Современные классификации заболеваний внутренних органов

(с примерами клинических и клинико-экспертных диагнозов)

Учебное пособие

Санкт-Петербург
СпецЛит

УДК 616.1/.4(075)
С56

Рецензенты:

В. И. Педь — доктор медицинских наук, профессор кафедры ТУВ-2 ВМедА им. С. М. Кирова; *Б. И. Шулутко* — доктор медицинских наук, профессор, президент СПбЧУВПО «Санкт-Петербургский медицинский социальный институт»; *С. Б. Шустов* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ТУВ-1 ВМедА им. С. М. Кирова

С56 **Современные классификации заболеваний внутренних органов :** учебное пособие / под ред. А. В. Гордиенко. — 3-е изд., стереотип. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 200 с.
ISBN 978-5-299-00950-7

В пособии освещены вопросы современной классификации и даны формулировки диагнозов (как клинического, так и клинико-экспертного) наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной систем, болезней крови, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани.

Пособие предназначено прежде всего для слушателей факультетов подготовки врачей вузов, но будет полезным также для врачей-интернов, ординаторов, аспирантов, врачей-специалистов.

УДК 616.1/.4(075)

СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (с примерами клинических и клинико-экспертных диагнозов)

Редактор *Атаманенко Н. Н.*
Корректор *Полушкина В. В.*
Компьютерная верстка *Габерган Е. С.*

Подписано в печать 05.03.2018. Формат $60 \times 88\ ^1/_{16}$.
Печ. л. 12,5. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел./факс: (812) 495-38-94, 495-36-12
http://www.speclit.spb.ru

Отпечатано в ГП ПО «Псковская областная типография»,
180004, г. Псков, ул. Ротная, д. 34

ISBN 978-5-299-00950-7 © ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения 7

Введение 12

Глава 1. Болезни системы кровообращения 13

Нейроциркуляторная астения (дистония) 13
Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) и симптоматические артериальные гипертензии 15
Атеросклероз и дислипидемии 26
Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия 31
Инфаркт миокарда 36
Некоронарогенные заболевания сердца 45

Миокардит 45
Миокардиодистрофии 49
Кардиомиопатии 50

Гипертрофическая кардиомиопатия 51
Дилатационная кардиомиопатия 52
Рестриктивная кардиомиопатия 53

Инфекционный эндокардит 55
Острая ревматическая лихорадка (ревматизм) 62

Приобретенные пороки сердца 66
Аритмии 68
Хроническая сердечная недостаточность (недостаточность кровообращения) 74
Легочное сердце 78

Глава 2. Болезни органов дыхания 81

Хронический бронхит 81
Хроническая обструктивная болезнь легких 83
Пневмонии 91
Бронхиальная астма 95
Интерстициальные заболевания легких 100

Глава 3. Болезни органов пищеварения 108

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 108
Хронический гастрит 110
Язвенная болезнь 112
Воспалительные заболевания кишечника 114

Болезнь Крона 114
Язвенный колит 116

Синдром раздраженного кишечника 117

Билиарная патология 119
Функциональные расстройства 119
Хронический бескаменный холецистит 120
Желчнокаменная болезнь 122
Целиакия 123
Болезнь Уиппла (интестинальная липодистрофия) 124
Хронический панкреатит 125
Хронические заболевания печени 131
Хронические гепатиты 131
Цирроз печени 134

Глава 4. Болезни мочевыделительных органов 137

Гломерулонефриты 137
Хронический пиелонефрит 144
Тубулоинтерстициальный нефрит 145
Диабетическая нефропатия 147
Хроническая болезнь почек 147

