостью сосудистого русла и объемом циркулирующей крови (\uparrow ОСР, \downarrow ОЦК / гиповолемия), проявляющееся нарушением кровоснабжения органов и тканей (гипоперфузия).

Классификация

I. Острая сосудистая недостаточность.

1. Обморок (синкопа).
2. Коллапс.
3. Шок.

II. Хроническая сосудистая недостаточность.

1. Артериальная гипотензия.
2. Гипотоническая болезнь.

Обморок – приступ кратковременной потери сознания, обусловленный преходящим снижением мозгового кровообращения.

Коллапс – острая сосудистая недостаточность, характеризующаяся резким снижением системного АД вследствие падения сосудистого тонуса (\downarrow ОПСС), уменьшения сердечного выброса (\downarrow ФВ) и/или в результате острого уменьшения ОЦК.

Коллапс может быть составной частью шока, при котором происходят более глубокие гемодинамические нарушения.

Шок – острый синдром дисциркуляции (СШ), развивающийся в результате действия на организм экстремальных факторов, который характеризуется острым расстройством тканевой перфузии, тяжёлой гипоксией и нарушениями метаболизма.

ОБМОРОК / СИНКОПА **(synkora – бессилие, истощение) R55**

Липотимия – предобморочное состояние.

Классификация

- I. Нейрогенный тип.
 1. Вазовагальный (вазодепрессорный).
 2. Синокаротидный (синдром гиперчувствительности каротидного синуса).
 3. Ситуационно обусловленный:
(при чихании, кашле, глотании, дефекации, висцеральных болях, постпрандиальный, никтурический, постнагрузочный и т.д.).
 4. Невралгический.

- II. Ортостатический тип.
 1. Периферическая нейро– и ангиопатия (СВД, НЦД).
 2. Лекарственно-индуцированная гипотензия.
 3. Уменьшение ОЦК (кровопотеря, обезвоживание).

- III. Цереброваскулярный тип.
 1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ТИА).
 2. Мигрень.

- IV. Психогенный тип.
 1. Психоэмоциональный стресс.
 2. Истерия и др.

V. Кардиогенный тип.

Патология сердца, сопровождающаяся уменьшением сердечного выброса (\downarrow ФВ).

VI. Респираторный тип.

Патология органов дыхания, сопровождающаяся гипоксией (\downarrow РаО₂).

VII. Дисметаболический тип.

1. Гипер- / гипогликемия.

2. Гипоксия и др.

ШОК (ЦИРКУЛЯТОРНЫЙ КОЛЛАПС) R57

Классификация

Виды шока:

1. Кардиогенный.

2. Гиповолемический.

3. Инфекционно-токсический (септический).

4. Травматический T79.4.

5. Анафилактический T78, T80, T88.

По степени тяжести:

Степень тяжести	ЧСС (за 1 мин.)	АД (мм.рт.ст.)	Индекс Альтговера (ЧСС/сАД)
I ст. (лёгкая)	> 90	< 90/60	0,9 – 1,0
II ст. (ср. тяжести)	> 100	< 80/50	1,1 – 1,5
III ст. (тяжёлая)	> 110	< 70/40	> 1,5

Клинические признаки шока

1. Нарушение тканевой перфузии (гипоперфузия).

Кожа: бледность, цианоз, гипергидроз и похолодание кожных покровов.

ЦНС: психастения, заторможенность, адинамия.

С.С.С: тахикардия, аритмия, кардиалгия.

Почки: олигурия (диурез < 500 мл/сут.) или анурия (диурез < 100 мл/сут.).

2. Артериальная гипотензия.

Пульс нитевидный, чаще не прощупывается.

сАД \leq 80 мм.рт.ст.; пАД (сАД – дАД) < 30 мм.рт.ст.

Индекс Альговера = ЧСС / сАД > 1,0 (N = 0,5-0,9).

3. Полиорганная недостаточность (СПОН) – ОСН, ОПН и др.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ I95

Синдром, характеризующийся снижением уровня АД < 100/60 мм.рт.ст.

Классификация

I. По этиологии:

1. Физиологическая артериальная гипотензия.

1.1. Индивидуальный вариант нормы.

1.2. У спортсменов.

1.3. Адаптивная.

2. Патологическая артериальная гипотензия.

2.1. Эссенциальная (первичная) – гипотоническая болезнь.

2.2. Симптоматическая (вторичная).

2.3. При длительном постельном режиме.

2.4. При действии ряда ЛС (нитраты, антигипертензивные, диуретики и др.).

2.5. При различных патологических состояниях:

– Анемии.

– Гиповолемия (дегидратация и др.).

– Инфекционные заболевания.

– Патология ЦНС и ПНС (СВД, НЦД и др.).

– Сердечная недостаточность (СН).

– Эндокринные заболевания (Гипотиреоз, Гипокортицизм и др.).

– ВРВНК и др. патологические процессы.

II. По продолжительности:

1. Транзиторная.
2. Устойчивая.

III. В зависимости от провоцирующего фактора:

1. Ортостатическая.
2. Постпрандиальная.
3. Постнагрузочная.
4. Нейрогенная (рефлекторная).
5. Другие причины и их комбинации.

АТЕРОСКЛЕРОЗ (АС) E78; I70; I25.0.

Хроническое патологическое системное изменение сосудистой стенки, возникающее в результате нарушения липидного и белкового обмена, характеризующееся поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа (т.е. артерий крупного и среднего калибра) в виде очагового отложения во внутренней оболочке сосудов (intima) липидов, белков, др. компонентов крови и реактивного разрастания соединительной ткани.

Морфологическим проявлением атеросклероза является атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет сосуда (стеноз или окклюзия) с формированием определённых гемодинамических нарушений.

Атеросклероз — рассматривается как основа ряда нозологических форм.

Классификация

<p>I. По этиологии: Клинико-патогенетические формы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Гемодинамические — при АГ и др. сосудистых нарушениях.2. Метаболические — при наследственно-конституционал. нарушениях липидного обмена,	<p>II. По локализации:</p> <ol style="list-style-type: none">1. АС аорты.2. АС церебральных артерий.3. АС коронарных артерий.4. АС мезентериальных артерий.5. АС почечных артерий.6. АС сосудов нижних конечностей.
---	---

<p>– при алиментарных нарушениях, – при эндокринно-обменных заболеваниях (Гипотиреоз, СД, МС), – при заболеваниях печени и почек. 3. Смешанные.</p>	
<p>III. Периоды и стадии заболевания: 1. Начальный (доклинический) период. 2. Период клинических проявлений. I стадия – ишемическая. II стадия – тромбонекротическая. III стадия – фиброзная (склеротическая).</p>	<p>V. Фазы течения: 1. Прогрессирование АС. 2. Стабилизация процесса. 3. Регрессирование АС.</p>

Классификация гиперлипидемий

Фенотип	ХС	ТГ	ЛП	Атерогенность	Частота, %
I	↑	N или ↑	↑ХМ	+	< 1
IIa	↑	N	↑ЛПНП	+++	10
IIb	↑	↑	↑ЛПНП и ЛПОНП	+++	40
III	↑	↑	↑ЛППП	+++	< 1
IV	N или ↑	↑	↑ЛПОНП	++	45
V	↑	↑	↑ ХМ и ЛПОНП	+	5

Дислипидемии (ДЛЕ):

- первичные (наследственные),
- вторичные (симптоматические).

Гиперлипидемии (ГЛЕ): – ↑ ХС_{общ.} (гиперхолестеринемия) и/или – ↑ТГ (гипертриглицеридемия).

Гипо-α-холестеринемия: ХС_{общ.} и ТГ в N, ↓ХС ЛПВП (α-ХС).

Гиперлиппротеидемия: – ↑ атерогенных ЛП (ЛПНП и/или ЛПОНП) или – атерогенные ЛП в N, ↓ антиатерогенных ЛП (ЛПВП).

Дислиппротеидемия: нарушение соотношения между атерогенными и антиатерогенными ЛП.

Оптимальные значения липидных параметров плазмы:

ХС < 5,0 ммоль/л.

ХС ЛПВП (α -ХС) > 1,0 ммоль/л.

ХС ЛПНП (β -ХС) < 3,0 ммоль/л.

ТГ < 2,0 ммоль/л.

ЛП(а) < 30 мг/дл.

Факторы риска

I. Немодифицируемые:

1. Возраст: > 45 лет.
2. Пол: ♂, ♀ – в менопаузе.
3. Наследственная предрасположенность: отягощённый семейный анамнез.

II. Модифицируемые (корректируемые):

1. Несбалансированное питание.
2. Гиподинамия.
3. Ожирение.
4. Курение.
5. Артериальная гипертензия (АГ), Эндотелиальная дисфункция (ЭД).

III. Потенциально или частично корректируемые:

1. Метаболические факторы
 - гиперлипидемия, дислиппротеидемия, ЛП(а),
 - гиперфибриногенемия,
 - гипергомоцистеинемия,
 - гиперурикемия,
 - гиперкальциемия.
2. Гормональные факторы

- Гипотиреоз,
 - Сахарный диабет (СД), Метаболический синдром (МС),
 - Гиперкортицизм,
 - Менопауза.
3. Соматические факторы
- Холестаз,
 - Панкреатит,
 - Нефротический синдром,
 - Подагра.

Клинические признаки и симптомы

Нарушения липидного обмена, как правило протекают без симптомов и выявляются только при специальном обследовании.

При внешнем осмотре могут выявляться различные участки отложения липидов:

- Ксантелазмы – пятнана коже различной формы, желтовато-оранжевого цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи, обычно локализующиеся на коже век.

- Ксантомы – бугристые уплотнения желтовато-оранжевого цвета, локализующиеся в области суставов и сухожилий.

- Липоидная дуга роговицы (геронтоксон) – инфильтрация роговицы липидами.

Проявления АС возникают при достаточно выраженном сужении просвета сосуда, разрыве атеросклеротической бляшки с формированием тромба, прогрессировании аневризм.

Клинические проявления АС зависят от локализации патологического процесса.

Локализация	Основные клинические проявления
1. АС аорты.	<ul style="list-style-type: none"> – Артериальная гипертензия, – Аневризма аорты, – Тромбоэмболии большого круга кровообращения.

2. АС прецеребральных и церебральных артерий.	ХСМН: – ДЭП. ОНМК: – Транзиторные ишемические атаки (ТИА), – Ишемический инсульт.
3. АС коронарных артерий.	ИБС: – Стенокардия, – ИМ, – Аритмии, – ХСН, – ВКС.
4. АС мезентериальных артерий.	– Синдром брюшной жабы (Хр. окклюзия мезентериальных сосудов), – Инфаркт кишечника.
5. АС почечных артерий.	– Вазоренальная АГ, – Нефросклероз, – ХПН.
6. АС сосудов нижних конечностей.	– перемежающаяся хромота, – гангрена пальцев и стоп.

Пример формулировки диагноза:

Семейная гиперхолестеринемия тип IIa. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ) I10-I15

Синдром повышения АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст. (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90) при «гипертонической болезни» и «симптоматических АГ».

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (ГБ)

(Первичная / Эссенциальная / Идиопатическая АГ)

Хроническое гетерогенное заболевание, основным клиническим проявлением которого является АГ, при отсутствии достоверно известной причины (~ 80% АГ).

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ (ВТОРИЧНАЯ) АГ

Повышение АД, этиологически связанное с определёнными заболеваниями органов или систем, участвующих в регуляции АД.

**Классификация уровней АД у лиц старше 18 лет.
(мм.рт.ст.)**

Категории АД	Систолическое АД	Диастолическое АД
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	120 – 129	80 – 84
Высокое нормальное АД	130 – 139	85 – 89
АГ 1-я степень (мягкая)	140 – 159	90 – 99
АГ 2-я ст. (умеренная)	160 – 179	100 – 109
АГ 3-я ст. (тяжёлая)	≥ 180	≥ 110
Изолированная САГ	≥ 140	< 90
Изолированная ДАГ	< 140	≥ 90

Стадии АГ (ГБ):

I стадия – отсутствие изменений в органах-мишеней.

II стадия – наличие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней.

III стадия – наличие ассоциированных клинических состояний.

Классификация симптоматических АГ

<p>I. Ренальные (нефрогенные) ~ 20% 1. Ренопаренхиматозные: – Пиелонефрит, – Гломерулонефрит, – Диабетическая нефропатия (гломерулосклероз), – Нефропатия беременных, – Поликистоз, – Амилоидоз и др. 2. Реноваскулярные / Вазоренальные – Ишемия почек (атеросклероз, дисплазия и др.).</p>	<p>IV. Нефрогенные / Психогенные 1. Поражения ЦНС: – Повышение внутричерепного давления, – Черепно-мозговая травма (ЧМТ), – Опухоли, – Менинго-энцефалит, – Гипоталамический синдром и др. 2. Психогении и др.</p>
--	--

<p>II. Эндокринные ~ 10%</p> <p>1. Дисфункция надпочечников: – Гиперальдостеронизм, – Гиперкортицизм, – Феохромоцитома.</p> <p>2. Дисфункция щитовидной железы – Гипертиреоз / тиреотоксикоз.</p> <p>3. Другая дисфункция эндокрин. системы – Метаболический синдром, – Климакс и др.</p>	<p>V. Лекарственные</p> <p>1. Симпатомиметики: – α- и β-АМ, – психостимуляторы и др.</p> <p>2. Глюко- и Минерало-кортикостероиды.</p> <p>3. Оральные контрацептивы (ОК) и др.</p>
<p>III. Гемодинамические</p> <p>1. Поражение аорты и её ветвей: – атеросклероз, стеноз, – коарктация и др.</p> <p>2. Системные васкулиты – аортоартериит и др.</p> <p>3. Реологическая АГ – полицитемия и др.</p>	<p>VI. Особые формы симптоматических АГ</p> <p>1. АГ беременных (гестационная).</p> <p>2. АГ при ХОБЛ (пульмогенная).</p>

Критерии стратификации риска (оценка факторов, влияющих на прогноз)

I. Факторы риска (ФР)

Основные ФР:	Дополнительные ФР:
<p>– мужчины старше 50 лет, женщины старше 60 лет,</p> <p>– наследственная отягощённость, семейный анамнез ранних ССЗ,</p> <p>– курение, алкоголизм,</p> <p>– абдоминальное ожирение (АО): ♂ – ОТ \geq 100 см, ♀ – ОТ \geq 90 см,</p> <p>– наличие дислипидемии см. стр. 32,</p> <p>– наличие СРБ.</p>	<p>– личностные особенности,</p> <p>– особенности питания,</p> <p>– низкая физическая активность,</p> <p>– нарушение толерантности к глюкозе,</p> <p>– гиперфибриногенемия,</p> <p>– гипергомоцистеинемия,</p> <p>– гиперкальциемия.</p>

II. Поражение органов-мишеней (ПОМ):

- повышение уровня сывороточного креатинина > 100 мкмоль/л (100-130 мкм/л),
- микроальбуминурия (МАУ) – 30-300 мг/сут.,
- гипертрофия ЛЖ (Эхо-КГ),
- УЗ-признаки утолщения стенки артерий или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов,
- ангиопатия сосудов сетчатки у лиц моложе 50 лет.

III. Сахарный диабет (СД) / Метаболический синдром (МС):

- глюкоза плазмы крови натощак > 7 мм/л.,
- целевой уровень АД = 130/80 мм.рт.ст.

IV. Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния (АКС).

Цереброваскулярные заболевания:

- Транзиторные ишемические атаки (ТИА),
- Ишемический / геморрагический инсульт.

Заболевания сердца:

- Ишемическая болезнь сердца (ИБС),
- Сердечная недостаточность (ХСН).

Заболевания почек:

- Диабетическая нефропатия,
- Почечная недостаточность (ХПН) (креатинин > 130 мкм/л., протеинурия > 300 мг/сут (макроальбуминурия)).

Заболевания сосудов:

- расслаивающая аневризма аорты,
- симптомное поражение периферических артерий.

Гипертоническая ретинопатия:

- экссудаты или кровоизлияния,
- отёк соска зрительного нерва.

Стратификация (распределение) риска у больных АГ
(Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений
и смертности от ССЗ)

Критерии стратификации риска	РИСК			
	Высокое N АД 130-139/ 85-89	АГ 1-й степени 140-159/ 90-99	АГ 2-й степени 160-179/ 100-109	АГ 3-й степени ≥ 180/110
нет	незначительный	низкий (< 4%)	умеренный (4-5%)	высокий (5-8%)
1-2 ФР	низкий	умеренный	умеренный	очень высокий > 8
3 и более ФР или ПОМ	высокий	высокий	высокий	очень высокий
СД или АКС	очень высокий	очень высокий	очень высокий	очень высокий

Гипертонический криз

Остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов и требующее быстрого контролируемого снижения АД для предупреждения или ограничения поражения органов мишеней.

Классификация

I. По типу гемодинамики:

1. Гиперкинетический (↑УО, МО, ФВ).
2. Эукинетический.
3. Гипокинетический (↑ОПСС).

II. По клинической симптоматике:

1. Нейровегетативный.
2. Водно-солевой (отёчный).
3. Церебральный (судорожный).

III. По наличию осложнений:

1. Неосложнённый (urgencies).
2. Осложнённый (emergencies).

Осложнения:

Церебральные: Энцефалопатия / Отёк мозга / Инсульт.

Коронарные: Коронарный синдром / Сердечная недостаточность – см. стр. 59, 74

Ренальные: Почечная недостаточность (ОПН) – см. стр. 132

Пример формулировки диагноза:

Артериальная гипертензия 2-й степени, стадия II.

Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Риск 3.

ПЕРИКАРДИТ I30-I32

Воспаление перикарда (наружной оболочки сердца).

