

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО
З КАРДІОМЕГАЛІЄЮ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З КАРДІОМЕГАЛІЄЮ
(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)

Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 від 21.02.2019.

ХАРКІВ
ХНМУ
2019

Ведення хворого з кардіомегалією (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами) : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. : О. Я. Бабак, Л. І. Овчаренко, М. І. Кліменко та ін. – Харків: ХНМУ, 2019. – 12 с.

Упорядники О. Я. Бабак
 Л. І. Овчаренко
 М. І. Кліменко
 В. І. Молодан
 Г. Ю. Панченко
 Е. Ю. Фролова
 К. А. Лапшина
 М. І. Візір

1. Кількість годин: 5, СРС – 3.

2. Матеріальне та методичне забезпечення теми:

- негатоскоп, мультимедійний апарат;
- хворі на ішемічну хворобу серця, з вадами серця, ексудативним перикардитом, міокардитом, кардіоміопатіями, артеріальною гіпертензією;
- історії хвороби;
- набір аналізів;
- таблиці;
- слайди;
- набори ЕКГ;
- набори ЕхоКГ;
- набори рентгенограм.

3. Обґрунтування теми

Кардіомегалія, як правило, є результатом хронічного процесу різної етіології, все це обумовлює пильну увагу лікарів усіх спеціальностей до вивчення етіології, своєчасної діагностики та лікування різних уражень серця. Крім того, необхідно пам'ятати, що хронічне ураження серця, що супроводжується збільшенням розмірів серця, характерно для цілого ряду захворювань і вимагає ретельної диференційної діагностики.

4. Мета заняття

Загальна: оволодіння (удосконалення) методами обстеження для визначення причини кардіомегалії у хворих; діагностика і лікування захворювань, що супроводжуються кардіомегалією, надання допомоги.

Конкретна: передбачає обсяг обстеження хворого на рівні практичної підготовки лікаря.

Студент повинен знати:

- визначення, етіологію і фактори ризику розвитку кардіомегалії;
- сучасну класифікацію кардіомегалій;
- клінічні прояви, ускладнення, методи діагностики і диференційний діагноз кардіомегалій;
- принципи сучасної диференційованої терапії кардіомегалій;
- профілактику, реабілітацію хворих з кардіомегалією.

Студент повинен вміти:

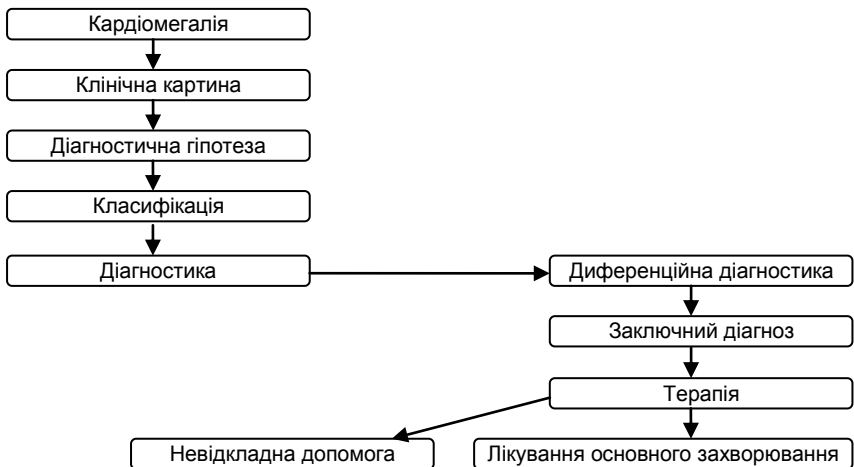
- провести розпитування хворого і виявити фактори ризику розвитку кардіомегалії;
- провести об'єктивне обстеження хворого з аналізом і синтезом отриманих при цьому даних, обґрунтуванням попереднього діагнозу;
- обґрунтовано скласти діагностичну програму і чітко уявляти, яких результатів можна очікувати від призначених методів обстеження і значення отриманих даних для встановлення клінічного діагнозу;
- провести диференційний діагноз з урахуванням провідного діагностичного синдрому – кардіомегалії;

- визначити тактику ведення хворих при невідкладних станах, що виникають при кардіомегалії;
- орієнтуватися в питаннях профілактики кардіомегалії;
- визначити прогноз при кардіомегалії.

Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову серцево-судинної, нервової, ендокринної систем	
Фізіологія	Фізіологію кровообігу, нервової та ендокринної систем	
Патофізіологія	Патогенетичні механізми розвитку кардіомегалії	
Пропедевтика внутрішньої медицини	Навички фізичного обстеження хворого, демонструвати вміння володіти ними	Діагностувати, інтерпретувати дані ЕКГ, рентгенологічних досліджень скласти схему лікування при хронічній серцевій недостатності
Фармакологія	Класифікацію, фармакокінетику и фармакодинаміку, показання та протипоказання для призначення препаратів, що застосовуються при хронічній серцевій недостатності	

5. Граф логічної структури теми



Орієнтована карта роботи студентів:

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- б) вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
- в) призначення лікування, виписування рецептів (знання механізму дії ліків);
- г) вибір методу фізіотерапевтичного лікування;
- д) визначення прогнозу та працездатності хворого;
- ж) визначення групи інвалідності;
- з) профілактика захворювання.

Зміст теми

Кардіомегалія – загальноприйнятий термін для позначення збільшеного серця. Збільшені можуть бути одна або всі чотири камери. Розміри і конфігурація серця у здорових осіб варіюють залежно від конституції, геометрії грудної клітки, асиметричності розташування серця в грудній клітці, фази дихання під час дослідження, методу оцінки розмірів серця. Невеликі розміри серця не завжди є показником норми, так само як і "збільшене серце" саме по собі не означає наявності захворювань міокарда або ураження клапанів серця. Кардіомегалію виявляють при фізикальному обстеженні або частіше при рентгенографії грудної клітки. Зазвичай збільшення серця виявляють тільки після розширення порожнин. Виражена гіпертрофія шлуночків без розширення порожнин може маскуватися під виглядом нормального серця. При виявленні кардіомегалії лікар повинен визначити причини і оцінити фізіологічні наслідки цього збільшення.

Причини виникнення. Вроджена (ідіопатична) кардіомегалія, як правило, обумовлена спадковими факторами. Прогноз при цій патології несприятливий. Набута кардіомегалія може виникати внаслідок різних захворювань як серцево-судинної системи, так і інших органів і систем, але найбільш часто вона спостерігається при артеріальній гіпертонії, ішемічній хворобі серця, вроджених і набутих вадах серця, при міокардиті, пневмосклерозі, емфіземі легень.

Симптоми кардіомегалії, які може виявити хворий, не є специфічними. Основні прояви даної патології – болі в ділянці серця, тахікардія, задишка, швидка втомлюваність, набряки. Протягом дуже довгого часу кардіомегалія може протікати взагалі безсимптомно, або "затінюватися" симптомами інших захворювань. Так, пацієнти не надають значення появи задишки і стомлюваності при фізичному навантаженні, пояснюючи це втратою форми через сидячу роботу, курінням, іншими причинами. Саме тому досить часто кардіомегалію виявляють випадково, при обстеженні з приводу інших захворювань.

Діагностика

Лікар може запідозрити кардіомегалію, виявивши характерні для цієї патології шуми в серці, випинання при пальпації, певні ознаки на ЕКГ. Зміну розмірів серця зазвичай буває чітко видно на рентгенівському знімку, проте найповнішу і надійнішу інформацію дає ехокардіографія (УЗД серця), яка також у багатьох випадках дозволяє визначити причину виникнення цієї патології.