Глава 5. Болезни крови и кроветворных органов 153

Анемии 153
Железодефицитные анемии 156
Мегалобластные анемии 157
Апластическая анемия 157
Гемолитические анемии 158
Геморрагические диатезы 159
Гемофилии 160
Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) 160
Болезнь Виллебранда 161
Геморрагический васкулит 161
Болезнь Рандю — Ослера 162
Онкогематологические заболевания (гемобластозы) 163
Острые лейкозы 163
Хронические лейкозы 165
Лейкозы миелоидного ростка кроветворения (хронические миелопролиферативные заболевания) 166
Хронический миелолейкоз 166
Истинная полицитемия 167
Лейкозы лимфоидного ростка кроветворения (хронические лимфопролиферативные заболевания) 168
Хронический лимфолейкоз 168
Плазмоцитарные опухоли 169

Множественная миелома 169
Лимфомы 170
Лимфогранулематоз 172

Глава 6. Болезни эндокринной системы 174

Сахарный диабет 174
Болезни щитовидной железы 179
Тиреотоксический синдром 179
Диффузный токсический зоб 180
Синдром гипотиреоза 181
Ожирение 183

Глава 7. Болезни опорно-двигательной системы и соединительной ткани 185

Системная красная волчанка 185
Системная склеродермия 186
Дерматомиозит 189
Ревматоидный артрит 190
Остеоартроз 192
Подагра 194
Реактивный артрит 195

Литература 198

Приложения 199
Приложение 1. Требования к формулировке клинического диагноза . . . 199
Приложение 2. Требования к клинико-экспертному диагнозу 200

Глава 1
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Нейроциркуляторная астения (дистония)

МКБ-10:
F 45 Нейроциркуляторная астения.

Определение

Нейроциркуляторная астения (НЦА) (дистония) — полиэтиологическое состояние, характеризующееся дисфункцией вегетативной нервной системы и полисиндромными функциональными нарушениями со стороны практически всех систем организма (преимущественно сердечно-сосудистой).

Рабочая классификация нейроциркуляторной астении (дистонии)

(Савицкий Н. Н., 1954; с дополнениями по:
Ханина С. Б., Ширинская Г. И., 1971;
Покалев Г. М., Трошин В. Д., 1977; Максимов В. А., 1978)

I. ПЕРВИЧНАЯ:

Этиология: инфекция, психическая травматизация, нервные перегрузки, физические факторы.

Патогенез: кортиковисцеральные механизмы, дисфункция адаптивной системы организма.

Клинические варианты: кардиальный, гипертензивный, гипотензивный.

Фаза заболевания: обострение, ремиссия.

II. ВТОРИЧНАЯ:

Этиология: заболевания центральной нервной и периферической системы, эндокринной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата.

Патогенез: определяется основным заболеванием.

Клинические варианты: смешанный; редкие формы (синдром каротидного синуса, синдром Рейно, аритмии сердца, обморок, коллапс, ангионевротическая стенокардия).

Фаза заболевания: обострение, ремиссия.

Классификация нейроциркуляторной астении (дистонии)
(Маколкин В. И., 1999)

Этиологические формы: психогенная (невротическая); инфекционно-токсическая; связанная с физическим перенапряжением; смешанная; эссенциальная (наследственно-конституциональная); обусловленная физическими и психоэмоциональными факторами.

Клинические синдромы: кардиальный; вазомоторный; церебральный; периферический; астеноневротический; синдром нарушения терморегуляции; синдром респираторных расстройств; синдром желудочно-кишечных расстройств; синдром половых дисфункций.

Вегетативные кризы: вагоинсулярный; симпатоадреналовый; смешанный.

Фаза (период): обострение; ремиссия.

Степень тяжести: легкая; средняя; тяжелая.

В целях военно-врачебной экспертизы выделяют формы НЦА с нестойкими, стойкими умеренно выраженными и стойкими значительно выраженными вегетативно-сосудистыми нарушениями.

Примеры формулировки диагноза

1. Основное заболевание: нейроциркуляторная астения гипертензивного типа с лабильными гипертензивными реакциями и симпатоадреналовыми кризами.

Клинико-экспертный диагноз: нейроциркуляторная астения гипертензивного типа при стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах.

2. Основное заболевание: нейроциркуляторная астения гипотензивного типа с рецидивирующими нейрорефлекторными обмороками и вагоинсулярными кризами.