Классификация

<p>I. По этиологии:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Идиопатический.2. Инфекционный.<ol style="list-style-type: none">2.1. Вирусный ~ 50%.2.2. Бактериальный ~ 10% (в т.ч. Риккетсиозный, Спирохетный).2.3. Грибковый.2.4. Протозойный.3. Неинфекционный<ol style="list-style-type: none">3.1. При системных аутоиммунных заболеваниях (РА, СКВ, Склеродермия и др.).3.2. При аутоиммунных процессах 2-го типа (Ревматич. лихорадка, Постинфаркт. синдром).3.3. При заболеваниях сердца и смежных органов (Миокардит, ИМ, Пневмония и др.).	<p>II. По течению:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Острый < 1-го мес.2. Подострый 1-3 мес.3. Хронический > 3-х мес. <p>III. По клинико-морфологическим признакам:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Фибринозный (сухой).2. Экссудативный (выпотной)<ul style="list-style-type: none">– серозный,– серозно-фибринозный,– геморрагический.3. Гнойный.4. Гнилостный.5. Адгезивный (слипчивый).6. Констриктивный (сдавливающий).
---	---

<p>3.4. При метаболических нарушениях:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Гипотиреоз (Микседема), – Гипокортицизм (болезнь Аддисона), – СД (кетацидоз), – Подагра, – Амилоидоз, – Почечная недостаточность (Уремия) и др. <p>3.5. При опухолевых процессах.</p> <p>3.6. Посттравматический.</p>	<p>IV. По наличию осложнений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неосложнённый. 2. Осложнённый <ul style="list-style-type: none"> – Сердечная недостаточность, – Тампонада сердца и др.
---	---

Клинические признаки и симптомы

1. Фбринозный (сухой) перикардит

– боль в области сердца: давящая, постоянная, не купируемая нитратами,

– симптомы интоксикации: общая слабость, лихорадка и др.

Аускультативно: шум трения перикарда, синхронизированный с сокращениями сердца, сохраняющийся при задержке дыхания.

2. Экссудативный (выпотной) перикардит

– боль в области сердца: давящая, постоянная, не купируемая нитратами,

– одышка,

– тахикардия,

– пульс слабого наполнения,

– расширение границ сердца,

– верхушечный толчок ослаблен; признак Жардена,

– тоны сердца ослаблены,

– артериальная гипотензия,

– повышенное венозное давление,

– отёки нижних конечностей,

– асцит,

– гепатомегалия.

3. Адгезивный (слипчивый) перикардит

- боль в области сердца: колющая, постоянная,
- тахикардия,
- ЧСС и АД лабильные.

4. Констриктивный (сдавливающий) перикардит

- боль в области сердца: давящая, постоянная,
- одышка,
- тахикардия,
- артериальная гипотензия,
- повышенное венозное давление,
- периферические отёки,
- асцит,
- гепатомегалия,
- дистрофические изменения внутренних органов.

Пример формулировки диагноза:

Острый бактериальный, фибринозный перикардит.
НК ПА.

МИОКАРДИТ I40-I41

Заболевание миокарда иммуно-воспалительного характера, сопровождающееся его дисфункцией.

Классификация

I. По нозологической принадлежности: 1. Первичный (изолированный). 2. Вторичный (симптоматический). II. По этиологии: 1. Инфекционный. 1.1. Вирусный. 1.2. Бактериальный (в т.ч. Риккетсиозный, Спирохетный). 1.3. Грибковый. 1.4. Протозойный. 1.5. Паразитарный.	V. Фазы течения: 1. Инфекционно-токсическая. 2. Иммуно-аллергическая. 3. Дистрофическая. 4. Миокардиосклеротическая. VI. По клиническим проявлениям: 1. С нарушением кровообращения. 2. С нарушением ритма и проводимости. 3. С сердечно-болевым синдромом. 4. Смешанный вариант.
---	--

<p>2. Неинфекционный.</p> <p>2.1. Аллергический (иммунологический).</p> <p>2.2. Токсический.</p> <p>3. Смешанный.</p> <p>III. По распространённости:</p> <p>1. Очаговый.</p> <p>2. Диффузный.</p> <p>IV. По течению:</p> <p>1. Острый (активный).</p> <p>2. Подострый.</p> <p>3. Хронический (персистирующий).</p>	<p>VII. По степени тяжести:</p> <p>1. Лёгкий.</p> <p>2. Средней тяжести.</p> <p>3. Тяжёлый.</p> <p>VIII. По исходам:</p> <p>1. Выздоровление.</p> <p>2. Миокардический кардиосклероз (Сердечная недостаточность, Аритмии).</p> <p>3. Поствоспалительная кардиомиопатия.</p>
--	---

Клинические признаки и симптомы

1. Кардиалгия.
2. Нарушения сердечного ритма и проводимости.
3. Симптомы сердечной недостаточности – см. стр. 74

Клинические проявления возникают на фоне:

- системного заболевания при наличии признаков активности воспалит. процесса;
- инфекционного заболевания.

Лабораторные данные:

ОАК: лейкоцитоз / лейкопения, ↑СОЭ

БХАК: СРБ, ↑ЛДГ, АсАТ, КФК

Пример формулировки диагноза:

Острый инфекционный миокардит, среднетяжёлая форма, с нарушением ритма сердца по типу пароксизмальной фибрилляции предсердий. НК ПА.

ДИСТРОФИЯ МИОКАРДА (Миокардиодистрофия) I51.4

Заболевание миокарда дистрофического характера, возникающее вследствие нарушений его метаболизма и приводящее к недостаточности сократительной и других функций миокарда.

Классификация

I. По этиологии:

1. При анемиях.
2. При нарушениях питания и авитаминозах.
3. При метаболических нарушениях (гемохроматоз, электролитные нарушения, диспротеинемия и др.).
4. При нейро-эндокринных нарушениях (ожирение, СД, гипо- и гипертиреоз, феохромоцитомы, климакс и др.).
5. При экзогенной интоксикации (никотин, алкоголь, хим.(лек.) вещества и т.п.).
6. При эндогенной интоксикации (почечная и печёночная недостаточность, рак и др.).
7. При нейромышечных заболеваниях (миастения, прогрессирующая миодистрофия, дистрофическая миотония и др.).
8. При физическом перенапряжении.
9. Во время беременности и в послеродовом периоде.

II. По течению:

1. Острая.
2. Подострая.
3. Хроническая.
4. С исходом в миодистрофический кардиосклероз.

III. По распространённости патологического процесса

1. Очаговая.
2. Диффузная.

Клинические признаки и симптомы

1. Кардиалгия.
2. Нарушения сердечного ритма и проводимости.
3. Симптомы сердечной недостаточности – см. стр. 74

КАРДИОМИОПАТИЯ (КМП) I42-I43; I51.5.

Заболевание миокарда дегенеративного характера, сопровождающееся нарушением его структуры и функций.

Классификация

I. Первичные КМП:

1. Гипертрофическая (симметричная / асимметричная; обструктивная / необструктивная).
2. Дилатационная.
3. Рестриктивная.
4. Аритмогенная (Дисплазия ПЖ).
5. КМП при патологии ионных каналов.

II. Вторичные КМП:

1. Токсическая (Лекарственная; Алкогольная).
2. Метаболическая (КМП накопления; Инфильтративная; Алиментарная).
3. КМП при эндокринных заболеваниях.
4. КМП при системных заболеваниях.
5. КМП при нейромышечных заболеваниях.

III. Специфические КМП:

1. Ишемическая. I25.5
2. Гипертоническая.
3. Клапанная.
4. Воспалительная (исход миокардита).
5. Стрессовая (вследствие психоэмоционального или физического перенапряжения)
6. КМП беременных.

Клинические признаки и симптомы

1. Кардиалгия.
2. Нарушения сердечного ритма и проводимости.
3. Симптомы сердечной недостаточности – см. стр. 74

Пример формулировки диагноза:

Дилатационная кардиомиопатия с нарушением ритма сердца по типу постоянной фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма. НК ПА.

ЭНДОКАРДИТ I33, I38-I39

Воспаление эндокарда (внутренней оболочки сердца) с поражением клапанов.

Классификация

<p>I. По этиологии:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Инфекционный (ИЭ) (с указанием вида возбудителя).2. Неинфекционный.2.1. При системных заболеваниях соединительной ткани и других воспалительных заболеваниях.2.2. Токсический. <p>II. По течению:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Острый < 2-х мес.2. Подострый > 2-х мес. <p>III. Фазы течения ИЭ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Инфекционно-токсическая.2. Иммуно-воспалительная.3. Дистрофическая. <p>IV. По предшествующему состоянию эндокарда (по клинико-морфологическим признакам):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Эндокардит естественных клапанов.<ol style="list-style-type: none">1.1. Первичный (на интактных клапанах).1.2. Вторичный (на ранее повреждённых клапанах).2. Эндокардит протезированных клапанов.<ol style="list-style-type: none">2.1. Ранний (до 1 года после операции).2.2. Поздний (более 1 года после операции).	<p>V. По возникновению:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Впервые возникший.2. Рецидивирующий.3. Повторный. <p>VI. По локализации: (с указанием поражённых структур)</p> <p>VII. Степень активности:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Минимальная (I степень).2. Умеренная (II степень).3. Высокая (III степень). <p>VIII. Особые формы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Нозокомиальный ИЭ.2. ИЭ наркоманов. <p>IX. По наличию осложнений:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Неосложнённый.2. Осложнённый<ul style="list-style-type: none">– Геморрагический синдром,– Тромбоэмболический синдром,– ДВС-синдром,– ОСН,– ОПН,– ОПeН.
--	--

Клинические признаки и симптомы

1. Симптомы интоксикации (общая слабость, лихорадка и др.).

2. Иммунные нарушения с системным воспалением.

Поражение кожи:

- узелки Ослера,
- пятна Жаневье и др.

Поражение глаз:

- пятна Лукина,
- пятна Рота и др.

Поражение костно-мышечной системы:

- артриты, артралгии,
- миалгии и др.

Поражение почек:

- гломерулонефрит.

Поражение гепато-лиенальной системы:

- гепатит,
- спленомегалия.

3. Симптомы тромбозов.

4. Симптомы сердечной недостаточности – см.стр. 74

Аускультативно: картина порока сердца – шумы.

Лабораторные данные:

ОАК: лейкоцитоз/лейкопения, тромбоцитопения,

↑СОЭ

ОАМ: протеинурия, гематурия

БХАК: диспротеинемия, СРБ

Микробиологическое исследование крови: бактериемия.

Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор.

ЭКГ и ЭхоКГ: признаки поражения клапанов сердца.

Пример формулировки диагноза:

Первичный подострый инфекционный эндокардит стафилококковой этиологии, с недостаточностью аортального клапана 2-ой степени. НК Па.

ПРИБРЕТЁННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Хроническая ревматическая болезнь сердца I05-I09

Неревматические пороки сердца I34-I37

Клапанные пороки

1. Изолированные пороки.

1.1. Клапанная недостаточность (регургитация).

1.2. Клапанные стенозы.

2. Комбинированные пороки клапанов.

3. Сочетанные пороки клапанов (поражение нескольких клапанов).

Стеноз митрального (двустворчатого) клапана –

сужение левого атриовентрикулярного отверстия (АВ-отверстия), препятствующее нормальному току крови из ЛП в ЛЖ.

Клинические признаки и симптомы

- общая слабость, быстрая утомляемость,
- кашель, одышка, приступы «сердечной астмы»,
- кардиалгия,
- тахикардия,
- артериальная гипотензия.

При пальпации области сердца

– «диастолическое дрожание» над верхушкой сердца («кошачье мурлыканье»).

При аускультации области сердца

– усиленный («хлопающий») I тон над верхушкой сердца (V м/р слева от грудины),

- акцент II тона над лёгочной артерией (II м/р слева от грудины),
- усиленный I тон + II тон + тон (щелчок») открытия митрал. кл. («ритм перепела»),
- диастолический шум над верхушкой сердца.

Rg-графия

ЭхоКГ

- дилатация левого предсердия,
- дилатация правого предсердия («митральная конфигурация сердца»),
- визуализация клапанного аппарата.

Недостаточность митрального клапана –

- нарушение замыкательной функции митрального клапана, при которой возникает обратный ток крови (регургитация) из ЛЖ в ЛП во время систолы.

Классификация

Степень митральной недостаточности	Выраженность регургитации
I степень	регургитация невыраженная
II степень	регургитация умеренно выраженная
III степень	регургитация резко выражена

Клинические признаки и симптомы

- общая слабость, быстрая утомляемость,
- одышка,
- тахикардия.

При пальпации области сердца

- верхушечный толчок усиленный и разлитой.

При перкуссии области сердца

- расширение границ сердца влево.

- При аускультации области сердца
- ослабленный I тон над верхушкой сердца (V м/р слева от грудины),
 - акцент II тона над лёгочной артерией (II м/р слева от грудины),
 - мягкий систолический шум над верхушкой сердца.

Rg-графия

ЭхоКГ

- увеличение левых отделов сердца («митральная конфигурация сердца»),
- визуализация клапанного аппарата.

Стеноз аортального (трёхстворчатого) клапана –

сужение устья аорты, препятствующее нормальному току крови из ЛЖ в аорту и сопровождающееся систолической перегрузкой ЛЖ.

Клинические признаки и симптомы

- общая слабость, быстрая утомляемость,
- головокружение, обмороки,
- одышка,
- кардиалгия,
- артериальная гипотензия.

При пальпации области сердца

- верхушечный толчок усиленный и разлитой,
- «систолическое дрожание» над аортой (II м/р справа от грудины).

При перкуссии области сердца

- расширение границ сердца влево.

При аускультации области сердца

- ослабленный I тон над верхушкой сердца (V м/р слева от грудины),
- ослабленный II тон над аортой (II м/р справа и III м/р слева от грудины),

– грубый систолический шум над всей поверхностью сердца, проводящийся на сонные артерии.

ЭКГ – признаки перегрузки и гипертрофии ЛЖ.

Rg-графия

ЭхоКГ

– увеличение размеров ЛЖ («аортальная конфигурация сердца»),

– визуализация клапанного аппарата.

Недостаточность аортального клапана –

нарушение замыкательной функции аортального клапана, при которой возникает обратный ток крови (регургитация) из аорты в ЛЖ.

Степени аортальной недостаточности – см. «Недостаточность митрального клапана»

Клинические признаки и симптомы

– общая слабость, быстрая утомляемость,

– головокружение, обмороки,

– одышка,

– кардиалгия,

– тахикардия,

– артериальная гипотензия.

При внешнем осмотре

– усиленная пульсация сонных артерий («пляска каротид»),

– синхронные с пульсацией сонных артерий кивания головы (симптом де Мюсси),

– коллаптический пульс (пульс Корригана).

При пальпации области сердца

– верхушечный толчок усиленный и разлитой.

При перкуссии области сердца
– расширение границ сердца влево.

При аускультации области сердца
– ослабленный I тон над верхушкой сердца (V м/р слева от грудины),
– ослабленный II тона над аортой (II м/р справа и III м/р слева от грудины),
– диастолический шум (II м/р справа и III м/р слева от грудины).

Увеличение пульсового АД (\uparrow сАД и \downarrow дАД) = сАД – дАД
Симптом Хилла – сАД на ногах значительно выше чем на руках.

ЭКГ – признаки перегрузки и гипертрофии ЛЖ.

Rg-графия

ЭхоКГ

– увеличение размеров ЛЖ («аортальная конфигурация сердца»),
– расширение аорты,
– визуализация клапанного аппарата.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА **(ИБС, КОРОНАРНАЯ БОЛЕЗНЬ) I20-I25**

Острое или хроническое поражение сердца, обусловленное уменьшением или прекращением доставки крови к миокарду (несоответствие между потребностью и поступлением коронарного кровотока), возникающее в результате патологических процессов в системе коронарных артерий

Классификация

1. Стенокардия.

1.1. Стенокардия напряжения (СтН)

– впервые возникшая СтН,

- стабильная СН (I-IV КФК),
- прогрессирующая СтН.
- 1.2. Спонтанная (вариантная, вазоспастическая) стенокардия.
- 2. Безболевая (бессимптомная) ишемия миокарда.
- 3. Коронарный синдром X (микроваскулярная стенокардия).
- 4. Инфаркт миокарда.
 - 4.1. Не Q-ИМ (мелкоочаговый).
 - 4.2. Q-ИМ (крупноочаговый).
- 5. Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (с указанием даты перенесённого ИМ).
- 6. Нарушения сердечного ритма (при наличии связи с ишемией миокарда) (с указанием формы).
- 7. Сердечная недостаточность (с указанием стадии I-III, I-IV ФК и формы).
- 8. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца) I46.1.

Факторы риска (ФР)

(см. «Атеросклероз» стр. 32
и «Артериальная гипертензия» стр. 36)

- I. ФР, воздействие на которые достоверно изменяет течение ИБС:**
- курение,
 - ХС ЛПНП,
 - Артериальная гипертензия,
 - Тромбогенные факторы (тромбоцитоз, гиперфибриногенемия, СРБ и др.).

II. ФР, воздействие на которые вероятно изменяет течение ИБС:

- гиподинамия,
- ХС ЛПВП,
- Ожирение,
- СД (гипергликемия) / ИР (гиперинсулинемия),
- постменопауза

III. ФР, воздействие на которые предположительно изменяет течение ИБС:

- алкоголь,
- Психосоциальные факторы (депрессия, хр. стресс, низкий социал. статус и др.),
- ТГ,
- липопротеин (а),
- гомоцистеин,
- окислительный стресс.

IV. Немодифицируемые ФР:

- пол (♂, ♀ – в постменопаузе),
- возраст (♂ > 45 лет, ♀ > 55 лет),
- отягощённый семейный анамнез по ССЗ и СД.

СТЕНОКАРДИЯ I20

Форма ИБС, характеризующаяся повторяющимися приступами загрудинной (ангинозной) боли, связанными с острой преходящей кратковременной ишемией миокарда.

Типичные проявления стенокардии

– чувство дискомфорта или боль в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область.

– возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе,

– проходит в покое и/или после приёма нитратов.