Причини виникнення. Перелік основних захворювань і патологічних станів, що проявляються кардіомегалією

1. Хвороби міокарда:

- 1) міокардити, міокардіосклероз, міокардоз;
- 2) гіпертонічна хвороба і вторинні гіпертензії;
- 3) перикардити (ексудативні);
- 4) легеневе серце (гостре, підгостре, хронічне);
- 5) кардіоміопатії.

2. Кардіомегалії, обумовлені ураженням клапанного апарату серця:

- 1) мітральні вади серця;
- 2) трикуспідальні вади серця;
- 3) аортальні вади серця.

3. Вроджені вади серця з ознаками кардіомегалії:

- 1) синдром Лотамбате;
- 2) дефект міжпередсердної перегородки;
- 3) Пентада Фалло

Характеристика кардіомегалій залежно від етіології

Міокардит – це запальне враження міокарда. Найбільш частою причиною є вірусна інфекція, при цьому на долю вірусу Коксакі приходиться від 30 до 50 % усіх міокардитів.

Особливістю вірусних міокардитів є різкі порушення в мікроциркуляторному руслі, розвиток мікротромбозів, осередки некрозу кардіоміоцитів, які заміщуються фіброзною тканиною.

На першому місці в клінічній картині – ознаки серцевої недостатності (задишка, тахікардія, набряки). Виділяють такі синдроми: кардіомегалія, порушення ритму (миготлива аритмія, шлуночкова екстрасистолія), порушення провідності (блокади), а також кардіалгії.

Критерії діагнозу

1. Зв'язок з перенесеною інфекцією.
2. Ознаки враження міокарда:

великі ознаки:

– патологічні зміни на ЕКГ (порушення процесів реполяризації, порушення ритму і провідності);

– підвищення в крові тропоніну Т, КФК, ЛДГ, АСТ;

– збільшення розмірів серця згідно з даними рентгенологічного дослідження або ехокардіографії;

– серцева недостатність;

– кардіогенний шок;

малі ознаки:

– тахікардія;

– ритм галопу;

– послаблення 1-го тона при аускультатії серця.

Діагноз міокардиту правомочний при поєднанні інфекції, що передує, з одним великим та двома малими ознаками.

Міокардоз – більш зворотна фаза ураження серця, яка, на відміну від вираженого міокардиту та фіброзно-склеротичних рубцевих змін м'яза серця, відображає явища мукоїдного набухання поряд з ділянками некробіозу м'язових волокон. Такого роду ураження міокарда спостерігаються при системній склеродермії. Вона виявляється клінічно задишкою при навантаженні, тахікардією, збільшенням розмірів серця, переважно зліва, порушенням серцевого ритму, ослабленням пульсації, яка виявляється при рентгенологічному дослідженні.

Кардіоміопатії – різні стани часто невідомої етіології, домінуючими проявами яких є кардіомегалія і серцева недостатність.

Дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП)

Провідна роль у розвитку захворювання відводиться хронічній вірусній інфекції (ентеровіруси, Коксакі), аутоімунному впливу (наявність кардальних органоспецифічних аутоантитіл), генетичній схильності.

У клінічній картині провідним є синдром кардіомегалії, прогресуючої серцевої недостатності, резистентної до терапії, порушення ритму (миготлива аритмія, екстрасистолія), та провідності (блокади, тромбоемболічний синдром).

Діагностика ДКМП частіше за все розпочинається після виявлення дилатації лівого шлуночка серця з низькою фракцією викиду у пацієнта, який звертається зі скаргами на задишку, набряки, слабкість. На ЕКГ – неспецифічні порушення процесів реполяризації, миготлива аритмія, порушення провідності. При рентгенологічному обстеженні виявляється збільшення всіх камер серця, відсутність атеросклерозу аорти. Ехокардіографія дозволяє виявити розширення камер серця, глобальне зниження скорочуваності міокарда, зниження фракції викиду ЛШ.