Клинико-экспертный диагноз: нейроциркуляторная астения гипотензивного типа при стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах.

3. Основное заболевание: нейроциркуляторная астения смешанного типа с умеренно выраженным кардиалгическим синдромом и нарушениями сердечного ритма и проводимости по типу редкой мономорфной желудочковой экстрасистолии.

Клинико-экспертный диагноз: нейроциркуляторная астения смешанного типа при нестойких умеренно выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах.

Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) и симптоматические артериальные гипертензии

МКБ-10:

I 10—I 15 — болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Определение

Гипертоническая болезнь — сердечно-сосудистое заболевание, характеризующееся относительно длительным повышением АД, не связанным с первичным органическим поражением органов и систем, ответственных за регуляцию АД. Гипертоническая болезнь (эссенциальная АГ) — хроническое заболевание, в основе которого лежит нарушение регуляции сосудистого тонуса у генетически предрасположенных к этому людей при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды.

Об АГ принято говорить при достаточно регулярном выявлении АД более 140 и (или) 90 мм рт. ст. Критерием диагноза АГ является регистрация повышенного систолического АД (САД) и (или) диастолического АД (ДАД) не менее чем в двух случаях из трех при посещении врача с интервалом в 1 нед. при соблюдении всех стандартов измерения АД.

Классификация гипертонической болезни по стадиям (ВОЗ, 1996)

I стадия — отсутствуют физикальные и лабораторно-инструментальные признаки поражения органов-мишеней.

II стадия — присутствуют физикальные и лабораторно-инструментальные признаки неосложненного, в том числе бессимптомного поражения органов-мишеней:

— гипертрофия левого желудочка (ЛЖ);
— сужение артерий сетчатки глаз;
— микроальбуминурия (30—300 мг/сут);
— протеинурия (> 300 мг/сут);
— повышение уровня креатинина в крови (1,2—2,0 мг/дл);
— ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклероза аорты и коронарных, сонных, периферических артерий.

III стадия — имеются осложнения со стороны органов-мишеней, обусловленные АГ (в том числе ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания):

— инфаркт миокарда; тяжелая стенокардия;
— застойная сердечная недостаточность;
— инсульт, выраженная энцефалопатия;
— кровоизлияние в сетчатку глаза, отек соска зрительного нерва;

— первично сморщенная почка, тяжелая ХПН (уровень креатинина в крови > 2 мг/дл);

— расслаивающая аневризма аорты.

Классификация уровней артериального давления и степеней артериальной гипертензии у лиц в возрасте 18 лет и старше

(Всероссийское научное общество кардиологов по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2008 (третий пересмотр); Европейское общество по артериальной гипертензии, 2007**)**

Категория АД	Уровень АД	
	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	120—129	80—84
Повышенное нормальное АД	130—139	85—89
Гипертензия 1-й степени	140—159	90—99
Гипертензия 2-й степени	160—179	100—109
Гипертензия 3-й степени	⩾ 180	⩾ 110
Изолированная систолическая гипертензия	⩾ 140	< 90

Определение артериальной гипертензии по офисным и внеофисным значениям артериального давления

Категория АД	САД, мм рт. ст.	И/или	ДАД, мм рт. ст.
Офисное	⩾ 140	и/или	⩾ 90
Амбулаторное: дневное (бодрствование) ночное (сон) суточное	 ⩾ 135 ⩾ 120 ⩾ 130	 и/или и/или и/или	 ⩾ 85 ⩾ 70 ⩾ 80
Домашнее	⩾ 135	и/или	⩾ 85

Факторы, определяющие риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с гипертензией
(Европейское общество по артериальной гипертензии, 2013)