Клинические формы стенокардии

I. В зависимости от ситуации, в которой возникает приступ:

1. Стенокардия напряжения (воспроизводимая)

Характеризуется преходящими приступами загрудинной боли, возникающих при эмоциональном стрессе, физической нагрузке, выходе на холод, ходьбе против ветра, в покое после обильного приёма пищи.

2. Стенокардия покоя

Данная стенокардия обусловлена увеличением венозного притока (преднагрузки) к сердцу в положении лёжа.

Приступ стенокардии купируется в положении сидя или после приёма нитратов.

Стереотипность условий возникновения, наличие эффекта от изменения положения или приёма нитратов, а также кратковременность приступа (< 20 мин.), позволяют отнести этот вид стенокардии к стабильной стенокардии напряжения очень малых нагрузок, т.е. к IV КФК.

II. В зависимости от особенностей клинической картины:

1. Стабильная стенокардия

Частота, тяжесть, продолжительность приступов, провоцирующие их факторы и возможности купирования неизменны на протяжении более 30-ти дней.

Характерны: загрудинная боль с иррадиацией, продолжительностью < 20 мин., купирующаяся приёмом нитратов.

2. Нестабильная стенокардия (обострение ИБС / ОКС)

– Впервые возникшая стенокардия напряжения +/-

– Прогрессирующая стенокардия напряжения +

– Спонтанная (вазоспастическая) стенокардия +/-

– Стенокардия покоя прогрессирующего течения +

– Постинфарктная стенокардия покоя или малых усилий (первые 2 нед. после ИМ)

Особые варианты ишемии миокарда

Спонтанная (вазоспастическая) стенокардия

- чаще у мужчин,
- данная стенокардия обусловлена преходящим спазмом венечных артерий,
 - приступы стенокардии возникают без видимой связи с провоцирующими факторами, обычно ночью,
 - ангинозный синдром более интенсивный и продолжительный, чем при стенокардии напряжения,
 - нитраты менее эффективны, чем при стенокардии напряжения,
 - приступы стенокардии часто сопровождаются вегетативными реакциями (общая слабость, потливость, тошнота, лабильность АД и др.),
 - на ЭКГ в период приступа стенокардии отмечается подъём сегмента ST,
 - велика вероятность развития АВ-блокады или фибрилляции желудочков сердца.

Безболевая (бессимптомная) ишемия миокарда (ББИМ) I25.6

- протекает бессимптомно и выявляется чаще всего случайно, при мониторинговании ЭКГ или нагрузочных пробах, реже при обычном ЭКГ исследовании,
 - данная форма ИБС наблюдается при наличии: СД (нейропатия); ХОБЛ (гипоксия).

Кардиальный синдром X (микроваскулярная стенокардия)

- чаще у женщин,
- данная стенокардия обусловлена дисфункцией или спазмом коронарных микрососудов,
 - ангинозный синдром часто атипичного характера, более продолжительный, чем при типичной стенокардии,
 - нитраты менее эффективны, чем при типичной стенокардии,
 - во время пробы с физической нагрузкой на ЭКГ характерна депрессия сегмента ST,

- при ангиографии патология коронарных артерий не выявляется,
- при сцинтиграфии миокарда обнаруживается переходящий дефект перфузии (гипоперфузия миокарда).

Функциональные классы стабильной стенокардии

I КФК – Привычная физическая активность, такая как ходьба или подъём по лестнице, не провоцирует приступ стенокардии.

Стенокардия возникает при более интенсивной или продолжительной («экстремальной») нагрузке.

II КФК – Незначительное ограничение привычной физической активности.

Стенокардия возникает при ходьбе по ровному месту на расстояние более 300 м, при подъёме более чем на один этаж.

Вероятность приступов стенокардии увеличивается при ходьбе в холодную погоду, против ветра, при психоэмоциональном возбуждении.

III КФК – Значительное ограничение привычной физической активности.

Стенокардия возникает при ходьбе по ровному месту на расстояние менее 300 м, при подъёме на один этаж в нормальном темпе.

IV КФК – Невозможность любой физической активности без возникновения дискомфорта в области сердца.

Стенокардия может возникать и в покое.

Во всех случаях прекращения нагрузки или приём нитратов купирует приступ.

КФК определяется также по клинической симптоматике, данным инструментальных исследований, коронарографии.

При любом КФК стабильной стенокардии у пациентов может присутствовать безболевого ишемия миокарда.

При III и IV КФК, как правило, имеются участки гибернирующего миокарда.

Адаптация миокарда к условиям ишемии

Stunned myocardium – «Станнирующий / оглушённый» миокард

Локальное нарушение сократимости миокарда вследствие короткого эпизода тяжёлой ишемии.

Замедленное восстановление сократительной способности клеток миокарда после устранения острой ишемии (реперфузии).

Характерный признак «оглушённого» миокарда – диастолическая дисфункция.

Состояние может быть длительным, но полностью обратимо.

«**Прекондиционирование**» – метаболическая адаптация миокарда

Защитный механизм, который включается во время коротких эпизодов ишемии и предохраняет миокард от повреждения во время последующих приступов.

Hibernating myocardium – «Гибернированный / спящий» миокард

Локальное нарушение сократимости миокарда вследствие длительной, тяжёлой ишемии (снижении перфузии).

Клиническое состояние, при котором происходит длительное нарушение локальной сократимости миокарда (систолическая дисфункция) у больных ИБС вне приступа стенокардии при отсутствии ИМ.

Функция миокарда может быть частично или полностью нормализована при восстановлении коронарного кровотока.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ОКС)

Любая группа клинических признаков, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию или инфаркт миокарда.

Собирательное понятие, включающее состояния, вызванные острой прогрессирующей ишемией миокарда.

Временный «рабочий» диагноз, для ориентира в стратегии раннего лечения.

I. ОКС без подъёма сегмента ST на ЭКГ.

1. Нестабильная стенокардия
2. Инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST (ИМ без зубца Q) на ЭКГ

ИМ без подъёма сегмента ST отличается от нестабильной стенокардии наличием повышения уровней маркёров некроза миокарда!

II. ОКС с подъёмом сегмента ST на ЭКГ

1. Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМ с зубцом Q) на ЭКГ
2. Прерванный (aborted) инфаркт миокарда

ОКС может привести к внезапной коронарной смерти (ВКС).

ВКС – неожиданная смерть от сердечных причин, произошедшая в течение 1 часа от появления симптомов у пациента с известной сердечной болезнью или без неё.

Классификация нестабильной стенокардии

Клиническая градация	A. Развивается в присутствии экстракардиальных факторов, усиливающих ишемию миокарда (Вторичная НС)	B. Развивается без экстракардиальных факторов (Первичная НС)	C. Развивается в пределах 2-х нед. после ИМ (Постинфаркт. НС)
Тяжесть			
I. Первое появление тяжёлой стенокардии, прогрессирующая стенокардия, без стенокардии покоя.	IA	IB	IC

II. Стенокардия покоя в предшес- твующий месяц, но не в ближай- шие 48 ч. (Стенокардия по- коя подострая)	IIА	IIВ	IIС
III. Стенокардия по- коя в предшес- твующие 48 ч. (Стенокардия покоя острая)	IIIА	IIIВ Тропонин – Тропонин +	IIIС

ЭКГ-признаки: с изменениями ST-T / без изменений ST-T во время приступа.

ИНФАРКТ МИОКАРДА (ИМ) I21-I22

Острая форма ИБС, обусловленная резким нарушением коронарного кровотока с образованием очага некроза миокарда.

Как правило, ИМ осложняет течение ИБС.

Классификация

I. По электрокардиографическим признакам:

1. Острейшая стадия (часы) – по исходным изменениям на ЭКГ.

1.1. ИМ с подъёмом сегмента ST или остро возникшей блокадой ЛНПГ.

1.2. ИМ без подъёма сегмента ST.

2. Острая стадия (дни) – по сформировавшимся изменениям на ЭКГ.

2.1. ИМ с формированием патологических зубцов Q (Q-ИМ; QS-ИМ).

2.2. ИМ без формирования патологических зубцов Q (не Q-ИМ).

II. По величине некроза (отражение глубины поражения миокарда):

1. Мелкоочаговый ИМ – не Q-ИМ (субэпи-/ субэндокардиальный, интрамуральный).

2. Крупноочаговый ИМ – Q-ИМ / QS-ИМ (трансмуральный).

III. По локализации некроза:

1. ИМ передней стенки ЛЖ – I, aVL, V₁-V₃.

2. ИМ верхушки сердца – V₃-V₅.

3. ИМ боковой стенки ЛЖ – I, aVL, V₅-V₆.

4. ИМ межжелудочковой перегородки – V₁-V₃.

5. ИМ задней стенки ЛЖ – II, III, aVF, V₅-V₉.

6. ИМ правого желудочка (ПЖ) – V_R.

7. ИМ предсердий.

8. Сочетанные локализации.

IV. По характеру течения:

1. Первичный ИМ.

2. Расширение зоны ИМ – появление новых очагов некроза миокарда в течение первых 72 часов с момента развития ИМ.

3. Рецидивирующий ИМ – появление новых очагов некроза миокарда в сроки от 72 часов до 4-х нед. с момента развития ИМ.

4. Повторный ИМ – появление новых очагов некроза миокарда в сроки превышающие 4-е нед. от начала предыдущего ИМ.

Периоды в течение ИМ и морфологические изменения в миокарде.

1. Острейший (ишемический) период – первые 6 часов от начала заболевания.

Период формирования очага некроза миокарда.

2. Острый период – первая неделя заболевания.

Период окончания формирования очага некроза миокарда.

3. Подострый период – со 2-ой по 4-ю неделю заболевания.

Период формирования рубца в миокарде.

4. Постинфарктный период – со 2-го месяца заболевания.

Период полного рубцевания и консолидации (уплотнения) рубца.

Клинические признаки и симптомы

Критерии ИМ:

– сердечно-болевой синдром – затяжной приступ стенокардии > 20 мин.,

– наличие маркёров некроза миокарда (тропонины, КФК-МВ),

– совокупность характерных изменений на ЭКГ (↑/↓ST, ↓T и др.).

Клинические варианты начала ИМ:

1. Ангинозный (status anginosus).

2. Аритмический.

3. Коллаптоидный.

4. Астматический (status asthmaticus).

5. Абдоминальный (status gastralgicus).

6. Церебральный – Кардиocereбральный синдром.

7. Малосимптомный (безболевого).

Лабораторные изменения при ИМ

Резорбционно-некротический синдром:

– лихорадка до 38⁰С не более 1 нед.

– лейкоцитоз – в течение 1-ой нед.

– ↓Le и ↑СОЭ – со 2-ой нед.

– анэозинофилия

Маркёры некроза	Появление	Максимум	Продолжительность
Миоглобин	2-4 часа	12 часов	до 48 часов
КФК-МВ	2-4 часа	12 часов	до 48 часов
Тропонин I	2-4 часа	48 часов	до 10 сут.
Тропонин T	4-6 часов	48 часов	до 14 сут.
АсАТ	6-12 часов	48 часов	до 7 сут.
ЛДГ	12-24 часа	72 часа	до 14 сут.

ЭКГ изменения, характерные для различных периодов ИМ

1. Острейший период – подъём сегмента ST (признак повреждения миокарда, как следствие трансмуральной ишемии).

2. Острый период – появление патологич. зубца Q/QS (признак некроза миокарда),
– снижение амплитуды зубца R.

3. Подострый период – сегмент ST возвращается на ИЭЛ,
– инверсия зубца T (признак ишемии).

4. Постинфарктный период – сформировавшийся в миокарде рубец отражается на ЭКГ наличием патологического зубца Q и сниженной амплитудой зубца R.

При мелкоочаговом ИМ на ЭКГ:

- комплекс QRS не изменяется,
- патологический зубец Q не формируется (не Q-ИМ),
- смещение сегмента ST ниже ИЭЛ,
- депрессия зубца T.

Возможно отсутствие своевременных и убедительных изменений на ЭКГ!

ЭхоКГ изменения при ИМ

1. Нарушение локальной (сегментарной) сократимости миокарда

– гипокинезия (\downarrow силы сокращений) / акинезия (отсутствие сокращений),

– дискинезия – парадоксальное сокращение или выбухание стенки сердца.

2. Нарушение глобальной сократительной способности миокарда (\downarrow ФВ < 50%).

Коронарная ангиография (КАГ)

– патологические изменения коронарных артерий,

– наличие стенозов и/или окклюзии.

Осложнения ИМ

1. Острая СН.

1.1. Отёк лёгких (ЛЖСН) J81

– интерстициальный отёк лёгких («Сердечная астма»),

– альвеолярный отёк лёгких.

1.2. Кардиогенный шок (status algidus cyanoticus) R57

клинический синдром, развивающийся в следствие острого нарушения сократительной функции сердца, который характеризуется: выраженными нарушениями гемодинамики (системная гипотензия), микроциркуляции (гипоперфузия органов и тканей), ВЭБ, КОС, изменениями нейрогуморальных механизмов регуляции и клеточного метаболизма.

2. Разрыв миокарда с тампонадой сердца.

3. Аневризма сердца (острая, хроническая).

4. Нарушения ритма и проводимости сердца.

5. Тромбоэмболические осложнения.

6. Постинфарктный синдром (синдром Дресслера) I24.1

– воспаление серозных оболочек (плеврит, перикардит, артрит) и/или

– воспаление лёгочной ткани (пневмония).

7. Хроническая СН.

Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – форма ишемической болезни сердца, характеризующаяся частичным замещением сердечной мышцы соединительной тканью в исходе инфаркта миокарда.

Пример формулировки диагноза:

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, КФК II. Нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии. НК I.

2. ИБС. Нестабильная стенокардия IA класса (Прогрессирующая стенокардия напряжения с ... число; Стабилизация на уровне II КФК с ... число).

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА I44-I49

Патологические изменения частоты, ритма и последовательности сокращений в результате нарушения формирования и/или проведения импульса возбуждения в миокарде.

Классификация

I. Нарушения образования импульса:

А. Нарушения нормального автоматизма СА-узла (нотопные аритмии).

1. Синусовая тахикардия.

2. Синусовая брадикардия.

3. Синусовая аритмия.

4. Синдром слабости синусового узла (СССУ, синдром Шорга).

Б. Возникновение патологического автоматизма (гетеротопные аритмии).

Эктопические ритмы, обусловленные преобладанием аномального автоматизма.

1. Медленные (замещающие) выскальзывающие комплексы и ритмы (предсердные, атриовентрикулярные, желудочковые (идиовентрикулярные)).

2. Ускоренные эктопические ритмы (непароксизмальные тахикардии)

(предсердные, атриовентрикулярные, желудочковые).

3. Миграция суправентрикулярного водителя ритма.
Эктопические ритмы, преимущественно связанные с механизмом re-entry.

1. Экстрасистолия (ЭС предсердная, атриовентрикулярная, желудочковая).

2. Пароксизмальная тахикардия (предсердная, атриовентрикулярная, желудочковая).

3. Трепетание предсердий.

4. Фибрилляция (мерцание) предсердий (ФП / МА).

5. Трепетание желудочков.

6. Фибрилляция желудочков.

II. Нарушения проведения импульса:

А. Замедление проведения и блокады проведения импульса.

1. Синоатриальная блокада (СА-блокада I, II, III степени).

2. Внутривентрикулярная (межпредсердная) блокада.

3. Атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада).

АВ-блокада I степени (периоды Венкебаха-Самойлова – удлинение P-R).

АВ-блокада II степени (1-й тип – Мобитц I; 2-ой тип – Мобитц II).

АВ-блокада III степени (приступы Морганьи-Адамса-Стокса).

4. Внутрижелудочковые блокады .

Блокады ветвей пучка Гиса (моно-, би-, трифасцикулярные).

Арборизационная – блокада волокон Пуркинье.

5. Асистолия желудочков.

Б. Синдромы преждевременного возбуждения желудочков.

1. Синдром Вольфа-Паркинсона-Вайта (синдром WPW).

2. Синдром Клерка-Леви-Кристеско (синдром CLC).

3. Синдром Махайма.

III. Комбинированные нарушения ритма:

1. Парасистолия.

2. Эктопические ритмы с блокадой выхода.

3. Атриовентрикулярные диссоциации.
Синдром Фредерика – МА + АВ-блокада.
Бинодальная болезнь – СССУ + АВ-блокада.

Характеристика аритмий сердца

I. Нарушения образования импульса.

А. Нарушения автоматизма СА-узла:

Синусовая тахикардия

увеличение ЧСС больше 90 ударов в минуту при сохранении правильного синусового ритма, вследствие понижения автоматизма СА-узла.

Синусовая брадикардия

урежение ЧСС меньше 60 ударов в минуту при сохранении правильного синусового ритма, вследствие повышения автоматизма СА-узла.

Синусовая аритмия

неправильный синусовый ритм, характеризующийся периодами учащения и урежения ритма, вследствие нерегулярного образования импульсов в СА-узле.

Синдром слабости СА-узла

различные нарушения ритма и проводимости, возникающие в связи со снижением функции СА-узла.

Б. Эктопические ритмы, обусловленные преобладанием автоматизма эктопических центров:

Медленные (замещающие) выскальзывающие комплексы и ритмы

несинусовые эктопические ритмы, источником которых являются предсердия,

АВ-соединение или желудочки, вследствие проявления активности центров автоматизма II и III порядка, возникающей на фоне временного снижения функции СА-узла, синусовой и других форм брадикардии (СА- и АВ-блокады).

Ускоренные эктопические ритмы (непароксизмальная тахикардия)

неприступообразное учащение сердечного ритма до 90-130 ударов в минуту, вызванное относительно частыми эктопическими импульсами из предсердий,

АВ-соединения или желудочков, вследствие повышения частоты спонтанной деполяризации клеток центров автоматизма II и III порядка.

Миграция суправентрикулярного водителя ритма

постепенное, от цикла к циклу, перемещение источника ритма от СА-узла к АВ-соединению и обратно, вследствие временного угнетения функции СА-узла с перемещением водителя ритма к АВ-соединению.