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП)

Рідкісне захворювання серцевого м'яза, що характеризується вираженою гіпертрофією міокарда лівого шлуночка при відсутності етіологічних факторів збільшення маси серця (перш за все артеріальної гіпертензії та аортального стенозу). Типовими для ГКМП є морфологічні зміни: аномалія архітектоніки скорочувальних волокон (гіпертрофія і дезорієнтація м'язових волокон), розвиток фібротичних змін серцевого м'яза. ГКМП

характеризується масивною гіпертрофією лівого шлуночка (більше 1,5 см) та/або в рідкісних випадках правого шлуночка, частіше асиметричного характеру за рахунок потовщення міжшлуночкової перетинки з частим розвитком обструкції вихідного тракту за відсутності відомих причин (артеріальна гіпертензія, вади серця, специфічні захворювання серця).

Найбільш частими клінічними проявами є задишка, різноманітні больові відчуття в грудній клітці, порушення ритму серця, запаморочення, пресинкопальні та синкопальні стани.

Основним методом діагностики є ультразвукове дослідження. Характерний гіперконтракильний стан міокарда при нормальній або зменшеній порожнині лівого шлуночка, майже до облітерації в систолу.

Алкогольна міокардіодистрофія розвивається у осіб, що зловживають алкоголем протягом багатьох років (зазвичай 10 і >). Окрім класичної форми враження серця у алкоголіків – алкогольної міокардіодистрофії з кардіомегалією – іноді зустрічається псевдоішемічна форма враження, яка симулює стенокардію, та аритмічна форма, що проявляється різними порушеннями ритму серця (миготлива аритмія, різні порушення провідності). При цих формах значного збільшення серця немає. Клінічно алкогольне ураження серця нагадує перебіг первинної ДКМП, крім того, є "стигми алкоголіка": одутле обличчя з почервонілою шкірою і "носом п'яниці", набряклі вени, дрібні телеангіоектазії, тремор рук, губ, язика, контрактури Дююїтрена (вкорочення і зморщування апоневрозу долонь з ульнарною контрактурою пальців), поліневрити, ураження ЦНС зі змінами психіки, хронічний паротит, хронічний панкреатит, алкогольний цироз печінки. Навіть на ранньому етапі алкогольного враження серця зустрічається подовження інтервалу QT на ЕКГ (QT більше 0,42 с). Це може призвести до гострого порушення ритму і раптової смерті.

Особливістю перебігу алкогольного враження серця є уповільнення прогресування або навіть стабілізація процесу при повній відмові від вживання алкоголю на початку розвитку захворювання.

Післяінфарктний кардіосклероз (ішемічна кардіоміопатія) – перкурторне розширення меж відносної серцевої тупості за рахунок лівого шлуночка і судинного пучка (через атеросклероз аорти). При дифузному кардіосклерозі виникає кардіомегалія переважно за рахунок лівого шлуночка, що підтверджується даними ЕКГ, рентгенологічним дослідженням, на Ехо-КГ – сегментарні порушення скоротливості (гіпокінезія, дискінезія, акінезія).

Аневризма серця розвивається у 12–15 % хворих, що перенесли трансмуральний інфаркт міокарда. Один із ранніх симптомів аневризми передньої стінки лівого шлуночка – прекардіальна пульсація в 3–4-му міжребер'ї зліва від груднини. Аневризми, що розташовані на верхівці

серця, нерідко виявляють подвійний поштовх (перша хвиля виникає в кінці діастоли, друга є самим поштовхом верхівки серця). Більш рідкі аневризми задньої стінки діагностуються важче через відсутність патологічної пульсації передньої грудної стінки. Важливою ознакою аневризми серця на ЕКГ є відсутність динаміки гострого інфаркту міокарда (застиглий характер ЕКГ: зміщення сегмента ST вгору, поява комплексу QS у відповідних відведеннях); при ультразвуковому дослідженні – зона дискінезії та акінезії.