Факторы риска
Мужской пол
Возраст (⩾ 55 лет у мужчин, ⩾ 65 лет у женщин)
Курение
Дислипидемия:
общий холестерин > 4,9 ммоль/л (190 мг/дл) и/или
холестерин липопротеинов низкой плотности > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл) и/или
холестерин липопротеинов высокой плотности: < 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) у мужчин, < 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) у женщин и/или
триглицериды > 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
Глюкоза плазмы натощак 5,6—6,9 ммоль/л (102—125 мг/дл)
Нарушение толерантности к глюкозе
Ожирение [ИМТ ⩾ 30 кг/м^2]
Абдоминальное ожирение (окружность талии) (для лиц европейской расы): ⩾ 102 см у мужчин, ⩾ 88 см у женщин
Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний: < 55 лет у мужчин, < 65 лет у женщин
Бессимптомное поражение органов-мишеней
Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) ⩾ 60 мм рт. ст.
Электрокардиографические признаки ГЛЖ: индекс Соколова — Лайона > 3,5 мВ; RaVL > 1,1 мВ; индекс Корнелла > 2440 мм × мс
Эхокардиографические признаки ГЛЖ [ИММЛЖ: > 115 г/м^2 у мужчин, > 95 г/м^2 у женщин (ППТ)][1]

[1] Риск максимален при концентрической ГЛЖ: повышение ИММЛЖ при отношении толщины стенки к конечно-диастолическому размеру (КДР) ЛЖ, равном 0,42.

Окончание таблицы

Бессимптомное поражение органов-мишеней
Утолщение стенки сонных артерий (комплекс интима—медиа > 0,9 мм) или бляшка
Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10 м/с
Лодыжечно-плечевой индекс < 0,9
ХБП с рСКФ 30—60 мл/мин/1,73 м^2
Микроальбуминурия (30—300 мг/сут) или соотношение альбумина и креатинина (30—300 мг/г; 3,4—34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи)
Сахарный диабет
Глюкоза плазмы натощак ⩾ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) при двух измерениях подряд и/или
HbA1c > 7 % (53 ммоль/моль) и/или
Глюкоза плазмы после нагрузки > 11,0 ммоль/л (198 мг/дл)
Уже имеющиеся сердечно-сосудистые или почечные заболевания
Цереброваскулярная болезнь: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака
ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ
Сердечная недостаточность, включая сердечную недостаточность с сохранной фракцией выброса
Клинически манифестное поражение периферических артерий
ХБП с рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м^2; протеинурия (> 300 мг/сут)
Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва

Примечание. ИМТ — индекс массы тела; АД — артериальное давление; АКШ — аортокоронарное шунтирование; ИБС — ишемическая болезнь сердца; ХБП — хроническая болезнь почек; рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации; HbA1c — гликированный гемоглобин; ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка; МЛЖ — масса левого желудочка; ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство

Критерии стратификации суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений
(Европейское общество по артериальной гипертензии, 2013)

Категория сердечно-сосудистого риска	Диагностические критерии
Обычный риск	Нормальное или высокое нормальное АД при отсутствии факторов сердечно-сосудистого риска (мужской пол, возраст, отягощенная наследственность, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, ожирение, курение)
Низкий добавочный риск	1-я степень АГ при отсутствии факторов риска; нормальное или высокое нормальное АД в сочетании с 1—2 факторами риска
Средний добавочный риск	2-я степень АГ при отсутствии факторов риска; 1—2-я степень АГ в сочетании с 1—2 факторами риска
Высокий добавочный риск	3-я степень АГ при отсутствии факторов риска; АГ 1—2-й степени или высокое нормальное АД в сочетании с бессимптомным поражением органа-мишени или метаболическим синдромом, или неосложненным сахарным диабетом
Очень высокий добавочный риск	3-я степень АГ в сочетании с 1—2 факторами риска; АГ 3-й степени в сочетании с субклиническим поражением органа-мишени или метаболическим синдромом, или сахарным диабетом; любой уровень АД в сочетании с ассоциированным сердечно-сосудистым заболеванием или хронической болезнью почек, или осложненным сахарным диабетом

Примечание. Вероятность возникновения сердечно-сосудистых осложнений (обычно оценивается по риску развития инсульта или инфаркта миокарда за последующие 10 лет) у лиц с низким добавочным риском составляет менее 15 %, у лиц со средним добавочным риском — 15—20 %, у лиц с высоким добавочным риском — 20—30 %, у лиц с очень высоким добавочным риском — 30 % и выше.