В. Эктопические ритмы, преимущественно обусловленные механизмом повторного входа волны возбуждения (re-entry):

Экстрасистолия

преждевременное возбуждение всего сердца или какого-либо его отдела, вызванное внеочередным импульсом, исходящим из предсердий, АВ-соединения или желудочков.

Пароксизмальная тахикардия

внезапно начинающийся и так же внезапно заканчивающийся приступ учащения сердечных сокращений (до 140-250 в минуту) при сохранении в большинстве случаев правильного регулярного ритма.

Трепетание предсердий

значительное учащение сокращений предсердий (до 200-400 в минуту) при сохранении в большинстве случаев правильного регулярного предсердного ритма.

Фибрилляция (мерцание) предсердий

частое (до 350-700 в минуту) беспорядочное, хаотичное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон предсердий.

Трепетание желудочков

частое (до 200-300 в минуту) ритмичное возбуждение и сокращение желудочков.

Фибрилляция (мерцание) желудочков

частое (до 200-500 в минуту) беспорядочное, нерегулярное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон желудочков, ведущее к прекращению систолы (асистолии) желудочков.

II. Нарушения проводимости.

А. Замедление проведения и блокады проведения импульса: Синоатриальная блокада (СА-блокада)

замедление и периодически наступающее прекращение распространения на предсердия и желудочки отдельных импульсов, вырабатываемых СА-узлом, вследствие нарушения проведения импульса в области СА-соединения.

Внутрипредсердная (межпредсердная) блокада

замедление или прекращение проведения импульса по проводящей системе предсердий, вследствие нарушения проведения импульса по пучку Бахмана (от СА-узла к ЛП).

Атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада)

замедление или прекращение проведения импульса от предсердий к желудочкам.

Проксимальные блокады – нарушение проведения импульса

- по предсердиям,
- по АВ-узлу,
- по стволу пучка Гиса.

Дистальные блокады – нарушение проведения импульса по ветвям пучка Гиса.

Внутрижелудочковая блокада / Блокада ножек (ветвей) пучка Гиса

замедление или прекращение проведения импульса по одной или нескольким ветвям пучка Гиса.

Б. Синдромы преждевременного возбуждения желудочков: Синдром Вольфа-Паркинсона-Вайта (WPW-синдром)

комплекс ЭКГ-изменений, обусловленных наличием дополнительных аномальных путей проведения импульса (пучков Кента) между предсердиями и желудочками.

Синдром Клерка-Леви-Кристеско (CLC-синдром)

комплекс ЭКГ-изменений, обусловленных наличием дополнительного аномального пути проведения импульса (пучка Джеймса) между предсердиями и пучком Гиса.

Классификация некоторых аритмий сердца

Экстрасистолия

<p>I. По месту возникновения:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Предсердная.2. АВ-узловая.3. Желудочковая. <p>II. По частоте возникновения:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Редкая (< 30 в час).2. Частая (> 30 в час). <p>III. По регулярности возникновения:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Бигеминия.2. Тригеминия.3. Квадригеминия.	<p>IV. По кол-ву ЭС, возникающих подряд:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Парная (куплет).2. Тройная (триплет).3. Групповая (> 3 ЭС подряд). <p>V. По кол-ву источников возникновения:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Монотопная (мономорфная).2. Политопная (полиморфная).
---	---

Фибрилляция предсердий (Мерцательная аритмия)

1. Впервые выявленная ФП.
2. Пароксизмальная ФП
 - продолжительность до 48-ми часов,
 - способность к самопроизвольному прекращению,
 - требуется медикаментозная профилактика рецидивов ФП.
3. Персистирующая (устойчивая) ФП
 - продолжительность до 7-ми суток,
 - самопроизвольно не прекращается,
 - требуется попытка восстановления синусового ритма (МКВ /ЭКВ), с последующей медикаментозной профилактикой рецидивов ФП.
4. Перманентная (постоянная) ФП
 - продолжительность > 7-ми суток с учётом восстановления синусового ритма,
 - требуется контроль ЧСС и профилактика осложнений.

Формы ФП:

1. Тахисистолическая форма ФП.
2. Эусистолическая форма ФП.
3. Брадисистолическая форма ФП.

Факторы риска

1. Нарушения ВЭБ и КОР.
2. Интоксикации, в т.ч. лекарственные средства.
3. Патология ССС (ИБС, миокардит, СН).
4. Патология респираторной системы (БА, ХОБЛ, ДН).
5. Патология нейроэндокринной системы (тиреотоксикоз, феохромоцитома и др.).

Клинические признаки и симптомы

- общая слабость, быстрая утомляемость,
- головокружение, обмороки,
- одышка,
- дискомфорт в обл. сердца, ощущение сердцебиения и/или перебоев в работе сердца

ЭКГ признаки нарушений ритма сердца.

ЛЁГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ЛГ) I26-I28

Клинический синдром, характеризующийся повышением лёгочного сосудистого сопротивления и давления в лёгочной артерии с увеличением постнагрузки на правый желудочек сердца, приводящем к развитию «Лёгочного сердца» и правожелудосковой сердечной недостаточности (ПЖСН).

Классификация

1. Лёгочная артериальная гипертензия.
2. Лёгочная гипертензия, ассоциированная с патологией левых отделов сердца.

3. Лёгочная гипертензия, ассоциированная с патологией дыхательной системы.

4. Лёгочная гипертензия вследствие хронических тромбоэмболических заболеваний.

5. Смешанные формы лёгочной гипертензии.

Функциональная классификация ЛГ – см. «Классификация ХСН», стр. 75

Клинические признаки и симптомы (дополнительно см. – стр. 76, 95)

- общая слабость, быстрая утомляемость,
- головокружение, обмороки,
- цианоз,
- набухание, пульсация шейных вен (печёчно-ярёмный симптом Пleshа)
(при недостаточности 3-х створчатого клапана),
- периферические отёки,
- одышка,
- тахикардия,
- кардиалгия.

При аускультации – акцент II тона над лёгочной артерией.

При инструментальном исследовании (Rg, УЗИ, ЭКГ, ЭхоКГ)

- увеличение правых отделов сердца,
- наличие жидкости в серозных полостях (гидроторакс, гидроперикард, асцит),
- гепатомегалия,
- отклонение ЭОС вправо,
- признаки перегрузки ПП («P-pulmonale» в отв.: II, III, aVF),
- признаки перегрузки ПЖ,
- неполная блокада ПНПГ,
- гипертрофия и/или дилатация правых отделов сердца,
- ↓ ФВ.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ **(СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ)**

Совокупность гемодинамических нарушений, ведущих к снижению кровоснабжения всех или отдельных органов и тканей, а также к патологическому перераспределению объёма крови в различных областях сосудистого русла.

Термин «недостаточность кровообращения» объединяет понятия:

Сердечная недостаточность и

Сосудистая недостаточность – см. стр. 28

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (СН) I50

Мультисистемный синдром в основе которого лежит дисфункция миокарда (систолическая и/или диастолическая) со снижением сократительной (насосной) функции сердца и неадекватной перфузией органов и тканей.

Классификация

I. По скорости развития и течению:

1. Острая СН – внезапное нарушение сократительной функции сердца.

Клинические типы ОСН:

- Острая декомпенсация ХСН,
- Острая декомпенсация гемодинамики на фоне высокого АД,
- Отёк лёгких,
- Кардиогенный шок,
- Острая ПЖСН.

2. Хроническая СН – симптомокомплекс (общая слабость, одышка, отёки и др.).

ХСН характеризуется нарушением способности сердца к наполнению и/или опорожнению, которое обусловлено повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем (САС, РААС).

II. По локализации:

1. ЛЖСН – характеризуется уменьшением выброса крови в большой круг кровообращения и застоем в малом круге кровообращения.
2. ПЖСН – характеризуется застоем крови в большом круге кровообращения.
3. Смешанная (общая, тотальная) СН.

III. По сердечному циклу и характеру функциональных нарушений:

1. Систолическая СН – систолическая дисфункция миокарда характеризуется ↓ФВ, ↓УОС и МОС (УО х ЧСС).
2. Диастолическая СН – диастолическая дисфункция миокарда характеризуется нарушением наполнения полостей сердца в диастолу (при сохранённой ФВ ЛЖ).
3. Комбинированная СН.

Классификация ОЛЖСН

Классы	Клиническая картина
I	одышка
II	влажные хрипы
III	отёк лёгких
IV	кардиогенный шок

Классификация ХСН

I стадия – лёгкая СН Гемодинамика – в покое не нарушена Функции внутренних органов – не нарушены	I ФК Физическая активность – ограничения отсутствуют Трудоспособность – не снижена Симптомы СН – появляются при повышенной физической нагрузке
---	--

<p>II А стадия – среднетяжёлая СН</p> <p>Гемодинамика – умеренные нарушения в одном из кругов кровообращения Ремоделирование ССС – адаптивное Функции внутр. органов – умеренные нарушения</p>	<p>II ФК</p> <p>Физическая активность – умеренное ограничение Трудоспособность – незначительно снижена Симптомы СН – появляются при обычной (привычной) физической нагрузке</p>
<p>II Б стадия – тяжёлая СН</p> <p>Гемодинамика – выраженные изменения в обоих кругах кровообращения Ремоделирование ССС – дезадаптивное Функции внутр. органов – выраженные нарушения</p>	<p>III ФК</p> <p>Физическая активность – выраженное ограничение Трудоспособность – значительно снижена Симптомы СН – появляются при незначительной (минимальной) физической нагрузке</p>
<p>III стадия – крайне тяжёлая СН</p> <p>Гемодинамика – выраженные изменения Ремоделирование ССС – финальная стадия Функции внутр. органов – необратимые изменения</p>	<p>IV ФК</p> <p>Физическая активность – полное ограничение Трудоспособность – утрата Симптомами СН – появляются в состоянии покоя</p>

Стадии ХСН на фоне лечения могут ухудшаться (объективно).

Функциональные классы ХСН на фоне лечения могут улучшаться (субъективно).

Клинические признаки и симптомы

I. Жалобы / Симптомы – субъективно

– общая слабость, быстрая утомляемость (астения, адинамия),

– одышка,

- сердцебиение,
- отёки конечностей.

II. Клинические признаки – объективно

- цианоз кожных покровов,
- набухание яремных вен (симптом Куссмауля),
- периферические отёки,
- ортопноэ.

При аускультации

- тахипноэ,
- хрипы в лёгких (влажные),
- тахикардия,
- ритм галопа (патологический III тон).

При лабораторном исследовании

- неадекватный уровень НУП (BNP) и нейрогормонов.

При инструментальном исследовании (Rg, УЗИ, ЭКГ, ЭхоКГ)

- признаки перегрузки, гипертрофии / дилатации сердца,
- признаки застоя в одном или нескольких кругах кровообращения,
- лёгочная АГ,
- кардиомегалия,
- портальная АГ,
- гепатомегалия,
- ↓ ФВ (N > 50%).

Оценка тяжести ХСН:

1. Классификация – см. стр. 72
2. Тест с определением дистанции 6-минутной ходьбы.
3. Шкала оценки клинического состояния при ХСН («ШОКС»).

IV. БОЛЕЗНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ J00-J06, J30-J39

Группа острых или хронических воспалительных заболеваний с поражением одного или нескольких отделов ВДП (полость носа, носоглотка, ротоглотка, гортань).

Данные заболевания могут быть как самостоятельными, так и сопутствующими друг другу.

Ринит – воспаление слизистой оболочки полости носа.

Назофарингит – сочетание ринита и фарингита.

Фарингит – воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки.

Синусит – воспаление слизистой оболочки одной или нескольких придаточных пазух носа.

Тонзиллит – воспаление небных миндалин.

Ларингит – воспаление слизистой оболочки гортани.

Ларингофарингит – сочетание ларингита и фарингита.

Ларинготрахеит – сочетание ларингита и трахеита.

Трахеит – воспаление слизистой оболочки трахеи.

Клинические признаки и симптомы

Симптомы, обусловленные поражением верхних дыхательных путей, и зависящие от преимущественного поражения того или иного отдела ВДП:

– ринорея, заложенность носа, нарушение носового дыхания,

– першение в носоглотке или гортани,

– кашель (сухой или с отделением небольшого количества мокроты),

– боль в горле (при кашле, при глотании, постоянная),

– осиплость голоса,

– головная боль,

– повышение t-тела,

— гиперемия слизистой оболочки носоглотки и/или гортани.

— воспаление одного или нескольких компонентов (миндалин) глоточного лимфаденоидного кольца.

ОСТРЫЙ БРОНХИТ (ОБ) J20-J22

Острое, диффузное воспаление трахеобронхиального дерева, продолжающееся до 1 мес.

Классификация

I. По этиологии:

1. Инфекционный.
2. Неинфекционный (воздействие физических и/или химических факторов).
3. Смешанный.

II. По уровню поражения:

1. Трахеобронхит (поражение трахеи и крупных бронхов).
2. Бронхит (поражение средних бронхов).
3. Бронхиолит (поражение мелких бронхов).

III. По распространённости:

1. Очаговый.
2. Диффузный.

IV. По клинико-лабораторным данным (характер воспалительного процесса):

1. Катаральный (слизистый).
2. Гнойный.

V. По клинико-функциональным данным:

1. Необструктивный.
2. Обструктивный.

VI. По степени тяжести:

1. Лёгкой степени тяжести.
2. Средней степени тяжести.
3. Тяжёлого течения.

VII. По наличию осложнений:

1. Неосложнённый.
2. Осложнённый (Осложнения: Бронхиолит, Пневмония).

Клинические признаки и симптомы

1. Симптомы, обусловленные поражением дыхательных путей:

- заложенность носа, ринорея, нарушение носового дыхания,
- гиперемия слизистой оболочки носоглотки,
- кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, приобретающий надсадный, мучительный характер,
- осиплость голоса,
- одышка.

При аускультации выслушиваются:

- жёсткое дыхание,
- диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы или влажные мелкопузырчатые хрипы.

2. Симптомы интоксикации:

- повышение t-тела до субфебрильных цифр,
- общая слабость,
- головная боль.

ОБ с нарушением бронхиальной проходимости имеет тенденцию к затяжному течению и переходу в хронический бронхит.

Острый бронхолит – острое воспаление бронхиол.

Клинические признаки и симптомы

- мучительным кашлем со скудной слизистой мокротой,
- выраженная одышка,
- повышение t-тела до 39 °С,
- симптомы эмфиземы (нарушения газообмена и гемодинамики).

ОАК: – лейкоцитоз, ↑СОЭ

Rg-графия: – фокальные ателектазы,

- повышение прозрачности лёгочных полей,

- уплощение диафрагмы,
- перибронхиальные инфильтраты.

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ (ХБ) J40-J42

Хроническое, диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, характеризующееся морфологической перестройкой их слизистой оболочки, проявляющееся кашлем, отделением мокроты и одышкой, продолжающееся более 3-х месяцев в году в течение 2-х лет подряд, без видимой связи с каким-либо другим заболеванием.

Классификация

I. По этиологии:

1. Инфекционный.
2. Неинфекционный.
3. Смешанный.

II. По патогенезу:

1. Первичный – самостоятельное заболевание.
2. Вторичный – сопутствующее заболевание.

III. По клинико-лабораторным данным (характер воспалительного процесса):

1. Катаральный (слизистый).
2. Слизисто-гнойный.
3. Гнойный.

IV. По клинико-функциональным данным и уровню поражения:

1. Необструктивный (поражение крупных и средних бронхов).
2. Обструктивный (поражение мелких бронхов с нарушением бронх. проходимости).

V. По фазе заболевания:

1. Обострение (рецидив).
2. Ремиссия.

VI. По степени тяжести:

1. Лёгкой степени.
2. Средней степени.
3. Тяжёлого течения.

VII. По наличию осложнений:

1. Неосложнённый.
2. Осложнённый
 - Эмфизема лёгких, Пневмосклероз, Лёгочная АГ, ЛС, СН (ПЖСН), ДН.

Факторы риска

1. Экзогенные факторы:

Физико-химические факторы

- длительное курение,
- длительное воздействие неблагоприятных экологических, бытовых и профессиональных факторов.

Инфекционные факторы

2. Эндогенные факторы:

- нарушение дыхания через нос и очищения вдыхаемого воздуха,
- Патология носоглотки, деформация грудной клетки,
- подавление местных защитных механизмов,
- снижение общей резистентности организма,
- рецидивирующие респираторные инфекции,
- хронические очаги инфекции в верхних дыхательных путях,
- хронические воспалительные и нагноительные процессы,
- нарушение обмена веществ (Ожирение),
- наследственные факторы (дефицит α_1 -антитрипсина).

Клинические признаки и симптомы

- кашель,
- отделение слизисто-гнойной мокроты,

– повышение t-тела до 39 °С,
– Симптомы бронхиальной обструкции – см. «ХОБЛ»
стр. 95

– Симптомы дыхательной недостаточности – см. «ДН»
стр. 101

При аускультации выслушиваются:

– жёсткое дыхание,
– диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы или влажные разнокалиберные хрипы.

Декомпенсация сопутствующих соматических заболеваний (АГ, ИБС, СД и др.).

ОАК: лейкоцитоз, ↑СОЭ

Дополнительные методы обследования

1. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты.
2. Rg-графия / КТ / Бронхоскопия.
3. Спирография (ФВД).

Пример формулировки диагноза:

Хронический необструктивный слизисто-гнойный бронхит, средней степени тяжести, в фазе обострения. ДН 0.

ПНЕВМОНИЯ J12-J18; J67-J70

Острое инфекционно-воспалительное заболевание лёгких, характеризующееся поражением респираторных отделов лёгких (bronхиол, альвеол) с внутриальвеолярной экссудацией, наличием ранее отсутствующих клиникорентгенологических признаков локального воспаления, не связанных с другими причинами (отсутствие очевидной диагностической альтернативы).