Легеневе серце, що представляє собою дислокацію або гіпертрофію правого шлуночка в результаті гіпертензії судин малого кола кровообігу, може стати причиною кардіомегалії.

Гостре легенеve серце виникає при емболії легеневої артерії, астматичному статусі, вентильному пневмотораксі, масивній пневмонії.

Підгостре легенеve серце – ускладнення судинної гіпертензії малого кола кровообігу. Повторні дрібні тромбоемболії легеневої артерії протікають з розвитком інфаркту міокарда, а також простежуються при повторних астматичних статусах.

Хронічне легенеve серце – хронічні бронхіти, бронхолегеневі захворювання, ураження хребта і деформація грудної клітки, синдром Піквика.

У диференційній діагностиці кардіомегалії слід враховувати наступні клінічні ознаки легеневого серця: 1) пульсація під мечоподібним відростком; 2) другий тон над легеневою артерією підсилений і часто розщеплений (гіпертензія в малому колі); 3) ціаноз (гіпоксія); 4) анамнез (хронічна бронхолегенева патологія); 5) розширення легеневої артерії, 6) задишка не має характеру ортопноє, що дозволяє виключити серцеву задишку; 7) ознаки правощлуночкової недостатності (застійна печінка, нирки, периферичні набряки, підвищення венозного тиску, набрякла нирка).

7. Завдання для самостійної роботи

- Етіологія кардіомегалій.
- Особливості анамнезу хворого з кардіомегалією.
- Скарги хворого з кардіомегалією.
- Дані об'єктивного обстеження при кардіомегалії.
- Лабораторна діагностика при кардіомегалії.
- Рентгенологічна діагностика кардіомегалії.
- Інформативність ЕхоКГ при кардіомегалії.
- ЕКГ-ознаки гіпертрофії лівих відділів серця.
- ЕКГ-ознаки гіпертрофії правих відділів серця.
- Причини псевдокардіомегалій.

8. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. Чоловік 37 років скаржиться на серцебиття, задишку, перебої в роботі серця, запаморочення, швидку втомлюваність. При обстеженні виявлено виражену кардіомегалію, глухі тони серця, систолічний шум на верхівці, ознаки декомпенсації ПА ст. На ЕКГ – миготлива аритмія, блокада лівої ніжки пучка Гіса, (-) зубці Т у багатьох відведеннях. При ЕхоКГ виявили дифузну дилатацію порожнин серця, зниження скоротливості міокарда. Ймовірний діагноз?

- А. Дилатаційна кардіоміопатія.*
- В. Гіпертрофічна кардіоміопатія.*
- С. Сімейна кардіоміопатія.*
- Д. Облітеруюча кардіоміопатія.*
- Е. Констриктивна кардіоміопатія.*

2. У хворого 50 років відзначається задишка при фізичному навантаженні, періодична втрата свідомості. Аускультативно-систолічний шум у III між-ребер'ї зліва від груднини. При УЗД серця – симетрична гіпертрофія ЛШ, його діастолічна дисфункція з деяким зменшенням порожнини. Спостерігається передньосистолічний рух передньої стулки мітрального клапана. Яка патологія у хворого?

- А. Гіпертрофічна кардіоміопатія.*
- В. рестриктивна кардіоміопатія.*
- С. Дилатаційна кардіоміопатія.*
- Д. Післяінфарктний міокардіосклероз.*
- Е. Стеноз устя аорти.*

3. Чоловік 47 років протягом 3–4 років скаржиться на біль у ділянці серця, що не знімається нітрогліцерином, задишку, кашель, серцебиття, набряки на ногах. Зловживає алкоголем. Об'єктивно: задишка. Пульс 98/хв. Межі серця розширені вліво на 2 см. На верхівці серця I тон ослаблений, систолічний шум. У легенях вологі хрипи над задньобічними відділами. Печінка на 5 см нижче реберної дуги. Набряки на гомілках. ЕКГ: зниження вольтажу QRS, фібриляція передсердь, тахісистолічна форма. Визначте попередній діагноз.