Комментарий

В соответствии с классификациями ВОЗ (1962, 1977, 1996) выделяют три стадии гипертонической болезни. Стадийность заболевания определяется исходя из характера и степени поражения так называемых органов-мишеней.

О первой стадии гипертонической болезни свидетельствует факт неоднократно выявляемых повышенных величин АД (независимо от абсолютных значений) без субклинического или симптомного

поражения сердца, головного мозга, почек, магистральных и периферических артерий, глазного дна. Вторая стадия гипертонической болезни предполагает наличие субклинического поражения органов-мишеней. Третья стадия заболевания характеризуется осложненным поражением органов-мишеней.

В более новых классификациях экспертов ВОЗ совместно с экспертами Международного общества гипертензии (1999), экспертов Европейского общества по артериальной гипертензии (2007, 2013), Всероссийского общества артериальной гипертензии (2008) не предусматривается использование стадийности в течении данного заболевания, а акцентируется внимание на важности стратификации уровней АД в сочетании с оценкой факторов сердечно-сосудистого риска, признаков поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний, хронической болезни почек и сахарного диабета. Эксперты указанных организаций обращают внимание на результаты Фремингемского исследования, в котором было обнаружено, что у больного АГ риск развития сердечно-сосудистых осложнений за последующие 10 лет наблюдения зависит не только от степени повышения АД и выраженности поражения органов-мишеней, но и от других факторов риска и ассоциированных клинических состояний.

Наличие у пациента с гипертензией 3-й степени повышения АД признаков субклинического или симптомного поражения органов-мишеней, метаболического синдрома, сахарного диабета предопределяет принадлежность к категории высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска.

В зависимости от величин ИММЛЖ и относительной толщины стенки ЛЖ выделяют четыре различных типа геометрической адаптации ЛЖ к гипертензии:

1) концентрическая гипертрофия ЛЖ (ИММЛЖ $\geqslant$ 115 г/м^2 у мужчин, $\geqslant$ 95 г/м^2 у женщин, ОТС $\geqslant$ 0,42 ед.);

2) эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ИММЛЖ $\geqslant$ 115 г/м^2 у мужчин, $\geqslant$ 95 г/м^2 у женщин, ОТС < 0,42 ед.);

3) концентрическое ремоделирование ЛЖ (ОТС $\geqslant$ 0,42 ед. при нормальном ИММЛЖ);

4) нормальная геометрия ЛЖ (нормальные показатели ИММЛЖ, ОТС < 0,42 ед.).

Гипертензивное ремоделирование ЛЖ сопровождается снижением ранней скорости его *диастолического наполнения* (*e'*), определенной методом тканевой допплерографии. Диагностика и определение выраженности диастолической дисфункции ЛЖ основаны на показателе e' (среднее из показателей в септальной и латеральной части митрального отверстия) и дополнительных измерениях,

включая отношение *трансмитрального наполнения* (*E*) к *e*' (соотношение *E/e*') и размер левого предсердия (ЛП). Отношение *E/e*' характеризует увеличение давления наполнения ЛЖ. Прогностическое значение скорости *e*' у больных АГ общепризнано, а значение отношения *E/e*' > 13 ассоциировано у больных АГ с повышением сердечного риска, независимо от массы миокарда ЛЖ и относительной толщины его стенки (ОТС). Наиболее надежным показателем, характеризующим величину ЛП, считается индекс объема этой камеры сердца, индексированный по площади поверхности тела. Показано, что индекс объема ЛП > 34 мл/м^2 служит независимым предиктором смерти, сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и ишемического инсульта.