Классификация

<p>I. По клинико-патогенетич. принципу:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Внебольничная (амбулаторная).2. Внутрибольничная (госпитальная).3. Аспирационная.4. При иммунодефицитных состояниях.5. ТОРС. <p>II. По этиологии:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Инфекционные<ol style="list-style-type: none">1.1. Вирусная1.2. Бактериальная1.3. Микоплазменная1.4. Хламидийная1.5. Риккетсиозная1.6. Грибковая2. Неинфекционные — Пневмониты (синдромы: Леффлера, Мендельсона)3. Смешанные4. Неуточнённой этиологии <p>III. По патогенезу:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Первичная.2. Вторичная (на фоне ХОБЛ, ТЭЛА, СН) — Гипостатическая (застойная) пневмония, — Инфаркт-пневмония и др. <p>IV. По течению:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Острая.2. Затяжная (медленно разрешающаяся).3. Атипичная.	<p>V. По клинико-морфологич. признакам:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Паренхиматозные — Бронхопневмония (сегментарная), — Плевропневмония (долевая).2. Интерстициальные — Альвеолиты. <p>VI. По локализации и протяжённости:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Односторонняя — П: S1-S3; S4,S5; S6-S10, — Л: S1-S5; S6-S10.2. Двусторонняя (билатеральная).<ol style="list-style-type: none">а) субсегментарная (лобулярная),б) сегментарная, полисегментарная,в) лобарная (долевая),г) тотальная. <p>VII. По степени тяжести:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Лёгкой степени.2. Средней степени.3. Тяжёлого течения. <p>VIII. По наличию функц. нарушений:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Без функциональных нарушений.2. С функциональными нарушениями. <p>IX. По наличию осложнений:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Неосложнённая.2. Осложнённая.
--	--

Факторы риска

- Детский и пожилой возраст,
- Неблагоприятные факторы внешней и внутренней среды,
- Профессиональные и бытовые вредности,
- Вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания),
- Переохлаждение,
- Переутомление,
- Длительный стресс,
- ОРВИ, Грипп J10-J11,
- Хронические бронхолёгочные заболевания (ХБ, ХОБЛ, БЭБ, МВ и др.),
- Сахарный диабет в фазе декомпенсации,
- Иммунодефицитные состояния.

Клинические признаки и симптомы

1. Интоксикационный синдром:

- общая слабость (астения, адинамия),
- цефалгия, миалгия,
- одышка,
- тахикардия, гипотония,
- диспепсические расстройства (тошнота, анорексия и др.).

2. Синдром воспалительных явлений в лёгочной ткани:

- кашель с отделением мокроты,
- боль в грудной клетке,
- диспноэ, тахипноэ,
- усиление голосового дрожания и бронхофонии.

При перкуссии:

- притупление перкуторного звука над поражённым участком лёгкого.

При аускультации:

- ослабление везикулярного дыхания,
- крепитация / влажные разнокалиберные хрипы.

Rg-графия гр.кл.: характерные рентгенологические изменения.

3. Синдром общих воспалительных изменений:
– ощущение жара, озноб, лихорадка, потливость,
– изменение острофазных показателей крови:
лейкоцитоз, ↑СОЭ, гиперфибриногенемия, появление СРБ и др.

Бронхопневмония (очаговая, сегментарная, катаральная)
Характерен небольшой объём поражения лёгочной ткани.
Лобулярная (дольковая) пневмония – поражение доли (часть сегмента).

Сегментарная пневмония – поражение сегмента (часть доли).

Особенности течения:

Скрытый период начала заболевания.

Цикличности нет.

Клиническая симптоматика невыраженная.

Плевропневмония (долевая, крупозная, фибринозная)

Характерен большой объём поражения лёгочной ткани.

Лобарная (долевая) пневмония – поражение доли.

Тотальная пневмония – поражение всего лёгкого (в правом лёгком 3-и доли, в левом лёгком 2-е доли).

Особенности течения:

Цикличность (стадийность) течения

1. Начало заболевания (1-я нед. заболевания)

– острое начало,

– резкий подъём t -тела $> 38^{\circ}\text{C}$,

– симптомы интоксикации.

2. Разгар заболевания (2-я нед. заболевания)

– выраженная симптоматика.

3. Стадия разрешения

– возникновение осложнений.

Критерии диагноза:

- остролихорадочное начало заболевания с t -тела $> 38^{\circ}\text{C}$,
- кашель +/- мокрота,
- одышка,
- характерные аускультативные признаки,
- характерные лабораторные признаки,
- характерные рентгенологические изменения (очаговая или долевая инфильтрация).

**Критерии тяжёлого течения пневмонии
(показания к госпитализации)**

Температура тела (t -тела, $^{\circ}\text{C}$) $< 35,5^{\circ}\text{C}$ или $\geq 40^{\circ}\text{C}$. Частота дыхания (ЧД) > 30 в мин.; ОДН. Частота сердечных сокращений (ЧСС) > 120 в мин. Артериальное давление (АД) – САД < 90 , ДАД < 60 мм.рт.ст.
Лейкоциты (Le) $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ или $> 20,0 \times 10^9/\text{л}$. Гемоглобин (Hb) < 90 г/л; Гематокрит (Ht) $< 30\%$. Креатинин > 176 мкмоль/л; ОПН. $\text{SaO}_2 < 90\%$; $\text{PaO}_2 < 60$ мм.рт.ст.
Многодолевая или двусторонняя пневмоническая инфильтрация. Плевральный выпот (плеврит). Нарушение сознания.

Дополнительные показания для стационарного лечения:

Возраст > 60 лет.

Наличие сопутствующих заболеваний:

- Бронхиальная астма, ХОБЛ, Бронхоэктатическая болезнь,
- Сахарный диабет,
- Хроническая сердечная недостаточность,
- Хроническая почечная недостаточность,
- Хроническая печеночная недостаточность,
- Алкоголизм, Наркомания,
- Иммунодефицитные состояния.

Неэффективность амбулаторного лечения в течение 3-х дней.

Осложнения:

1. Лёгочные

- Бронхообструктивный синдром,
- Респираторный дистресс-синдром (ОРДС) J80,
- Отёк лёгких, ОДН J81,
- Абсцедирование, Гангрена лёгкого,
- Плеврит, Эмпиема плевры,
- Пневмосклероз.

2. Внелёгочные:

- Анемия,
- Интоксикационный психоз,
- Менингит / менингоэнцефалит,
- Инфекционный эндо- / мио- / перикардит,
- Острое «лёгочное сердце»,
- Гепатит,
- Нефрит,
- Сепсис,
- Инфекционно-токсический шок:

Острая сосудистая недостаточность,

Острая сердечная недостаточность,

Острая почечная недостаточность,

ДВС-синдром.

Дифференциация с туберкулёзом

1. «Тест-терапия» с контролем через 1 неделю.

2. Обязательный клинический минимум обследования на туберкулёз:

- анализы крови и мочи,
- бактериологическое исследование мокроты,
- проба Манту с 2 ТЕ,
- ФЛГ / Rg-графия / КТ.

Пример формулировки диагноза:

Внебольничная пневмония нижней доли левого лёгкого (S8-9),

средней степени тяжести. ДН I.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (БА) J45

Хроническое (персистирующее) воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся гиперреактивностью и обратимой обструкцией бронхов, проявляющееся нарушением бронхиальной проходимости в виде повторяющихся эпизодов экспираторной одышки, свистящих хрипов и удушья.

Гиперреактивность бронхов

Повышенная чувствительность бронхов к определённым экзо– и эндогенным факторам, проявляющаяся бронхоспазмом и обструкцией дыхательных путей.

Формы обструкции дыхательных путей:

1. Острая – бронхоконстрикция вследствие спазма гладкой мускулатуры бронхов.
2. Подострая – воспалительный отёк дыхательных путей.
3. Хроническая (обтурационная) – образование в бронхах слизистых пробок.
4. Необратимая (склеротическая) – склероз (ремоделирование) стенок бронхов.

Классификация

I. По этиологии:

1. Экзогенная (атопическая, аллергическая) БА.
2. Эндогенная (неатопическая, неаллергическая) БА.
3. Смешанная БА.

II. По тяжести течения:

1. Интермиттирующая БА.
2. Персистирующая БА
 - 2.1. лёгкого течения,
 - 2.2. средней степени тяжести,
 - 2.3. тяжёлого течения.

III. По фазам течения:

1. Фаза обострения

2. Фаза ремиссии

2.1. нестойкая ремиссия,

2.2. стабильная ремиссия (> 2-х лет).

Факторы риска

I. Предрасполагающие факторы

– Генетическая предрасположенность к атопии и/или гиперреактивности бронхов.

II. Причинные факторы (индукторы, триггеры)

– Определённые экзо– и эндогенные факторы.

III. Усугубляющие факторы

– Курение,

– Загрязнения воздуха (аэрополлютанты),

– Респираторные инфекции,

– Паразитарные инвазии,

– Особенности питания и сопутствующие заболевания

ЖКТ,

– Эндокринно-обменные заболевания (Ожирение, МС).

Клинические признаки и симптомы

I. Объективно:

– цианоз лица,

– набухание вен шеи,

– вынужденное положение с фиксированным плечевым поясом, +/- поза кучера,

– дистанционное свистящее дыхание,

– приступообразный кашель со скудной мокротой,

– экспираторная одышка,

– сухие свистящие / жужжащие хрипы, усиливающиеся

на выдохе,

– приступы удушья.

II. Перкуссия:

– коробочный перкуторный звук (гипервоздушность лёгочной ткани),

– границы лёгких расширены.

III. Аускультация:

- ослабленное везикулярное дыхание,
- сухие свистящие / жужжащие хрипы, усиливающиеся на выдохе,
- удлинение фазы выдоха.

IV. Дополнительные методы обследования:

Лабораторные данные	Инструментальные данные
<p>ОАК: лейкоцитоз, эозинофилия, ↑СОЭ</p> <p>Микроскопический анализ мокроты.</p> <p>Астматическая триада:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эозинофилия, 2. кристаллы Шарко-Лейдена, 3. спирали Куршмана. 	<p>Функциональное исследование лёгких:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пикфлоуметрия (ПСВ). 2. Спирометрия (ФВД). 3. Бронходилатационный тест «+».

Критерии тяжести течения БА

1. Интермиттирующая (периодическая, эпизодическая) БА
 - Симптомы БА реже 1 раза в неделю,
 - Обострения БА редкие и короткие,
 - Ночные симптомы БА до 2-х раз в месяц,
 - Отсутствие симптомов БА и нормальные показатели ФВД, в промежутках между приступами БА,
 - $ОФВ_1$ или ПСВ $\geq 80\%$ от должного,
 - Суточные колебания ПСВ или $ОФВ_1 < 20\%$.
2. Персистирующая (продолжительная) БА лёгкого течения
 - Симптомы БА от 1 раза в неделю до 1 раза в день,
 - Обострения БА могут снижать физическую активность и нарушать сон,
 - Ночные симптомы БА чаще 2-х раз в месяц,
 - $ОФВ_1$ или ПСВ $\geq 80\%$ от должного,
 - Суточные колебания ПСВ или $ОФВ_1$ 20-30%.
3. Персистирующая БА средней тяжести
 - Симптомы БА ежедневные,
 - Обострения БА могут приводить к ограничению физич. активность и наруш. сна,

- Ночные симптомы БА чаще 1 раза в неделю,
- Ежедневное использование игаляционных бронходилататоров (β_2 -агонисты к.д.),
- ОФВ₁ или ПСВ 80-60% от должного,
- Суточные колебания ПСВ или ОФВ₁ > 30%.

4. Персистирующая БА тяжёлого течения

- Симптомы БА ежедневные,
- Обострения частые и выраженные,
- Обострения БА приводят к ограничению физич. активность и нарушению сна,
- Частые ночные симптомы БА,
- Ежедневное использование игаляционных бронходилататоров (β_2 -АМ, ИГКС),
- ОФВ₁ или ПСВ < 60% от должного,
- Суточные колебания ПСВ или ОФВ₁ > 30%.

Критерии стабильного течения (ремиссия) БА

1. Отсутствие дневных симптомов БА или до 2-х эпизодов в неделю.
2. Отсутствие ночных симптомов.
3. Отсутствие ограничений повседневной активности, включая физич. упражнения.
4. Отсутствие потребности в препаратах неотложной помощи или она до 2-х р/нед.
5. Отсутствие обострений.
6. Нормальная ФВД.

Астматический статус (status asthmaticus) J46

Затянувшийся приступ экспираторного удушья, характеризующийся опасной для жизни нарастающей бронхиальной обструкцией с прогрессирующими нарушениями вентиляции и газообмена в лёгких, который не купируется обычно эффективными у данного больного бронходилататорами (β_2 -АМ, ИГКС).

Клинические формы

1. Медленно-прогрессирующая (Метаболическая).
2. Быстро-прогрессирующая (Анафилактическая).

Критерии дифференциальной диагностики Бронхиальной астмы и «Сердечной астмы»

БА	«Сердечная астма»
Цианоз лица	Акроцианоз
Вынужденное положение с фиксацией плечевого пояса	Тахипноэ, Ортопноэ
Выраженный кашель с отхождением вязкой, слизистой мокроты	Невыраженный кашель с отхождением пенистой жидкости
Экспираторная одышка	Инспираторная одышка
Сухие свистящие / жужжащие хрипы	Влажные разнокалиберные хрипы
Эмфизема лёгких	Пороки сердца

Пример формулировки диагноза:

Персистирующая бронхиальная астма, смешанного генеза, средней степени тяжести, в фазе обострения. ДН II.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ (ХОБЛ) J44

Хроническое воспалительное, медленно прогрессирующее заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы лёгких и формированием эмфиземы, которое характеризуется развитием сначала частично обратимой, а в итоге – необратимой бронхиальной обструкции, с нарастающими явлениями ХДН.

ХОБЛ – заболевание с системными (экстрапульмональными) проявлениями.

Классификация (функциональная, по данным спирометрии)

Стадии	Степень тяжести	Характеристика
0	Повышенный риск развития ХОБЛ	Функция лёгких не изменена Нормальные показатели спирометрии Хронические симптомы (кашель, мокрота) +/-
I	Лёгкая степень Лёгкое течение ХОБЛ	Обструктивные нарушения $ОФВ1 \geq 80\%$ от должных величин $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного Хронические симптомы (кашель, мокрота) +/-
II	Средняя степень Среднетяжёлое течение ХОБЛ	Обструктивные нарушения $ОФВ1 80-50\%$ от должных величин $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного Хронические симптомы (кашель, мокрота, одышка)
III	Тяжёлая степень Тяжёлое течение ХОБЛ	Обструктивные нарушения $ОФВ1 50-30\%$ от должных величин $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного Хронические симптомы (кашель, мокрота, одышка)
IV	Крайне тяжёлая степень Крайне тяжёлое течение ХОБЛ	Качество жизни снижено Болезнь приобретает инвалид-е течение $ОФВ1 < 30\%$ от должных величин или $ОФВ1 < 50\%$ от должных величин в сочетании с ХДН или ПЖСН $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного Симптомы ХДН и ХСН ДН: $PaO_2 < 60$ и $PaCO_2 > 45$ мм.рт.ст
Фазы течения: 1. Стабильное течение. 2. Обострение.		Наличие осложнений: – ХДН. – ХСН (ЛС).

Факторы риска

1. Факторы, предрасполагающие к развитию ХОБЛ:
 - Курение, достоверно при ИКЧ ≥ 10 пачка/лет (ИКЧ = число выкуренных сигарет (сутки) x стаж курения (годы) / 20),

- Загрязнение воздуха (аэрополлютанты),
 - Длительное воздействие профессиональных вредностей (пыль, промышленные поллютанты (SO₂, NO₂), пары кислот и щелочей и др.),
 - Хронические воспалительные заболевания органов дыхания,
 - Генетические факторы (дефицит α₁-антитрипсина).
- 2. Факторы, провоцирующие обострение ХОБЛ:**
- Бронхолёгочная инфекция – см. «Пневмония» стр. 83
 - Воздействие экзогенных повреждающих факторов.

**Клинические признаки и симптомы –
дополнительно см. стр. 101**

I. Объективно:

- общая слабость, быстрая утомляемость (↓ толерантности к физич. нагрузке),
- продолжительный кашель, более 3 мес. в году в течение 2-х лет и более,
- наличие мокроты,
- экспираторная одышка, усиливающаяся по мере прогрессирования заболевания.

II. Перкуссия:

- границы лёгких расширены.

III. Аускультация:

- жёсткое дыхание или ослабление дыхательных шумов,
- сухие или влажные разнокалиберные хрипы.

IV. Дополнительные методы обследования:

Лабораторные данные.

ОАК: лейкоцитоз, ↑СОЭ

Полицитемический синдром: ↑Ег, ↑Нб, ↑Нт (гемоконцентрация).

Исследование мокроты / Бронхоскопия:

1. Микроскопическое исследование – нейтрофильный лейкоцитоз.

2. Бактериологическое исследование.

Инструментальные данные.

Rg-графия / Бронхография / КТ.

ЭКГ, ЭхоКГ.

Функциональное исследование лёгких:

Спирометрия (ФВД)

а) статическая – объёмные показатели (ЖЕЛ и др.),

б) динамическая – скоростные показатели (ОФВ₁, ФЖЕЛ, МСВ₇₅₋₂₅ и др.).

Коэффициент форсированного выдоха (КФВ) / индекс Тиффно – ОФВ₁/ФЖЕЛ.

Пульсоксиметрия и газовый состав крови.