- А. Алкогольна кардіоміопатія.*
- В. Хронічний необструктивний бронхіт.*
- С. Вогнищевий міокардит.*
- Д. Атеросклеротичний кардіосклероз.*
- Е. Ревматична вада серця.*

4. Хворий 32 років звернувся зі скаргами на перебої в роботі серця, запаморочення, задишку при фізичному навантаженні. Раніше не хворів. Об'єктивно: пульс 74/хв, ритмічний. АТ – 130/80 мм рт. ст. При аускультатії: перший тон нормальної звучності, систолічний шум над аортою. На ЕКГ:

гіпертрофія лівого шлуночка, ознаки порушення реполяризації в I, V5, V6 відведеннях. ЕхоКГ: міжшлуночкова перетинка – 2 см. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гіпертрофічна кардіоміопатія.*
- B. Стеноз устя аорти.*
- C. Гіпертонічна хвороба.*
- D. Інфаркт міокарда.*
- E. Коарктація аорти.*

5. Хворий 32 років протягом останніх 3 міс скаржиться на задишку в спокої, кашель, задуху вночі, серцебиття. Раніше нічим не хворів. При обстеженні: стан ортопное, акроціаноз, набряки на гомілках; над легеньми – ослаблене везикулярне дихання, вологі хрипи. Межі серця розширені вправо і вліво, тони ослаблені, ритм галопу; збільшення печінки. Рентгенологічно – серце кулястої форми. Про який діагноз слід думати?

- A. Дилатаційна кардіоміопатія.*
- B. Екссудативний перикардит.*
- C. Гіпертонічна хвороба.*
- D. Гіпертрофічна кардіоміопатія.*
- E. Рестриктивна кардіоміопатія.*

Вірні відповіді

1	2	3	4	5
<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>

Література

Основна

1. Моисеев В. С. Кардиопатии и миокардиты / В. С. Моисеев, Г. К. Киякбаев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 365 с.
2. Бирс Марк Х. The Merck Manual. Руководство по медицине. Диагностика и лечение / Марк Х. Бирс ; под ред. А. Г. Чучалина ; пер. с англ. – Москва : Литтерра, 2011. – 3695 с.
3. Беленков Ю. М. Гипертрофическая кардиомиопатия / Ю. М. Беленков, Е. В. Привалова, В. Ю. Каплунова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 392 с.
5. Дилатационная кардиомиопатия / Л. Ф. Сабиров, Э. Б. Фролова, Е. Б. Мухаметшина и др. // Вестник современной клинической медицины. – Т. 5. – Вып. 3. – Москва : ВАК, 2012. – С. 56–63.

Додаткова

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю. М. Мостового. – Вінниця : ДП "ДКФ", 2012 – 543 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – Київ : ВСВ "Медицина", 2011. – 784 с.
3. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, Single Volume 9th Edition: Saunders, 2011. – 2048 p.
4. Руководство по кардиологии : в 4 т. / под ред. Е. И. Чазова. – Москва : "Практика", 2014. – Т. 4. Заболевания сердечно-сосудистой системы (II). – 976 с.
5. Ивашкин В. Т. Пропедевтика внутренних болезней. Кардиология : учеб. пособие/ В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина. – ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 272 с.

Навчальне видання

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО
З КАРДІОМЕГАЛІЄЮ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів***

Упорядники Бабак Олег Якович
 Овчаренко Людмила Іванівна
 Кліменко Миколай Іванович
 Молодан Володимир Ілліч
 Панченко Галина Юріївна
 Фролова Еліна Юріївна
 Лапшина Катерина Аркадіївна
 Візир Марина Олександрівна

Відповідальний за випуск О. Я. Бабак



Редактор С. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 0,8. Зам. № 18-33727.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.