Граничные величины, характеризующие левожелудочковую гипертрофию и диастолическую дисфункцию
(по: Lang R. M. [et al.], 2006; Nagueh S. F. [et al.], 2009)

Показатель	Отклонение от нормы
ИММЛЖ, г/м^2	> 95 (женщины) > 115 (мужчины)
ОТС ЛЖ (ед.)	> 0,42
Диастолическая функция:	
септальная скорость *e*' (см/с)	< 8
латеральная скорость *e*' (см/с)	< 10
давление наполнения ЛЖ: среднее отношение *E/e*' (ед.)	⩾ 13
индекс объема ЛП (мл/м^2)	⩾ 34

Гипертоническая ангиопатия сетчатки
(Классификация Кейта — Вегенера, 1939)

I стадия — минимальное сегментарное или диффузное сужение артерий сетчатки.

II стадия — более отчетливое сужение просвета этих сосудов, умеренное утолщение их стенок; сдавление вен уплотненными артериолами (феномен перекреста); извилистость и расширение вен.

III стадия — выраженный склероз и сужение артериол; очаги кровоизлияний.

IV стадия — признаки предыдущей стадии, а также отек сосков зрительных нервов, отек сетчатки и иногда ее отслойка.

Примеры формулировки диагноза

1. Основное заболевание: гипертоническая болезнь I стадии, артериальная гипертензия 1 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений средний.

Клинико-экспертный диагноз: гипертоническая болезнь I стадии, артериальная гипертензия 1 степени.

2. Основное заболевание: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений высокий, атеросклероз аорты, сонных артерий. Осложнения: хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия I.

Клинико-экспертный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2 степени. Атеросклероз аорты без признаков хронической сердечной недостаточности. Атеросклероз сонных артерий без гемодинамических нарушений. Хроническая болезнь почек стадия С2А2 без хронической почечной недостаточности.

3. Комбинированное основное заболевание:

Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный крупноочаговый (*Q*-инфаркт миокарда неизвестной давности) кардиосклероз.

Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий.

Осложнения основного заболевания: хроническая сердечная недостаточность II ФК, IIА стадии.

Клинико-экспертный диагноз: ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный крупноочаговый (*Q*-инфаркт миокарда неизвестной давности) кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Хроническая сердечная недостаточность II ФК.

Классификация симптоматических АГ

(конференция Минздрава СССР по гипертонии, 1951 г., с дополнениями)

1. **Почечные:**

1.1. Ренопаренхиматозные (острый и хронический гломерулонефрит; хронический интерстициальный нефрит; пиелонефрит; поликистоз почек; диабетическая нефропатия; гипоплазия почки; подагрическая нефропатия; системная красная волчанка; системная склеродермия; амилоидоз почек; опухоли почек; туберкулез почек; травмы почек).

1.2. Реноваскулярные (фибромускулярная дисплазия почечной артерии; атеросклероз почечной артерии, неспецифический аортоар-

териит; узелковый полиартериит; гематомы и опухоли, сдавливающие почечную артерию, и др.).

2. Эндокринные (феохромоцитома; синдром Иценко — Кушинга; первичный гиперальдостеронизм; тиреотоксикоз; гипотиреоз; гипопаратиреоз; гиперпаратиреоз; акромегалия; пролактинома, ренинома).

3. Гемодинамические (коарктация аорты; недостаточность клапана аорты; полная АВ-блокада).

4. Нейрогенные (сосудистые заболевания и опухоли ЦНС; синдром Пейджа; диэнцефальный синдром; травмы мозга).

5. Медикаментозная гипертензия (пероральные контрацептивы; глюкокортикоиды; нестероидные противовоспалительные препараты, адреномиметики, препараты корня солодки, лакрицы).

6. Особые формы симптоматических АГ (у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких; при эритремии; при злоупотреблении поваренной солью).

Признаки, наличие которых требует особо тщательного исключения симптоматических АГ:

- дебют заболевания в возрасте больного моложе 20 и старше 60 лет;
- остро возникшее и стойкое повышение АД;
- очень высокое АД;
- злокачественное течение АГ;
- наличие кризов с клиникой симпато-адреналового возбуждения;
- указание на любое заболевание почек в анамнезе;
- возникновение АГ в период первого триместра беременности.