Сравнительная характеристика основных клинических форм ХОБЛ

Симптомы заболевания	Бронхитическая форма Центрилобулярная эмфизема «синие отёчники»	Эмфизематозная форма Панлобулярная эмфизема «розовые пыхтельщики»
Цвет кожных покровов	диффузный синий (цианоз)	розово-серый
Вес больного (m-тела)	тучные	худые / кахексия
Соотношение выраженности основных симптомов	кашель > одышки	одышка > кашель
Кашель Мокрота	продуктивный обильная, гнойная	малопродуктивный скудная, слизистая
Полицитемия	характерна, Ht > 50%	не характерна, Ht < 50%
Изменения на Rg	усиление лёгочного рисунка, пневмосклероз, кардиомегалия	гиперинфляция, эмфизема лёгких, «капельное» сердце
Нарушение газообмена	PaO ₂ < 60 мм.рт.ст. PaCO ₂ > 50 мм.рт.ст.	PaO ₂ > 60 мм.рт.ст. PaCO ₂ < 50 мм.рт.ст.
Функциональные нарушения	прогрессирование ХДН и ХСН	ХДН
«Лёгочное сердце»	в среднем возрасте, ранняя декомпенсация	в пожилом возрасте, поздняя декомпенсация

Критерии дифференциальной диагностики БА и ХОБЛ

Признаки	БА	ХОБЛ
Диагностические критерии		
Начало	в молодом возрасте	в зрелом возрасте
Течение	волнообразное	прогрессирующее
Наследственность	характерна (+++)	не характерна (+)
Клинические признаки		
Анамнез	атопия, аллергия	факторы риска
Симптомы Кашель Мокрота Одышка	интермиттирующие приступообразный скудная, стекловидная приступообразная	хронические постоянный умеренная, вязкая постоянная
Переносимость физических нагрузок	снижается при обострении	прогрессирующее снижение
Внелёгочные проявления	аллергические реакции	гипоксия, ХДН, ЛС и др
Функциональные признаки		
Бронхообструкция	эпизодическая, обратимая	персистирующая, мало-/не обратимая
Спирометрия (ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ)	волнообразные изменения	нарастающее снижение
Изменения ОФВ1 после пробы с β_2 -АМ	прирост > 15%	прирост < 15%
Суточные колебания ПСВ	> 15% по утрам	< 15%
Эффективность ГКС	высокая (+++)	Низкая (+)
Лабораторные признаки		
Клетки воспаления	эозинофилы, тучные кл.	нейтрофилы, макрофаги
Гипер-IgE	характерно (+++)	не характерно (+)

Диагностические критерии бронхоэктатической болезни (БЭБ) J47

- Частая связь с инфекционным агентом,
- Отделение большого количества гнойной мокроты,
- Изменение пальцев по типу «барабанных палочек».

Аускультация: грубые влажные разнокалиберные хрипы.

Rg-графия / Бронхография / КТ: утолщение стенок и расширение бронхов.

Диагностические критерии сердечной недостаточности (ХСН)

Аускультация: влажные хрипы в нижних отделах лёгких.

Rg-графия: увеличение размеров сердца, застойные явления в лёгких.

ЭхоКГ: расширение полостей сердца, снижение ФВ.

Спирометрия (ФВД): нарушения по рестриктивному типу, обструктивные нарушения не характерны.

DS.: ХОБЛ считается достоверным при наличии и сочетании следующего:

- Факторы риска,
- Характерные клинические проявления,
- Прогрессирующее нарушение бронхиальной проходимости (Спирометрия),
- Дифференциальная диагностика.

Пример формулировки диагноза:

Хроническая обструктивная болезнь лёгких, средней степени тяжести, в фазе обострения. ДН II.

Хроническое лёгочное сердце, субкомпенсированное. НК IIА.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ДН) J96

Патологическое состояние, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, или оно достигается за счёт напряжения компенсаторных механизмов внешнего дыхания.

ДН – патологический процесс при котором нарушаются все этапы дыхания.

Этапы дыхания:

I этап – внешнее дыхание (процесс газообмена).

II этап – транспорт газов кровью.

III этап – внутреннее (тканевое) дыхание.

Лёгочная недостаточность (ЛН)

Патологическое состояние, при котором нарушается процесс газообмена.

Газообмен:

1. Вентиляция лёгких – газообмен между окружающей средой и лёгкими.

2. Оксигенация – внутрилёгочный газообмен.

2.1. Диффузия газов.

2.2. Перфузия газов.

Классификация

I. По этио-патогенезу:

A. ДН, обусловленная нарушением вентиляции лёгких.

1. Бронхо-лёгочная – нарушение функции бронхолёгочной системы.

1.1. Обструктивный тип (obstruction – запирание) – нарушение воздухопроекции.

1.2. Рестриктивный тип (restrictio – ограничение) – поражение лёгочной ткани.

2. Центрогенная – поражение дыхательного центра.

3. Нервно-мышечная – нарушение функции дыхательных мышц.

4. Торако-диафрагмальная – патология грудной клетки и/или диафрагмы.

5. Эндокринная – эндокринно-обменная патология.

B. ДН, обусловленная нарушением оксигенации.

1. Диффузионный тип – при нарушении диффузии газов через стенки альвеол.

2. Перфузионный тип – при нарушении функции кровообращения в малом круге.

В. Смешанная ДН.

II. По скорости развития:

1. Острая ДН (минуты, часы, дни).

2. Хроническая ДН (месяцы, годы).

III. По степени тяжести:

I степень (лёгкая, компенсированная) ДН (ЛН)

– цианоз отсутствует,

– одышка и тахикардия возникают при умеренной физической нагрузке,

– толерантность к физическим нагрузкам снижена умеренно,

– показатели газового состава артериальной крови:

PaO_2 80-60 мм.рт.ст., SaO_2 95-90%, PaCO_2 40-50 мм.рт.ст (+/-).

II степень (среднетяжёлая, субкомпенсированная) ДН (ЛН)

– цианоз выражен умеренно,

– одышка и тахикардия возникают при незначительной физической нагрузке,

– толерантность к физическим нагрузкам снижена значительно,

– показатели газового состава артериальной крови:

PaO_2 60-40 мм.рт.ст., SaO_2 90-70%, PaCO_2 50-60 мм.рт.ст (+/-).

III степень (тяжёлая, декомпенсированная) ДН (ЛН)

– цианоз выражен значительно,

– одышка и тахикардия возникают в покое,

– утрата трудоспособности,

– показатели газового состава артериальной крови:

$\text{PaO}_2 < 40$ мм.рт.ст., $\text{SaO}_2 < 70\%$, $\text{PaCO}_2 > 60$ мм.рт.ст (+/-); КОС – дых. ацидоз.

Клинические признаки и симптомы

Проявления гипоксемии	Проявления гиперкапнии
<ul style="list-style-type: none">– цианоз,– диспноэ (одышка),– тахикардия, кардиалгия,– астения, адинамия,– липотимия, синкопа,– полицитемия,– лёгочная АГ.	<ul style="list-style-type: none">– диспноэ, тахипноэ,– тахикардия,– артериальная гипотензия (↓ОПСС),– головная боль,– тошнота,– сонливость днём и бессонница ночью,– психические нарушения.

При респираторном ацидозе, вследствие гиперкапнии ($\uparrow\text{CO}_2$ в крови) происходит задержка ионов Na^+ , что способствует возникновению отёков.

Методы обследования

Исследование газового состава крови (SaO_2 , PaO_2 , PaCO_2) и КОС (рН).

Лучевые методы исследования (Rg-графия, КТ).

Исследование ФВД (Спирометрия).

Оценка функции дыхательных мышц.

V. БОЛЕЗНИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

«ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

(острая абдоминальная боль)

Собирательное понятие, включающее в себя острые хирургические заболевания органов брюшной полости, которые требуют экстренной госпитализации для оперативного или консервативного лечения.

Подобный диагноз ставится на догоспитальном этапе в трудных с диагностической точки зрения случаях.

Дифференциальный диагноз:

Острый аппендицит,

Острый холецистит,

Острый панкреатит,

Перфорация язвы желудка или кишки,

Острая непроходимость кишечника (илеус),

Ущемление грыжи,

Тромбоз мезентериальных (брыжеечных) сосудов,

Апоплексия яичника,

Внематочная беременность и др.

Колика — схваткообразная абдоминальная боль, обусловленная спазмом или перерастяжением гладкой мускулатуры желудка, кишечника, ЖВП, протоков поджелудочной железы или мочевыводящих путей.

ГАСТРИТ (ГАСТРОДУОДЕНИТ) K29

Группа острых и хронических заболеваний, характеризующихся воспалительными или воспалительно-дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишке.

Острый гастрит (гастродуоденит)

Острое воспаление слизистой оболочки желудка (и двенадцатиперстной кишки), проявляющееся развитием дистрофически-некробиотического повреждения слизистой и подслизистых слоёв стенки желудка (и двенадцатиперстной кишки).

Классификация

1. Катаральный (простой) гастрит.
2. Фибринозный гастрит.
3. Эрозивный гастрит.
4. Геморрагический гастрит.
5. Коррозивный (некротический) гастрит.
6. Флегмонозный (гнойный) гастрит (флегмона желудка).

Хронический гастрит (гастродуоденит)

Хроническое воспаление слизистой оболочки желудка (и двенадцатиперстной кишки), проявляющееся нарушением процессов регенерации, развитием ряда морфологических изменений слизистой оболочки желудка (и двенадцатиперстной кишки) и сопровождающееся различными нарушениями основных функций желудка (и двенадцатиперстной кишки).

Классификация

I. По происхождению:

1. Первичный
— экзогенный,
— ацидопептический.
2. Вторичный
— эндогенный.

II. По этиологии:

1. Экзогенные гастриты.
 - 1.1. Инфекционные (H. pylori и др.).
 - 1.2. Неинфекционные

– алиментарный (нарушение режима и характера питания),

– аллергический,

– токсический (злоупотребление алкоголем, никотином; ЛС),

– профессиональный.

2. Эндогенные гастриты.

2.1. Нервно-рефлекторный.

2.2. Нейроэндокринный.

2.3. Метаболический.

2.4. Аутоиммунный.

3. Хронический гастрит, сопутствующий другим заболеваниям.

3.1. При анемиях (анемия Аддисона-Бирмера и др.).

3.2. Застойный гастрит (при ХСН, ХПен, ХПН).

3.3. При раке.

III. По локализации:

1. Гастрит.

1.1. Ограниченный

– фундальный (дно, тело),

– антральный (пилородуоденальный).

1.2. Распространённый

– пангастрит.

2. Дуоденит.

2.1. Ограниченный

– бульбарный (бульбит),

– постбульбарный.

2.2. Распространённый

– пандуоденит.

3. Гастродуоденит.

IV. По распространённости:

1. Очаговый.

2. Диффузный.

V. По морфологическому признаку (эндоскопические и гистологической критерию):

1. Поверхностный гастрит (эритематозный, экссудативный).

2. Атрофический гастрит.

3. Гипертрофический гастрит.

4. Эрозивный гастрит.

5. Геморрагический гастрит.

VI. По функциональному признаку (характер желудочной секреции):

1. Гастрит с нормальной секреторной (кислотопродуцирующей) функцией.

2. Гастрит с повышенной секреторной функцией – гиперацидный гастрит.

3. Гастрит с пониженной секреторной функцией – гипацидный гастрит (умеренно выраженная секреторная недостаточность),

– анацидный гастрит (резко выраженная секреторная недостаточность).

VII. По клиническому течению (фазы течения):

1. Компенсированный гастрит (фаза ремиссии).

2. Декомпенсированный гастрит (фаза обострения).

VIII. Особые формы хронических гастритов:

1. Ригидный гастрит.

2. Гигантский гипертрофический (полиаденоматозный) гастрит (болезнь Менетрие).

3. Полипозный гастрит.

Тип гастрита	Синонимы	Этиологические факторы
Тип А (~5%),	Атрофический, Фундальный 1. Аутоиммунный 2. Мультифокальный	Аутоиммунные нарушения H. pylori; Особенности питания; Факторы среды.

Тип В (~85%)	Неатрофический, Антральный	<i>H. pylori</i> ; Другие факторы.
Тип С (~10%)	Химический, Рефлюкс-гастрит	Химические в-ва, НПВП; Дуодено-гастральный рефлюкс.
Особые формы: 1. Радиационный 2. Лимфоцитарный	Вэриломорфный	Ионизирующее излучение Идиопатический; Иммунные механизмы; Глютен (целиакия); <i>H. pylori</i> .
3. Гранулематозный	Изолированный гранулематоз	Идиопатический; Болезнь Крона; Саркоидоз; Гранулематоз Вегенера, др
4. Эозинофильный	Аллергический	Пищевые и др. аллергены
5. Инфекционный		Бактерии (кроме <i>Hp</i>), вирусы, грибы, паразиты.
Смешанные	АВС (комбинации)	

Клинические признаки и симптомы

Хронический гастрит / гастродуоденит часто протекает бессимптомно.

На клиническую картину заболевания влияют:

- локализация воспалительного процесса,
- распространённость воспалительного процесса,
- морфологические изменения слизистой оболочки желудка,
- секреторная и моторная функции желудка,
- фаза (стадия) заболевания.

Тип А	Тип В	Тип С
<p>Возраст: – средний, – пожилой.</p> <p>Диспепсический синдром: – снижение аппетита, – ощущение тяжести в желудке после еды, – отрыжка, – тошнота, рвота, – метеоризм, – диарея.</p> <p>Астенический синдром.</p> <p>ФЭГДС: Слизистая оболочка гиперемированная, отёчная, возможны кровоизлияния и эрозии.</p>	<p>Возраст: – молодой.</p> <p>Болевой синдром: – боль в эпигастрии.</p> <p>Диспепсический синдром: – изжога, – отрыжка кислым, – тошнота, рвота, – запор.</p> <p>ФЭГДС: Слизистая оболочка бледная, атрофичная, рельеф сглажен.</p>	<p>Возраст: – молодой, – средний.</p> <p>Болевой синдром: – боль в эпигастрии.</p> <p>Диспепсический синдром: – изжога, – рвота с примесью желчи.</p> <p>Астенический синдром.</p> <p>ФЭГДС: Слизистая оболочка гиперемированная, отёчная. Привратник зияет. В желудке значительное количество желчи.</p>

Пример формулировки диагноза:

Хронический поверхностный антральный гастрит (Тип В), в фазе обострения. (H.pylori ++).

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА (ЯБЖ)
И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ЯБДПК)

Хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, основным признаком которого является образование язвенного дефекта в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки. K25-K27

Классификация

<p>I. По этиологии:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ассоциированная с <i>H. Pylori</i>.2. Не ассоциированная с <i>H. Pylori</i>. <p>Симптоматические язвы (стрессовые, лекарственные, эндокринные).</p> <p>II. По характеру течения (клинические формы):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Острая или впервые выявленная.2. Хроническая (рецидивирующая). <p>III. По локализации:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Язва желудка:<ul style="list-style-type: none">– кардиальный отдел,– дно желудка,– тело желудка,– антральный отдел,– пилорический отдел.2. Язва двенадцатиперстной кишки:<ul style="list-style-type: none">– бульбарный отдел,– постбульбарный отдел.3. Сочетанные (гастроудоденальные) язвы. <p>IV. По числу язвенных дефектов:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Одиночная (единичная).2. Множественные (две и более язв).	<p>V. По размеру (диаметру) язв:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Малая – до 0,5 см.2. Средняя – 0,5-1 см.3. Большая – 1-3 (1-2) см.4. Гигантская > 3 (> 2) см. <p>VI. По клиническому течению:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Типичная.2. Атипичная (безсимптомная). <p>VII. По характеру желудочной секреции:</p> <ol style="list-style-type: none">1. С повышенной желудочной секрецией.2. С нормальной желудочной секрецией.3. С пониженной желудочной секрецией. <p>VIII. Стадии (фазы) течения заболевания:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Обострение (рецидив).2. Ремиссия<ul style="list-style-type: none">– клиническая,– анатомическая (рубцевание),– функциональная. <p>IX. По степени тяжести:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Лёгкая – рецидив 1 раз в год.2. Средняя – рецидив 2 раза в год.3. Тяжёлая – рецидив 3 раза в год и более,<ul style="list-style-type: none">– длительно рубцующаяся язва,– не рубцующаяся язва,– осложнённое течение.
--	--

Факторы риска

1. Генетическая предрасположенность (наследственные факторы).
2. Инфекционный фактор (*Helicobacter pylori* – грам «-» м/о).
3. Психо-эмоциональные (стрессовые) факторы.
4. Нейро-гуморальные факторы (СВД).
5. Алиментарные погрешности (нарушение режима и характера питания).
6. Вредные привычки (табакокурение, злоупотребление алкоголем).
7. Лекарственные средства и др. вещества, обладающие ulcerогенным действием.

Клинические признаки и симптомы

Клинические проявления зависят от:

- стадии заболевания и
- локализации язвенных дефектов.

1. Абдоминальный болевой синдром.
2. Диспепсический синдром (изжога / отрыжка, тошнота, рвота, запор).
3. Астено-вегетативный синдром.

Основным симптомом ЯБЖ / ЯБДПК является абдоминальная боль.

- Она имеет:
- связь с локализацией язвенных дефектов,
 - связь с приёмами пищи,
 - периодичность (ранние, поздние, ночные, голодные боли),
 - сезонность обострения (весной, осенью).

Болевые симптомы:

Симптом Менделя – болезненность при поколачивании в эпигастрии.

Rg-графия: Симптом ниши.

Дифференциальная диагностика ЯБЖ и ЯБДПК

Признаки	ЯБЖ	ЯБДПК
Возраст	средний, пожилой	молодой
Пол	муж., жен.	муж.
Боли	ранние	поздние, ночные
Диспепсия / рвота	характерна	не характерна
Аппетит	снижен	нормальный
Масса тела	снижается	стабильная

Осложнения:

1. Кровотечение
 - при ЯБЖ – рвота «кофейной гущей»,
 - при ЯБДПК – мелена,
 - анемия.
2. Перфорация (прободение).
3. Пенетрация (поражение соседних органов).
4. Перивисцериты – воспалительные спайки с соседними органами.
5. Стеноз привратника и луковицы ДПК.
6. Малигнизация (озлокачествление).