Ниже приведены наиболее характерные клинико-диагностические проявления некоторых симптоматических артериальных гипертензий.

Признаки, характерные для первичного гиперальдостеронизма:

- выраженная мышечная слабость;
- преимущественно диастолический характер гипертензии;
- гипокалиемия (менее 3,5 ммоль/л);
- высокий уровень альдостерона сыворотки крови;
- низкий уровень активности ренина плазмы;
- высокое альдостерон-ренинoвое соотношение;
- выявление достоверной асимметрии секреции альдостерона при катетеризации левой и правой надпочечниковых вен;
- полиурия, никтурия, изогипостенурия, щелочная реакция мочи;

— данные компьютерной томографии и ультразвукового исследования надпочечников.

Признаки, характерные для синдрома эндогенного гиперкортицизма (Иценко — Кушинга):

— умеренная мышечная слабость;
— изменение внешнего вида (центрипитальное ожирение, лунообразное лицо, гирсутизм, *striae rubrum*, вульгарные угри);
— умеренная систоло-диастолическая артериальная гипертензия;
— повышенная суточная экскреция кортизола с мочой;
— повышение содержания кортизола в крови и нарушение циркадного ритма секреции этого гормона;
— положительные «малый» и, возможно, «большой» дексаметазоновый тесты;
— данные рентгенографии черепа и компьютерной (магнитно-резонансной) томографии турецкого седла;
— данные компьютерной (магнитно-резонансной) томографии, ультразвукового исследования и радиоизотопной сцинтиграфии надпочечников;
— рентгенография позвоночника (выраженный остеопороз).

Признаки, характерные для феохромоцитомы:

— артериальная гипертензия с периодическими (постоянными) подъемами АД до очень высоких цифр;
— наличие кризов, сопровождающихся сердцебиением, потливостью, тремором, тошнотой, расширением зрачков;
— высокий уровень катехоламинов в крови и их метаболитов в моче;
— высокий уровень метанефринов крови;
— данные компьютерной (магнитно-резонансной) томографии, ультразвукового исследования и радиоизотопной сцинтиграфии надпочечников;
— положительный эффект при проведении провокационных (инсулин, гистамин и др.) и адренолитических (празозин, фентоламин, тропафен) тестов;
— положительный тест с клонидином (пероральный прием 0,3 мг клонидина не вызывает снижения уровня норадреналина в крови).

Признаки, характерные для ренопаренхиматозной АГ:

— «жесткий» стабильный гипертензионный синдром;
— указание на наличие заболевания почек в анамнезе, нефропатию беременных и врожденные болезни почек у родственников;

— наличие мочевого и нефротического синдромов;
— патологические изменения по данным почечных проб Нечипоренко, Реберга, Зимницкого;
— патологические изменения по данным компьютерной (магнитно-резонансной) томографии, ультразвукового исследования почек;
— патологические изменения по данным пункционной биопсии почек.

Признаки, характерные для реноваскулярной АГ:

— «жесткий» стабильный гипертензионный синдром, резистентный к гипотензивной терапии;
— начало АГ в возрасте раньше 20 и старше 60 лет;
— явно прогрессирующее течение гипертензии;
— сосудистый шум в проекции почечной артерии;
— положительная проба с каптоприлом (превышение активности ренина венозной плазмы на 4 нг/мл/ч и более через 60 мин после приема 25 мг каптоприла в горизонтальном положении);
— градиент активности ренина плазмы более 1,5 между правой и левой почечными венами;
— асимметрия почек по данным ультразвукового исследования, внутривенной урографии, радионуклидной ренографии;
— признаки стенозирования почечных артерий по данным допплерографии и ангиографии.

Признаки, характерные для коарктации аорты:

— повышение АД на верхних и снижение его на нижних конечностях (в норме АД на ногах на 30—40 мм рт. ст. выше, чем на руках) у пациента юношеского и молодого возраста;
— ослабление пульсации периферических артерий нижних конечностей;
— хорошее развитие мышц плечевого пояса и атрофия мышц нижних конечностей;
— интенсивный систолический шум на основании сердца, выслушиваемый над грудным отделом аорты спереди и сзади (в межлопаточной области);
— сужение соответствующего отрезка аорты по данным аортографии, спиральной компьютерной томографии.

Примеры формулировки диагноза

1. Основное заболевание: хронический мезангиопролиферативный гломерулонефрит (МзПГН), симптоматическая артериальная гипертензия 2 степени. Осложнения: хроническая болезнь почек ста-

дия С2А2, хроническая сердечная недостаточность I ФК, I стадии.

Клинико-экспертный диагноз: хронический мезангиопролиферативный гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия 2 степени. Хроническая болезнь почек стадия С2А2 без хронической почечной недостаточности. Хроническая сердечная недостаточность I ФК.

2. Основное заболевание: фибромускулярная дисплазия правой почечной артерии, сформировавшаяся вторично сморщенная правая почка, симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени.

Осложнения: хроническая болезнь почек стадия С3аА2, хроническая почечная недостаточность I стадии.

Клинико-экспертный диагноз: фибромускулярная дисплазия правой почечной артерии, сформировавшаяся вторично сморщенная правая почка с умеренным нарушением (или без нарушения) функции левой почки, симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени. Хроническая болезнь почек стадия С3аА2, хроническая почечная недостаточность I стадии.

Атеросклероз и дислипидемии

МКБ-10:
I 70 Атеросклероз.
I 79 Генерализованный и неуточненный атеросклероз.
E 78 Нарушения обмена липопротеидов и другие липидемии.

Определение

Атеросклероз — это хроническое заболевание, характеризующееся поражением артерий в виде очаговых отложений липидов и белков в интиме сосудов и реактивной клеточной реакции их стенки, вызывающих сужение их просвета и нарушающих физиологические функции пораженных артерий, что приводит к общим расстройствам кровообращения. Термин «атеросклероз» имеет греческое происхождение: «атеро» — кашица и «склероз» — затвердевшая, что отражает морфологию атеросклеротической бляшки — уплотнение интимы и отложение в ней липидов.

Факторы риска развития атеросклероза

1. Немодифицируемые (неизменяемые) факторы риска:
— возраст старше 50—60 лет;
— пол (мужской);
— отягощенная наследственность.
2. Модифицируемые (изменяемые):
— дислипопротеидемия;

— артериальная гипертензия (АГ);
— курение;
— ожирение;
— нарушение углеводного обмена (гипергликемия, сахарный диабет);
— гипергомоцистеинемия;
— гиподинамия;
— нерациональное питание;
— воспаление;
— инфекции и др.

В МКБ-10 атеросклероз рассматривается в разделе «Болезни артерий, артериол и капилляров», который включает рубрики I 70—I 79.

Другие клинически важные формы атеросклероза включены в другие разделы:

I 67.2 Атеросклероз церебральных артерий.

K 55.1 Атеросклероз мезентериальных артерий.

Атеросклероз коронарных артерий фактически представлен в рубриках I 20—I 25 (Ишемическая болезнь сердца).

По-прежнему заслуживает внимания классификация атеросклероза А. Л. Мясникова, предложенная еще в 1965 г. Она удачно отражает стадии, формы и локализацию процесса.

Классификация атеросклероза А. Л. Мясникова (1965)

I. Формы атеросклероза:
1. Атеросклероз.
2. Кальциноз артерий.
3. Артериолосклероз.
4. Возрастные уплотнения артерий.
5. Хронические артерииты с переходом в склероз.

II. Формы атеросклероза по происхождению:
А. Гемодинамические:
а) при гипертонической болезни;
б) при ангиоспазмах;
в) при других вазомоторных нарушениях.
Б. Метаболические:
а) при конституционально-наследственных нарушениях липидного обмена;
б) при алиментарных нарушениях;
в) при эндокринных заболеваниях (сахарном диабете, гипотиреозе, недостаточности половых желез).
В. Смешанные.

III. Локализация:
— атеросклероз коронарных артерий;