Симптомы перфорации язвы:

Симптом Дъелафуа – острая «кинжальная» боль в животе, «доскообразный», «ладьевидный» живот, поза «эмбриона».

Симптом Спизарного / Кларка – исчезновение притупления перкуторного звука над печенью с появлением высокого тимпанита.

На Rg-графии брюшной полости – наличие воздуха между печенью и диафрагмой («Серп»).

Болезни (синдромы) оперированного желудка K91.1

Группа (ятрогенных) синдромов, возникающих у больных после хирургического вмешательства на желудке.

Пример формулировки диагноза:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, Н.pylori ++, редко рецидивирующее течение, в фазе обострения. Эрозивный бульбит.

ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Синдром мальнутриции (синдром недостаточности питания) K90

Синдром мальдигестии (синдром нарушенного переваривания).

Синдром мальабсорбции (синдром нарушенного всасывания).

I. Нарушения преимущественно внутриполостного пищеварения:

1. Дисбиоз кишечника; Синдром избыточного размножения бактерий в кишечнике.

2. Хронический энтерит.

3. Хронический энтероколит; Болезнь Крона K50; Язвенный колит (НЯК) K51.

4. Синдром раздражённого кишечника (СРК) K58.

5. Хронический холецистит, холестаза.

6. Хронический панкреатит и др.

II. Нарушения преимущественно пристеночного (мембранного) пищеварения:

Ферментопатии:

– недостаточность дисахаридаз,

– недостаточность пептидаз (глутеновая энтеропатия / целиакия),

– недостаточность энтерокиназы и др.

III. Недостаточность крово- и лимфообращения кишечника:

Болезнь Уиппла и др.

Клинические признаки и симптомы

Кишечные	Внекишечные
– дискомфорт в области кишечника, – метеоризм, – диарея, стеаторея.	– недостаточность витаминов, – недостаточность минералов, – анемия, – снижение массы тела.

Диарея – частый, обильный кашицеобразный или жидкий стул А09; К59.1

Классификация

I. По этиологии: 1. Инфекционная. 2. Неинфекционная. II. По патогенезу: 1. Секреторная. 2. Осмотическая. 3. Воспалительная. 4. Гипермоторная.	III. По течению: 1. Острая. 2. Хроническая > 4 нед. IV. По уровню возникновения: 1. Энтеральная (тонкокишечная). 2. Колитическая (толстокишечная). 3. Смешанная.
--	--

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖКТ И ЖВП К21; К22.4; К30; К58, К59; К82.8; К83.4

Комплекс клинических симптомов, возникающих в результате моторно-тонической дисфункции ЖКТ и ЖВП.

Классификация

- I. По локализации:**
- A. Дисфункция ЖКТ.**
1. Дисфункция (дискинезия) пищевода и (дистония) его сфинктера (ГЭРБ).
 2. Дисфункция (дискинезия) желудка.
 3. Дисфункция (дискинезия) кишечника.

- Б. Дисфункция билиарного тракта (ЖВП).
1. Дисфункция (дискинезия) желчного пузыря.
 2. Дисфункция (дистония) сфинктера Люткенса, сфинктера Одди.

II. По этиологии:

- А. Первичная дисфункция
Нейрогуморальные расстройства (СВД).
- Б. Вторичная дисфункция
1. Психогении (неврозы, психосоматозы).
 2. Хронические инфекционно-воспалительные процессы в ЖКТ.

III. По функциональному состоянию:

- | | |
|------------------|-----------------|
| А. Гиперфункция. | Б. Гипофункция. |
| 1. Гипертония. | 1. Гипотония. |
| 2. Спазм. | 2. Атония. |

Клинические признаки и симптомы

1. Ощущение дискомфорта или боли в эпигастрии / в правом подреберье / в кишечнике.
2. Тяжесть и чувство переполнения в эпигастрии после еды или тяжесть в правом подреберье.
3. Диспепсический синдром (функциональная диспепсия):
 - ухудшение аппетита,
 - отрыжка / изжога,
 - тошнота, рвота,
 - метеоризм,
 - запор / диареяи другие симптомы, при которых, несмотря на тщательное обследование, не удаётся выявить какое-либо органическое заболевание.

АППЕНДИЦИТ К35-К37

Воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Классификация

I. Острый аппендицит.

1. Катаральный (простой, поверхностный).
2. Деструктивный.
 - 2.1. Флегмонозный (гнойный).
 - 2.2. Гангренозный (некротический).

II. Хронический аппендицит.

1. Первично-хронический.
2. Резидуальный (остаточный).
3. Рецидивирующий.

Осложнения:

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Аппендикулярный абсцесс.
3. Перфорация аппендикса.
4. Локальные абсцессы брюшной полости.
5. Пилефлебит – воспаление воротной вены.
6. Перитонит.
7. Сепсис.

Клинические признаки и симптомы

Клиническая картина аппендицита переменна и зависит от:

- степени воспалительных изменений в стенке аппендикса,
- особенностей локализации аппендикса в брюшной полости,
- возраста больных,
- физического и психо-эмоционального состояния больных,
- реактивности организма,
- наличия или отсутствия осложнений,
- наличия или отсутствия сопутствующей патологии.

1. Болевой синдром.

2. Диспепсический синдром:

- анорексия,
- тошнота, рвота,
- задержка стула.

3. Воспалительно-интоксикационный синдром:

- лихорадка,
- тахикардия,
- тахипноэ.

ОАК: лейкоцитоз, \uparrow СОЭ

Болевые симптомы:

Симптом Кохера-Волковича – миграция боли из центральных отделов живота в правую подвздошную (илеоцекальную) область.

Симптом Долина – усиление боли при втягивании живота.

Симптом Каравачевой – усиление боли при кашле.

Симптом Дьелафуа – локальная болезненность и защитное напряжение мышц при пальпации живота в правой подвздошной области.

Симптом Воскресенского – быстрое скольжение рукой вдоль брюшной стенки больного вызывает болезненность в области локализации аппендикса.

Симптом Раздольского – при лёгкой перкуссии брюшной стенки больного возникает локальная боль в правой подвздошной области.

Симптом Ровзинга – при надавливании на левую подвздошную область появляется или усиливается боль в правой подвздошной области.

Симптом Щёткина-Блюмберга – усиление боли при резком отдёргивании руки после предварительного надавливания на правую подвздошную область.

ГЕПАТИТ В15-В19; К70; К71; К73

Полиэтиологическое диффузное воспалительно-дистрофическое заболевание печени, приводящее к её функциональной недостаточности.

Классификация

I. По этиологическому фактору:

1. Инфекционный.
 - 1.1. Вирусный (А, В, С, D, Е, F, G).
 - 1.2. Бактериальный и др.
2. Токсический.
 - 2.1. Алкогольный.
 - 2.2. Лекарственный и др.
3. Аутоиммунный.
4. Метаболический.
 - 4.1. Болезнь Вильсона-Коновалова.
 - 4.2. Гемохроматоз (болезнь Труазье-Ано-Шоффара).
 - 4.3. Недостаточность α_1 – антитрипсина и др.
5. Идиопатический (криптогенный).

II. По течению:

1. Острый.
2. Подострый (затяжной).
3. Хронический.
 - 3.1. Обострение (рецидив).
 - 3.2. Ремиссия.

III. По распространённости:

1. Очаговый.
2. Диффузный.

IV. По степени тяжести (по Чайлд-Пью):

1. Лёгкой степени / компенсированный (класс А).
2. Средней степени / субкомпенсированный (класс В).
3. Тяжёлого течения / декомпенсированный (класс С).

Осложнения:

1. Печеночная недостаточность К72
2. Фиброз и цирроз печени

3. Абсцесс печени
4. Портальная гипертензия

Клинические признаки и симптомы

Астенический синдром (общая слабость, быстрая утомляемость).

Болевой синдром (дискомфорт или боль в правом подреберье).

Диспепсический синдром (анорексия, тошнота, рвота).

Объективно:

- желтуха, телеангиэктазии, пальмарная эритема, гипергидроз,
- асцит, периферические отёки.

Иммуно-воспалительный синдром

(нарушения клеточного и гуморального иммунитета).

Синдром холестаза

(нарушение оттока желчи по печёночным и общему желчному протокам).

Цитолитический синдром

(нарушение целостности гепатоцитов, гиперферментемия).

Синдром печёночно-клеточной недостаточности

(нарушения синтетической и детоксицирующей функций печени).

Печёночная энцефалопатия.

Печёночно-лёгочный синдром.

Печёночно-почечный синдром.

Лабораторные данные.

ОАК: ↓Нь, ↑СОЭ

БХАК: гипоальбуминемия, ↓ПТИ, гипераммониемия,
СРБ

Маркёры холестаза – гиперхолестеринемия, ↑ЩФ, ↑ГГТ.

Маркёры цитолиза – гипербилирубинемия, ↑АсАТ, АлАТ и ЛДГ.

При вирусных гепатитах необходимо установить фазу вирусной инфекции:

- фаза репликации,
- фаза интеграции.

Пример формулировки диагноза:

Хронический гепатит С с умеренной активностью процесса (по Knodell), средней степени тяжести (класс В по Чайлд-Пью).

ХОЛЕЦИСТИТ К81

Группа острых и хронических заболеваний, характеризующихся воспалительными изменениями желчного пузыря и проявляющихся нарушениями его структуры и функций.

Классификация

Острый холецистит	Хронический холецистит
I. По наличию конкрементов: 1. Некалькулёзный (безкаменный). 2. Калькулёзный (холелитиаз).	I. По наличию конкрементов: 1. Некалькулёзный (безкаменный). 2. Калькулёзный (холелитиаз).
II. Клинико-морфологические формы: 1. Катаральный (простой, поверхностный). 2. Флегмонозный (гнойный). 3. Гангренозный (некротический).	II. По характеру течения: 1. Латентный. 2. Рецидивирующий. 3. Перемежающийся.
III. По степени тяжести: 1. Лёгкой степени. 2. Средней степени. 3. Тяжёлого течения.	III. Фазы (стадии) заболевания: 1. Обострение (рецидив). 2. Ремиссия.
IV. По наличию осложнений: 1. Не осложнённый. 2. Осложнённый.	IV. По функциональному состоянию желчного пузыря и желчных протоков: 1. Без дисфункции билиарной системы. 2. С дисфункцией билиарной системы.

	<p>2.1. Дисфункция (дискинезия) ЖП.</p> <p>2.2. Дисфункция (дистония) сфинктеров.</p> <p>а) гипертонически-гиперкинетический тип,</p> <p>б) гипотонически-гипокинетический тип,</p> <p>в) «отключённый» желчный пузырь.</p> <p>V. По степени тяжести:</p> <p>1. Лёгкой степени.</p> <p>2. Средней степени.</p> <p>3. Тяжёлого течения.</p> <p>VI. По наличию осложнений:</p> <p>1. Не осложнённый.</p> <p>2. Осложнённый</p> <ul style="list-style-type: none"> – Гепатит, – Панкреатит, – Дуоденит.
--	---

Клинические признаки и симптомы

1. Болевой синдром / Печёночная (желчная) колика.
2. Диспепсический синдром:
 - чувство горечи во рту,
 - изжога (дуодено-гастральный и гастро-эзофагеальный рефлюкс),
 - тошнота и рвота,
 - метеоризм,
 - диарея.
3. Воспалительно-интоксикационный синдром:
 - лихорадка,

ОАК: лейкоцитоз, \uparrow СОЭ

БХАК: \uparrow Общ. билирубин, АЛАТ, ЩФ.

Болевые симптомы:

Симптом Захарьина – боль при покалывании или надавливании на область проекции ЖП.

Симптом Ортнера – болезненность при покалывании по краю правой рёберной дуги.

Симптом Керра – болезненность при вдохе во время пальпации правого подреберья.

Симптом Мерфи – произвольная задержка дыхания на вдохе при надавливании на область правого подреберья.

Симптом Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом) – болезненность при надавливании между ножками *m. sternocleidomastoideus dexter*.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ **(ЖКБ, ХОЛЕЛИТИАЗ) K80**

Хроническое заболевание гепето-билиарной системы, обусловленное нарушением обмена ХС и/или билирубина и характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре (холецистолитиаз), общем желчном протоке (холедохолитиаз), или печёночных желчных протоках (внутрипечёночный холелитиаз).

Классификация

I. По клиническому течению:

1. Бессимптомное течение (бессимптомное камненосительство).
2. Симптоматическое неосложнённое течение.
3. Симптоматическое осложнённое течение.

II. По химическому составу желчных конкрементов:

1. Холестериновые.
2. Билирубиновые (пигментные).
3. Смешанные.
 - а) некальцифицированные,
 - б) кальцифицированные (обызвествлённые).

III. По физической структуре желчных конкрементов:

1. Микрористаллическая форма.
2. Сладж-синдром.
3. Собственно конкременты.

IV. По локализации конкрементов:

1. Конкременты в желчном пузыре.
2. Конкременты в желчных протоках.

V. По количеству конкрементов:

1. Единичные конкременты – до 3-х.
2. Множественные конкременты > 3-х.

VI. По размерам конкрементов:

1. Мелкие конкременты – до 3-х см.
2. Крупные конкременты > 3-х см.

Факторы риска

Постоянные	Изменчивые
<ol style="list-style-type: none">1. Пол – ♀.2. Возраст > 50-ти лет.3. Генетические особенности.4. Этнические особенности.	<ol style="list-style-type: none">1. Характер питания (животные жиры, ХС).2. Ожирение, Метаболический синдром.3. Голодание.4. Алкоголизм.5. Беременность.6. Заболевания печени и ЖВП.7. Лекарственные средства (Фибраты, Эстрогены и др.).

**Клинические признаки и симптомы –
см. «Холецистит», стр. 111**

Осложнения:

- Обтурационная (механическая) желтуха.
- Водянка / Эмпиема / Гангрена желчного пузыря.
- Холецистопанкреатит.
- Перфорация желчного пузыря.
- Перитонит.

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) K91.5

Условное обозначение различных нарушений, рецидивирующих болей и диспепсических проявлений, возникающих у больных после холецистэктомии.

Пример формулировки диагноза:

ЖКБ: Хронический калькулёзный холецистит, средней степени тяжести, рецидивирующее течение, в фазе обострения.

ПАНКРЕАТИТ K85-K86

Группа острых и хронических заболеваний, характеризующихся аутолизом и деструкцией поджелудочной железы и проявляющихся нарушениями её структуры и функций.

Классификация

Острый панкреатит	Хронический панкреатит
I. По происхождению: 1. Первичный. 2. Вторичный. II. Клинико-морфологические формы: 1. Интерстициально-отёчный. 2. Некротический (панкреонекроз) — жировой, — геморрагический, — смешанный. III. По распространённости процесса: 1. Очаговый. 2. Субтотальный. 3. Тотальный.	I. По этиологии: 1. Токсический (алкогольный). 2. Наследственный. 3. Аутоиммунный. 4. Обструктивный. 5. Идиопатический. II. Клинико-морфологические формы: 1. Интерстициально-отёчный. 2. Паренхиматозный. 3. Фиброзно-склеротический (индуративный). 4. Гиперпластический. 5. Кистозный. III. Фазы (стадии) заболевания: 1. Обострение (рецидив). 2. Ремиссия (латентное течение).

<p>IV. По клиническому течению:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abortивный. 2. Прогрессирующий. <p>V. По степени тяжести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лёгкой степени. 2. Средней степени. 3. Тяжёлого течения. <p>VI. По наличию осложнений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неосложнённый. 2. Осложнённый. 	<p>IV. Клинические формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Безболевая. 2. Болевая. <p>V. По степени тяжести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лёгкой степени. 2. Средней степени. 3. Тяжёлого течения. <p>VI. По наличию осложнений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неосложнённый. 2. Осложнённый.
---	---

Осложнения:

- Флегмона / Абсцесс ПЖ.
- Печёночная / Почечная недостаточность.
- Перитонит и др.

Клинические признаки и симптомы

1. Болевой синдром (левое подреберье, опоясывающая боль).
2. Диспепсический синдром:
 - отрыжка,
 - тошнота и рвота,
 - метеоризм,
 - диарея.
3. Воспалительно-интоксикационный синдром
 - лихорадка, тахикардия, ↓АД;
 - ОАК: лейкоцитоз, ↑СОЭ, Нт
 - БХАК: ↑ферментов (амилаза, трипсин, липаза), ↑АсАТ, гипергликемия, гипокальциемия.
4. Синдром экзокринной недостаточности (мальабсорбция).
5. Синдром эндокринной недостаточности (инсулит).

Болевые симптомы:

Симптом Грея-Турнера / Куллена / Хольстеда – цианоз кожи живота.

Триада Мондора – опоясывающая боль, рвота, метеоризм.

Симптом Кёрте – болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки при пальпации в области проекции ПЖ.

Симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации в левом рёберно-позвоночном углу.

Пример формулировки диагноза:

Хронический индуративный панкреатит, средней степени тяжести, рецидивирующее течение, в фазе обострения.

VI. БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

1. Мочевой синдром (нарушения состава мочи)

- олигурия, гиперстенурия,
- гематурия,
- протеинурия,
- цилиндрурия.

2. Синдром канальцевых нарушений

- полиурия, гипостенурия,
- никтурия,
- протеинурия,
- электролитные нарушения (гиперкалиемия, гипонатриемия),
- метаболический ацидоз.

3. Нефротический синдром

- отёки (анасарка, водянка серозных полостей),
- протеинурия $> 3,0$ г/сут.,
- гипопроteinемия (гипоальбуминемия),
- гиперлипидемия (\uparrow ХС, ТГ),
- гиповолемия, артериальная гипотензия.

4. Нефритический синдром

- отёки (facies nephritica – бледное, одутловатое лицо),
- олигурия,
- протеинурия,
- гематурия (моча вида «мясных помоев»),
- артериальная гипертензия (нефрогенная).

Степени протеинурии:

1. Слабо выраженная – 0,3-1,0 г/сут.
2. Умеренная – 1,0-3,0 г/сут.
3. Выявленная (массивная) $> 3,0$ г/сут.

ПИЕЛОНЕФРИТ
(ПН, ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ)
N10-N16

Неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек, характеризующееся поражением чашечно-лоханочной системы и тубулоинтерстициальной ткани (мозговое вещество) почек.

Классификация

<p>I. По патогенезу:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Первичный.2. Вторичный. <p>II. По характеру течения:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Острый – серозный, – гнойный, – некротический папиллит.2. Хронический – латентный, – рецидивирующий. <p>III. По локализации:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Односторонний.2. Двусторонний. <p>IV. По распространённости:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Сегментарный.2. Тотальный. <p>V. По клинико-патогенетическому принципу:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Внебольничный (амбулаторный).2. Внутривольничный (нозокомиальный).	<p>VI. Фазы (стадии) заболевания:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Обострение (активный ПН)2. Ремиссия (неактивный ПН) <p>VII. По функции почек:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Без нарушений функций почек.2. С нарушениями функций почек.3. ХПН. <p>VIII. По наличию осложнений:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Не осложнённый.2. Осложнённый – Паранефрит, – Гидронефроз, – Пионефроз, – Уросепсис, – Нефролитиаз (калькулёзный ПН). <p>IX. Особые клинические формы ПН:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ПН новорожденных и детского возраста.2. ПН у больных СД.3. ПН у беременных (гестационный).4. ПН пожилого и старческого возраста.
--	--

Факторы риска

1. Генетическая обусловленность.
2. Пол – ♀ (анатомио-физиологические особенности мочеполовой системы).
3. Патология почек, мочевых путей и мочевого пузыря.
4. Обменные нарушения (кристаллурия / МКБ).
5. Сахарный диабет / Метаболический синдром
6. Беременность и послеродовый период.
7. Снижение резистентности организма.
8. Действие токсических, химических (в т.ч. лекарственных средств), физических (переохлаждение, травма) факторов.

Клинические признаки и симптомы

Триада симптомов:

1. Лихорадка до 40⁰С и интоксикация,
2. Боль в поясничной области,
3. Дизурия (поллакиурия, странгурия и др.).

Воспалительно-интоксикационный синдром:

- общая слабость, быстрая утомляемость (астения, адинамия),
- головная боль,
- миалгия, артралгия,
- снижение аппетита,
- диспепсические явления (тошнота, рвота),
- тахикардия, ↑АД.

Лабораторные данные:

ОАК:

- лейкоцитоз,
- ↑СОЭ

ОАМ:

- лейкоцитурия / пиурия
- бактериурия
- протеинурия до 2,0 г/сут.

Пример формулировки диагноза:

Хронический двусторонний пиелонефрит, рецидивирующее течение, в фазе обострения. ХПН 0.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ГН) N00-N08

Иммунно-воспалительное двустороннее диффузное заболевание почек, характеризующееся поражением паренхимы (корковое и мозговое вещество) почек, с вовлечением в патологический процесс всех отделов нефрона.

Классификация

<p>I. По происхождению:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Первичный (идеопатический).2. Вторичный. <p>II. По этио-патогенезу:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Инфекционно-иммунный.2. Неинфекционно-иммунный.3. Особые формы. <p>III. По характеру течения:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Острый.2. Подострый (быстро прогрессирующий)3. Хронический — латентный, — рецидивирующий. <p>IV. По морфологическим признакам:</p> <p>A. Прролиферативные формы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Острый пролиферативный.2. Экстракапиллярный.3. Мезангиопролиферативный.4. Мезангиокапиллярный (мембранозно-пролиферативный).	<p>V. По ведущему синдрому:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Латентный (мочевой синдром).2. Гематурический (гематурия, +/- отёки).3. Гипертонический (АГ + мочевой синдром).4. Нефротический (нефротический синдром).5. Смешанный.6. Злокачественный (нефротический + нефритический синдромы)7. Терминальный (уремия). <p>VI. Фазы (стадии) заболевания:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Обострение (активный ГН) активность (I-III степени).2. Ремиссия (неактивный ГН).
---	---

<p>Б. Непролиферативные формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ГН с минимальными изменениями. 2. Мембранозный. 3. Фокально-сегментарный гломерулосклероз. 	<p>VIII. По наличию осложнений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не осложнённый. 2. Осложнённый <ul style="list-style-type: none"> – ОПН, – ОСН, – ХПН.
---	---

Клинические признаки и симптомы

1. Мочевой синдром – см. стр. 125
2. Нефротический / Нефритический синдром – см. стр. 125
3. Гипертонический синдром:
 - АГ (нефрогенная),
 - Ретинопатия,
 - Энцефалопатия,
 - Кардиопатия,
 - Нефропатия.

Лабораторные данные:

ОАК	ОАМ	БХАК
<ul style="list-style-type: none"> – лейкоцитоз, – ↑СОЭ. 	<ul style="list-style-type: none"> – протеинурия, – гематурия, – цилиндрурия. 	<ul style="list-style-type: none"> – ↑ мочевины, – ↑ креатинин, – гиперлипидемия.

Пример формулировки диагноза:

Хронический мезангиопролиферативный гломеруло-нефрит с нефротическим синдромом, в фазе обострения. ХПН II.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

(МКБ, УРОЛИТИАЗ, НЕФРОЛИТИАЗ) N20-N23

Хроническое заболевание обмена веществ, обусловленное различными эндо- и экзогенными факторами, характеризующееся образованием мочевых конкрементов в мочевыводящей системе

Классификация

I. Химическая характеристика мочевых конкрементов:

A. Неорганические конкременты:

1. Оксалатные (оксалаты) – при $\text{Ph} < 7$.
2. Фосфатные (фосфаты) – при $\text{Ph} > 7$.

B. Органические:

1. Мочекислые (ураты) – при $\text{Ph} < 7$.
2. Белковые (цистиновые, ксантиновые и др.) – при $\text{Ph} < 7$.

II. По локализации:

1. Почка (левая, правая).
2. Мочеточник (левый, правый).
3. Мочевой пузырь.

Факторы риска

A. Экзогенные факторы:

1. Климат.
2. Физико-химические свойства воды и флоры.
3. Питьевой и пищевой режим, характер питания.
4. Условия труда (тяжёлый физический труд, вредные производства и др.).
5. Особенности быта (малоподвижный образ жизни).
6. Лекарственные средства (СА, диуретики и др.).

Б. Эндогенные факторы:

Урологические факторы:	Общие факторы:
<ul style="list-style-type: none">– врождённые и приобретённые изменения почек и мочевых путей,– единственная функционирующая почка,– пузырно-мочеточниковый рефлюкс,– инфекция почек и мочевых путей,– изменения состава мочи и её физико-химических свойств.	<ul style="list-style-type: none">– эндокринно-обменные нарушения (гиперпаратиреоз, подагра),– заболевания ЖКТ, ЖВП,– алкоголизм,– саркоидоз,– лейкемия,– метастатические поражения костей.

Клинические признаки и симптомы

1. Болевой синдром.
2. Дизурия.

Лабораторные данные.

ОАМ: – лейкоцитурия / пиурия,

- гематурия,
- бактериурия,
- отхождение песка или мелких конкрементов с мочой.

Осложнения:

- Пиелонефрит (калькулёзный ПН),
- Почечная колика,
- Гидронефроз,
- Пионефроз,
- Уросепсис.

Пример формулировки диагноза:

МКБ. Множественные микролиты обеих почек.

Хронический пиелонефрит обеих почек в фазе обострения. ХПН II.

ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ПН) N17-N19

Тяжёлые нарушения функций почек с задержкой выделения из организма продуктов азотистого обмена и расстройством ВЭБ и КОР.

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ОПН)

Симптомокомплекс, характеризующейся внезапно возникшим, потенциально обратимым прекращением выделительной функции почек, проявляющийся быстро нарастающей азотемией и тяжёлыми нарушениями ВЭБ и КОР.

Классификация

I. По патогенезу:

1. Преренальная (ишемическая).
2. Ренальная (паренхиматозная).
3. Постренальная (обструктивная).

II. По морфологическим признакам:

1. Острый кортикальный (гломерулярный) некроз.
2. Острый медулярный (тубулярный) некроз.

III. Стадии ОПН (по величине диуреза):

1. Начальная (1-3 сут.).
2. Олигурическая (1-2 нед.).
3. Восстановление диуреза.
4. Полиурическая.
5. Выздоровление.

IV. По темпам прироста концентрации мочевины крови:

1. Катаболическая (> 5 ммоль/сут.).
2. Некатаболическая (< 5 ммоль/сут.).

V. По степени тяжести:

1. Лёгкая (креатинин до 200 мкмоль/л).
2. Средняя (креатинин 200-500 мкмоль/л).
3. Тяжёлая (креатинин > 500 мкмоль/л).

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ **(ХПН, ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК)**

Симптомокомплекс, возникающий в следствие хронического прогрессирующего заболевания почек, характеризующийся постепенной утратой функции почек в следствии необратимой гибели нефронов.

Классификация

Функциональные стадии ХБП по величине СКФ:

I – поражение почек с нормальной СКФ: > 90 мл/мин. (ХПН 0).

II (лёгкая) – поражение почек с незначительным снижением СКФ: 90-60 мл/мин.

III (умеренная) – поражение почек с умеренным снижением СКФ: 60-30 мл/мин.

IV (тяжёлая) – поражение почек со значительным снижением СКФ: 30-15 мл/мин.

V (терминальная / уремическая) – СКФ < 15 мл/мин. или диализ.

Лабораторные данные:

- анемия,
- гипернатриемия, гиперкалиемия, гипермагниемия, гипокальциемия,
- \uparrow мочевины, креатинин,
- метаболический ацидоз.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ (НОРМЫ)

<u>Общий анализ крови</u>	<u>Общий анализ мочи</u>
Гемоглобин (Hb., HGB), г/л мужчины: 130-160 женщины: 120-140	Суточное количество – 500-2000 мл Цвет – светло-желтый Прозрачность – полная
Эритроциты (Er., RBC), $10^{12}/л$ мужчины: 4,0-6,0 женщины: 4,0-5,0	Относительная плотность – 1010-1030
Ср. объём Эр. (MCV) 80-100 Ср. содержан. Гем. в Эр. (MCH) 24-34	Реакция (pH) – слабокислая (5,0-7,0)
Цветовой показатель (ЦП) 0,8-1,1	Белок – нет
СОЭ , мм/час мужчины: 1-10 женщины: 2-20	Глюкоза – нет
Лейкоциты (Le., WBC), $10^9/л$ 4,0-9,0	Билирубин – нет
Нейтрофилы (Ne), %: 75 юные 0-1 палочкоядерные 1-5 сегментоядерные 40-70	Кетоновые тела – нет
Базофилы (Ba.), % 0-1	Эпителий: плоский – незначительное кол-во переходный – незначительное кол-во почечный – нет
Эозинофилы (Eo.), % 1-5	Лейкоциты – 0-3 в п/зр
Лимфоциты (Lym.), % 20-40	Эритроциты – 0-2 в п/зр
Моноциты (Mon.), % 2-10	Цилиндры – нет
Тромбоциты (Tr., PLT), $10^9/л$ 200-400	Слизь – незначительное кол-во
	Бактерии – нет
	Соли – незначительное кол-во: pH = 5,0-7,0 – оксалаты pH < 5,0 – ураты pH > 7,0 – фосфаты

Биохимический анализ крови

Глюкоза – 3,0-6,0 ммоль/л

Гликозилированный HbA_{1c} – 4-6%

Холестерин (ХС) общ. –

< 5,0 ммоль/л

ЛПВП – > 1,0 ммоль/л

ЛПНП – < 3,0 ммоль/л;

ЛП(а) < 30 мг/дл

Триглицериды (ТГ) – < 2,0 ммоль/л

Белок общ. – 60-90 г/л (А-50 г/л;

Г-30 г/л)

Мочевина – 4,0-8,0 ммоль/л

Креатинин – 50-100 мкмоль/л

СРБ – отр.

ФЩ – 20-100 МЕ/л

α-Амилаза – 20-200 МЕ/л

АсАТ – < 40 МЕ/л

АлАТ – < 40 МЕ/л

КФК – 20-200 МЕ/л; МВ < 30 МЕ/л

ЛДГ – 100-400 МЕ/л

Билирубин общ. – 5-20 мкмоль/л

Фибриноген – 2,0-4,0 г/л

ПТИ – 80-100%

АЧТВ – 30-50 сек.

МНО ~ 1,0

Калий – 3,0-6,0 ммоль/л

Натрий – 130-150 ммоль/л

Кальций – 2,0-3,0 ммоль/л

Железо – 10-30 мкмоль/л

Ферритин – 20-200 мкг/л

ТТГ – 0,3-3,0 мМЕ/л

Т3св. – 5-10 пМоль/л

Т4св. – 10-20 пМоль/л

Альдостерон – 0,1-1,0 нМоль/л

Кортизол – 200-700 нМоль/л

Инсулин – 40-180 пМоль/л;

5-25 мМЕ/л

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас клинической медицины. Внешние признаки болезней. Томилов А.Ф. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013
2. Болезни сердца: Руководство для врачей. Моисеев В.С. и др. — М.: «МИА», 2008
3. Вегетативные расстройства. Под ред. Голубева В.Л. — М.: «МИА», 2010
4. Внутренние болезни 2 тома, 3-е изд. Под ред. Моисеева В.С., Мартынова А.И., Мухина Н.А. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013
5. Внутренние болезни с основами доказательной медицины. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010
6. Внутренние болезни (в таблицах и схемах): Справочник, 3-е изд. Под ред. Комарова Ф.И. — М.: «МИА», 2011
7. Внутренние болезни: Справочник практикующего врача. Тополянский А.В., Бородин В.И. — М.: «МИА», 2012
8. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, 3-е изд. Виноградов А.В. — М.: «МИА», 2009
9. Классификации и симптомы внутренних болезней. Кузнецов А.Н., Дёшин Р.Г. — «НиЖГМА», 2011
10. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Выпуск 2. Баранов А.А., Беленков Ю.Н. и др. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010
11. Международная статистическая классификация болезней (МКБ-10) — М.: «Медицина», (1999), 2003
12. Национальные руководства по основным медицинским специальностям — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012-2014
 - Кардиология / под ред. Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г., Чазова Е.И.
 - Пульмонология / под ред. Чучалина А.Г.
 - Гастроэнтерология и гепатология / под ред. Ивашкина В.Т.
 - Нефрология / под ред. Мухина Н.А.

- Эндокринология / под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А.
- Скорая медицинская помощь / под ред. Багненко С.Ф., Хубутия М.Ш.
13. Российский терапевтический справочник. Под ред. Чучалина А.Г. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008
14. Руководство по внутренним болезням. Под ред. Комарова Ф.И. – М.: «МИА», 2007
15. Руководство по кардиологии 3 тома. Под ред. Сторожакова Г.И., Горбаченкова А.А. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008
16. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. Баранов А.А., Денисов И.Н., Чучалин А.Г. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007
17. Хирургические болезни 2 тома, 2-е изд. Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Список сокращений	4
I. Болезни крови и кроветворной системы	6
Анемия.....	6
II. Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ	10
Йоддефицитные заболевания	10
Гипотиреоз	11
Гипертиреоз, Тиреотоксикоз	13
Тиреоидит.....	16
Сахарный диабет.....	16
Ожирение	20
Метаболический синдром.....	22
Гипокортицизм (Надпочечниковая недостаточность).....	23
Гиперкортицизм	24
Гиперальдостеронизм.....	25
III. Болезни сердечно-сосудистой системы	27
Нейроциркуляторная дистония	27
Сосудистая недостаточность (Обморок, Коллапс, Шок, Артериальная гипотензия)	28
Атеросклероз	32
Дислипидемии	33
Артериальная гипертензия, Гипертоническая болезнь	36
Перикардит	41
Миокардит.....	43
Дистрофия миокарда	44
Кардиомиопатия	45
Эндокардит.....	47
Приобретённые пороки сердца	49
Ишемическая болезнь сердца	53
Стенокардия.....	55

Острый коронарный синдром.....	59
Инфаркт миокарда	61
Нарушения ритма сердца	66
Лёгочная гипертензия.....	72
Сердечная недостаточность	74
IV. Болезни дыхательной системы	78
Респираторные заболевания верхних дыхательных путей (Ринит, Синусит, Фарингит, Тонзиллит, Ларингит)	78
Острый бронхит	79
Хронический бронхит	81
Пневмония	83
Бронхиальная астма.....	89
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	93
Дыхательная недостаточность	98
V. Болезни пищеварительной системы	102
«Острый живот»	102
Гастрит	102
Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки	107
Заболевания кишечника.....	111
Дисфункциональные расстройства ЖКТ и ЖВП	112
Аппендицит	114
Гепатит	116
Холецистит	118
Желчнокаменная болезнь	120
Панкреатит	122
VI. Болезни мочеполовой системы	125
Нефрологические синдромы	125
Пиелонефрит	126
Гломерулонефрит	128
Мочекаменная болезнь	130
Почечная недостаточность.....	132
Лабораторные данные (Нормы).....	134
Список литературы	136
	139

С п р а в о ч н о е и з д а н и е

Дёшин Роман Геннадьевич

**ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ
И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ.
СПРАВОЧНИК**

Художник А. Никоноров
Компьютерная верстка Е. Блиндер

Подписано в печать 13.01.2016. Формат 60х90/16.
Усл. печ. л. 8,75. Тираж 700 экз. Изд. № 54
Заказ №

Издательство «Спорт»
117218, Москва, Профсоюзная ул., д. 2, оф. 1

Телефоны отдела реализации
8-495-124-01-73
8-495-662-64-30
8-495-662-64-31

E-mail: olimppress@yandex.ru, chelovek.2007@mail.ru
www.olimppress.ru

Отпечатано с электронной версии заказчика
в типографии ООО «Красногорский полиграфический комбинат».
107140, г. Москва, пер. 1-й Красносельский, д. 3, оф. 17